

www.sintef.no



SINTEF Helse

Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Fordeling av felleskostnader i helseforetakene

FORFATTER(E)

Kjartan Sarheim Anthun og Heidi Torvik

OPPDRAGSGIVER(E)

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS)

RAPPORTNR. A70	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Arne-Petter Sanne	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-03925-2 82-14-03925-8	PROSJEKTNR. 78H07330	ANTALL SIDER OG BILAG 8
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NIS\Prosjekt\78H07330 FelleskostnadBUS\RapportBUS.doc		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Heidi Torvik	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Marit Pedersen
ARKIVKODE	DATO 7. april 2006	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Jorid Kalseth, forskningssjef	

SAMMENDRAG

Et utvalg helseforetak var med i kartlegging av hvordan felleskostnader ble fordelt i årene 2002-2004.

Resultatene av analysen viser at det i perioden ikke var noen regionale prinsipper for fordeling. Felleskostnadene øker ikke like mye som de totale driftskostnadene, det kan være en indikasjon på at flere felleskostnader direkteføres eller driften av fellestjenestene rasjonaliseres.

Andel felleskostnader fordelt fra somatisk sektor til andre sektorer følger totalt sett utvikling i kostnadene. Fordelingsnøkklene har i perioden utviklet seg i takt med organiserings- og aktivitetsendringer i spesialisthelsetjenesten. Kostnadsvekst i de forskjellige sektorene av spesialisthelsetjenesten i 2004 ser ikke ut til å være påvirket av endringer i fordeling av felleskostnadene annet enn det som kan komme som følge av endret organisering eller endrede prinsipper for fordeling.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Helseøkonomi	
GRUPPE 2	Helseforetak	
EGENVALGTE	Felleskostnader	

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
Tabelliste	3
Figurliste	3
1 Innledning og bakgrunn	5
1.1 Bakgrunn.....	5
1.2 Formål	7
1.3 Organisering	8
2 Metode	9
2.1 Datagrunnlag	9
2.2 Datainnsamling.....	10
3 Presentasjon av resultater	13
3.1 Retningslinjer fra de regionale helseforetakene.....	13
3.2 Hva består felleskostnadene av?	13
3.3 Hvordan foregår fordelingen?.....	17
3.4 Fordeling til de ulike sektorer.....	19
3.5 Sammenheng mellom nivå og vekst.....	24
3.6 Oppsummering av tendenser og resultat	26
4 Drøfting av felleskostnader	27
4.1 Fordeling av felleskostnader etter 2004	27
4.2 Problemer og konsekvenser ved fordeling av felleskostnader	29
4.3 Usikkerhet knyttet til nivå og vekst.....	29

Vedlegg	31
Funksjonskontoplan for 2005.....	31

Tabelliste

Tabell 3.1	Variasjon blant fellestjenester til fordeling i 2004.....	15
Tabell 3.2	Relativ andel felleskostnader 2002-2004. Felleskostnadenes størrelse av totale kostnader ved helseforetakene.....	16
Tabell 3.3	Oppsummering av fordelingsnøkler. 2002-2004.....	18
Tabell 3.4	Summering av funn om fordeling til psykisk helsevern.....	22

Figurliste

Figur 1.1	Trinnvis fordeling av felleskostnader	7
Figur 2.1	Spørreskjema for felleskostnader til fordeling og sum fordelt til hver sektor...	10
Figur 2.2	Spørreskjema benyttet for verifisering av fordeling for 2002.....	11
Figur 2.3	Spørreskjema benyttet for 2003 og 2004 over hvilke tjenester som var til fordeling.....	12
Figur 3.1	Fordeling felleskostnader til somatikk, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og ungdom, spesialisert rusomsorg og annet.	19
Figur 3.2	Fordeling felleskostnader til somatikk og psykisk helsevern.	20
Figur 3.3	Avvik psykisk helseverns andel totale driftskostnader og andel fordelte felleskostnader. Avvik i prosentpoeng over perioden 2002-2004.	21

Figur 3.4	Sammenheng mellom vekst i psykisk helsevern og psykisk helseverns andel av felleskostnader. 2002/2003-2003/2004.	25
Figur 4.1	Skjematisk hvordan felleskostnader for 2005 skal fordeles – uavhengig av fordelingsnøkkel	28

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Bakgrunn

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) har bedt SINTEF Helse om en gjennomgang av hva som regnes som felleskostnader, metoder for fordeling i helseforetakene og hvorvidt det foreligger felles retningslinjer for fordeling i regionene. BUS ønsker å undersøke om det har vært endringer i prinsipper for fordeling som har betydning for dimensjonering av sektoren i perioden fra 2002 til 2004. I tillegg ønsker BUS en gjennomgang av problemer med fordeling av felleskostnader og konsekvenser av det.

Siste års endrede organisering av sykehus i større helseforetak, organisering av servicefunksjoner og administrative støttefunksjoner, kan medføre ny organisering av fellestjenester. For å dimensjonere de forskjellige sektorene/funksjonsområdene innenfor spesialisthelsetjenesten, uavhengig av organisering, må felleskostnadene i helseforetaket fordeles.

BUS vil sikre at det nivå for samlede kostnader som det opereres med innenfor de forskjellige sektorene/fagområdene er det korrekte, og at den beregnede økning i kostnader fra år til år ikke kan knyttes til endret praksis for fordeling av felleskostnader. SINTEF Helse foreslo at det kunne nyttes et utvalg helseforetak i kartleggingen, og på bakgrunn av utvalget vurdere effekt knyttet til sektorens nivå og vekst, men uten å kunne tallfeste hele spesialisthelsetjenesten.

1.1.1 Hva er felleskostnader og hvorfor er dette et problematisk område?

Felleskostnader er kostnader knyttet til fellestjenester som ytes i helseforetaket felles for flere sektorer eller områder. En type fellestjeneste kan være for eksempel lønningsavdelingen. Lønningsavdelingen utbetaler lønn til alle ansatte i helseforetaket, altså en fellestjeneste for helseforetaket som helhet uansett hvor i organisasjonen den ansatte har sitt daglige virke. Det finnes en rekke fellestjenester i de fleste organisasjoner, og alle fellestjenestene har kostnader knyttet til utøvelse av tjenesten. Figur 2.3 i avsnitt 2.2 viser hvilke funksjoner som regnes som fellestjenester i de aller fleste helseforetak.

Hva som oppfattes som fellestjeneste i det enkelte helseforetak kan være forskjellig avhengig av organisering av virksomheten. Det som i ett helseforetak regnes som en fellestjeneste kan i andre helseforetak være en tjeneste som er knyttet direkte til den delen av organisasjonen som driver pasientbehandling. Kostnader knyttet til fellestjenestene må derfor fordeles på de forskjellige tjenesteområdene for pasientbehandling slik at vi sikrer en så lik kostnadsfordeling som mulig på aggregert nivå.

Det som kan være problematisk ved fordeling av kostnader til fellestjenester, er hvordan kostnadene skal fordeles for å gjenspeile faktisk bruk av en fellestjeneste. En korrekt fordeling av felleskostnadene vil være tilnærmet umulig, og fordelingsnøkler må derfor benyttes. Dette gjelder uavhengig av hvilke fellestjenester som er til fordeling og omfanget

¹ De tre viktigste sektorene i spesialisthelsetjenesten er der hvor det foregår pasientbehandling; somatisk sektor, psykisk helsevern og rusomsorg.

av dem. Endring i fordelingsnøkkel for fellestjenester kan påvirke veksten i det totale kostnadsnivået for den sektoren eller det tjenesteområdet som tildeles felleskostnad, eller fordelingen kan gjøres for å oppnå ønsket vekst innenfor en sektor/tjenesteområde. Det er derfor viktig at fordelingsnøkkelene ikke endres dramatisk fra år til år, og at den gjenspeiler faktisk bruk på en så god måte som mulig.

En fordelingsnøkkel/-metode som er lik for alle helseforetak kan gi veldig forskjellig resultat, avhengig av hvordan virksomheten er organisert. Dette gjelder både den totale størrelsen på hva som blir fordelt, og hvilke funksjoner som faktisk fordeles. Det å benytte kun fellesfunksjoner til å si noe størrelsen på fellestjenester i sektoren blir på denne bakgrunn meningsløs.

I prinsippet skal det fordeles felleskostnader til alle sektorer og funksjoner innenfor helseforetaket som nyter godt av fellestjenester. I all hovedsak vil dette dreie seg om hovedsektorene somatikk, psykisk helsevern og rus. Det antas i all hovedsak at kostnader til fellesfunksjoner finansieres av en rammebevilgning, slik at det ikke skulle være nødvendig å fordele inntektene. Gjestepasientkostnader/-inntekter, driftstilskudd til eksterne enheter/institusjoner mv skal kostnadsføres på korrekt sektor (det vil si etter formål), og inngår således ikke i det som blir fordelt som en fellestjeneste. Det betyr at dersom det skulle være regnskapsført kostnader som kan knyttes til pasientbehandlingen på de funksjoner som skal til fordeling, så vil det bli fordelt feil da det vil bli fordelt ut til alle sektorer. Det er derfor viktig at de kostnadene som fordeles er de korrekte, og viktig at alle kostnader til fellestjenester blir fordelt.

1.1.2 Etablert praksis ved fordeling av felleskostnader

En riktig dimensjonering av de forskjellige sektorene innenfor spesialisthelsetjenesten er viktig både for å kunne følge utviklingen over tid og som grunnlag for ytterligere forskning og analyse. I SINTEF Helse utarbeides det produktivitetsindikatorer i de årlige SAMDATA rapportene og det utarbeides kostnadsvekter til DRG-systemet. Så langt er kostnadsvektarbeidet gjort innenfor somatisk sektor, men det legges opp til ytterligere utvikling til også å omfatte psykisk helsevern og rus. For at analyser til bruk i finansieringsøyemed og til bruk som styringsinformasjon for eier av spesialisthelsetjenesten, må sektorene dimensjoneres korrekt, blant annet gjennom en god fordeling av kostnader til fellestjenester. Driftskostnader, slik det er beregnet i denne rapporten og SAMDATA², er eksklusiv husleie og avskrivninger.

Allerede før opprettelsen av helseforetak i 2002 ble felleskostnadene fordelt mellom de forskjellige enhetene som innrapporterte regnskap, da først og fremst innenfor det psykiske helsevernet. Fordeling av felleskostnader var altså ikke ukjent i sektoren før statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2002.

Regnskapsåret 2002 var første år etter sykehusreformen, og SINTEF Helse (tidligere SINTEF Unimed) så tidlig viktigheten av å fordele felleskostnader når somatiske enheter og enheter innen psykisk helsevern ble lagt under "samme tak" i et helseforetak. SINTEF Helse innhentet regnskapsdata selv for regnskapsåret 2002, og sørget for at felleskostnader ble fordelt. Det betyr at SINTEF Helse satt på mye informasjon om hva som ble fordelt og hvilken fordelingsnøkkel det ble fordelt etter³.

Det er ikke fordelt kostnader fra de regionale helseforetak til helseforetak i helseregionen, verken i 2002 eller i senere år.

Felleskostnader ble i 2002 fordelt på flere nivåer, slik figuren under illustrerer. Først ble felleskostnader fordelt på det laveste nivået i hierarkiet, for eksempel mellom psykisk

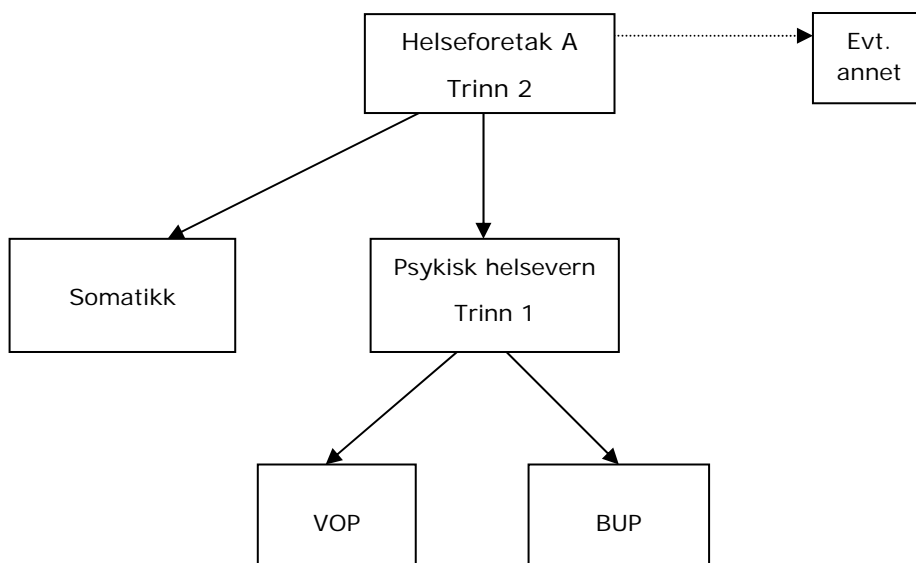
² Se vedlegg 3 i SAMDATA 1/05 (SAMDATA Somatikk Sektorrapport 2004, SINTEF Helse) for utførlig definisjon av totale driftskostnader

³ Fordelingsnøkkelene ble ved innhenting av regnskapsdata oppgitt å være andel brutto driftskostnader i hver sektor, men enkelte helseforetak valgte å fordele felleskostnader selv etter egen fordelingsnøkkel.

helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge i de tilfeller der disse to sektorene delte fellestjenester. Denne første fordelingen, trinn 1, dimensjonerte de to sektorene innenfor psykisk helsevern. Deretter ble felleskostnader fordelt mellom somatisk sektor og de to sektorene i psykisk helsevern, trinn 2.

Fordeling av felleskostnader til andre enheter i helseforetaket, for eksempel barnehager, personalboliger og ambulanse, la ikke SINTEF Helse opp til i 2002. Det legges det ikke opp til i senere år heller. Imidlertid er det i figuren under en stiplet linje til "annet". Det skyldes at helseforetak som selv foretar fordeling av felleskostnader vet best hvor fellestjenesten er benyttet, og dermed kan ha fordelt felleskostnader til "annet". Dette er ting vi ikke har oversikt over, men det er ikke grunn til å tro at det i veldig stor grad er fordelt felleskostnader til "annet".

Figur 1.1 Trinnvis fordeling av felleskostnader



Denne illustrasjonen er veldig forenklet, for i 2002 var det ofte mange institusjoner under hvert helseforetak som leverte regnskap hver for seg. Imidlertid illustrerer figuren det faktum at felleskostnader oppstår på flere nivåer i et helseforetak, og at alle kostnader knyttet til fellestjenester må fordeles. Fordeling av felleskostnader på flere nivåer kan også være tilfelle i de regnskap som nå innleveres. Dette er aktuelt med bakgrunn i at også for 2005 skal helseforetakene rapportere regnskapsdata på institusjonsnivå, jmfør brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 15. mars 2006.

1.2 Formål

Formålet med prosjektet er å identifisere, ved hjelp av et utvalg helseforetak, hvorvidt og på hvilke områder i helseforetakene man ser ulik fordeling av felleskostnader i regnskapene. Formålet er dessuten å drøfte konsekvensene for samlet ressursnivå mellom fagområdene somatikk, psykisk helsevern og rus, samt å drøfte hvorvidt årlig anslag for kostnadsvekst på disse fagområdene påvirkes av ulik føring av felleskostnader.

1.3 Organisering

I dette kapitlet er bakgrunnen for prosjektet skissert. Det er presentert hva felleskostnader er og hvorfor de skal fordeles. I rapportens kapittel 2 vises hvordan prosjektet er gjennomført. Kapittel 3 presenter resultatene, og resultatene diskuteres i kapittel 4. Kapittel 4 skisserer også kort hvordan felleskostnadene skal fordeles for 2005. Gjennomgående er det ikke skilt mellom psykisk helsevern for voksne og barn og unge i rapporten, men disse to sektorene er sett under ett; unntakene er eksplisitt nevnt.

2 Metode

2.1 Datagrunnlag

I perioden fra 2002 til 2004 ble felleskostnadene kostnadsført i somatisk sektor før fordeling til psykisk helsevern og eventuelt annet. Felleskostnader til fordeling ble regnskapsført på funksjoner som også inneholdt felleskostnader som ikke skulle fordeles fra somatikk; i all hovedsak funksjon 610 Somatiske tjenester – fellesfunksjoner. Dermed er det vanskelig å vite det nøyaktige nivået som er optimalt å fordele for ethvert helseforetak ut fra regnskapene, og det er vanskelig å spore hvor mye som er fordelt uten å spørre det enkelte helseforetak.

SINTEF Helse tok i januar 2006 kontakt med ti helseforetak, to i hver helseregion. Vi ønsket å benytte et utvalg helseforetak i analysen knyttet til dette prosjektet, og vi ønsket representasjon fra alle helseregioner. Hvilke helseforetak som er med analysen opplyses ikke, de er anonymisert. Dette fikk helseforetakene beskjed om når vi tok kontakt med dem. Tre av helseforetakene i utvalget er store sykehus med totale driftskostnader over to milliarder kroner. Tre helseforetak er middels store, med totale driftskostnader over halvannen milliard. De resterende fire har totale driftskostnader under dette omfang er dermed i kategorien små/middels store helseforetak. Ingen sykehus som har vært universitetssykehus i hele perioden er med i utvalget⁴.

Ett foretak hadde ikke anledning til å bidra med informasjon: helseforetak G. De resterende ni helseforetak var villig til å bidra med informasjon om elementer i fordelingsnøkkelen og hvor mye som ble fordelt som felleskostnader i årene 2002-2004. Av disse har åtte helseforetak levert data som har vært tilfredsstillende⁵ og som blir brukt som grunnlag i denne rapporten.

De aller fleste helseforetak har vi også hatt muntlig kontakt med gjennom prosjektperioden for å få ytterligere presisering av det vi ønsket informasjon om. Samtlige regionale helseforetak har vi hatt kontakt med for å få informasjon om retningslinjer de hadde internt i regionen i perioden vi har studert.

Vi antar det er tilfeldig hvem som falt fra i utvalget, og gjennom å ha data fra alle helseregioner antar vi en god regional representativitet. Data SINTEF Helse har mottatt er tilstrekkelig til å gjøre de nødvendige kvalitative analyser for å besvare problemstillingen. Det lave antall helseforetak hindrer oss i å utføre rigorøse statistiske analyser. Vi baserer oss derfor på å summere og påpeke tendenser mellom helseforetakene og over tid.

⁴ Fordeling av felleskostnader ved universitetssykehus har tidligere vært undersøkt av blant andre Meyer og Waage-Rasmussen (2006): Hvordan sikre psykisk helsevernsressurser ved kostnadsfordeling. En konsekvens av finansieringssystemets iboende incentiver til ressursvridning. SNF-rapport 04/06, Samfunns- og Næringslivsforskning AS, Bergen.

⁵ Noen mangler i helseforetak D for enkelte momenter brukt i analysen.

2.2 Datainnsamling

Regnskapsdata for 2002 innhentet SINTEF Helse direkte fra alle de nyopprettede helseforetakene, og felleskostnader ble fordelt på alle institusjoner eller sektorer. Enkelte helseforetak hadde utviklet egne fordelingsnøkler til bruk ved fordeling av felleskostnader, og disse ble benyttet istedenfor andel brutto driftskostnader som det ble lagt opp til fra SINTEF Helse. Gjennom hele perioden siden Sykehusreformen 2001/2002 er det derfor fordelt felleskostnader i de kostnadstall som er presentert i SAMDATA.

Vi hadde en del informasjon om felleskostnader fordelt i 2002, først og fremst hvor mye som var fordelt hvor. Dette dannet utgangspunkt for dialogen med de helseforetak som er med i prosjektet. I de tilfeller vi hadde informasjon om foretatt fordeling i 2003 og 2004, tok vi også med oss det ved kontakt med helseforetakene. Det ble utarbeidet et enkelt skjema for hvert år som var grunnlag for datafangst til analysen, og helseforetakene krysset av for hvilke tjenester som ble fordelt og fylte ut hvor mye som ble fordelt til hvilken sektor.

I spørreskjemaet ber vi helseforetakene om å bekrefte fordelingen for 2002, og videre spørres det om hvilke tjenester som inngikk som fellestjenester det året. For 2003 og 2004 spurte vi i tillegg om beløp til fordeling, nøkler brukt for hver tjeneste og total fordeling til de ulike sektorene.

Under vises de skjema vi benyttet i vår kontakt med helseforetakene. Det første skjema (Figur 2.1) er det som ble benyttet for 2002. I dette skjemaet satte vi inn den fordeling vi hadde kjennskap til, og deretter ba vi om en bekreftelse på tallene samt informasjon om hvilke fellesfunksjoner som inngikk i det som ble fordelt.

Figur 2.1 Spørreskjema for felleskostnader til fordeling og sum fordelt til hver sektor

Fordeling av felleskostnader Helseforetak XXX								
		Andel (%) fordelt til						
		Somatikk	Psykisk Helsevern VOP	Psykisk Helsevern BUP	Rus	Ambulanse	Personal-politiske tiltak	Annet
Ble fordelt i 2002 *	1000kr	234567	80.00 %	17.00 %	3.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00 %
Ble fordelt i 2003								
Ble fordelt i 2004								

Fordeling av felleskostnader/-tjenester i helseforetakene er viktig for korrekt dimensjonering av de forskjellige delene av spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig å vite om endret fordelingsnøkkel i perioden etter sykehusoveratakelsen har medført vridninger mellom de forskjellige områdene.

SINTEF Helse har på oppdrag fra Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) fått i oppgave å undersøke med et utvalg helseforetak hvordan felleskostnadene har vært fordelt. Oppdragsgiver vil ikke få informasjon om hvilke helseforetak som er med i utvalget.

Skjemaene (arkene) i Excel-filen fylles ut som følger:

- "Generelt": Her bes det om generell informasjon om hvor mye som var til fordeling det enkelte år (nominelle kroner), og andelsmessig fordeling til hvert tjenesteområde.
- "2002": Fordeling av felleskostnader for 2002 er gjort av SINTEF Helse (Unimed), basert på innrapportert beløp om hvor mye som var til fordeling. Fordelingsnøkkelene var bruttodriftskostnader, korrigert for avskrivninger og ev annet som ikke skulle være en del av fordelingsnøkkelene. Det bes her om en verifisering av om informasjonen er korrekt, samt avkrysning ja eller nei over hvilke funksjoner/oppgaver som ble fordelt.
- "2003": Her bes det om at det krysses av ja eller nei om hvilke funksjoner/oppgaver som ble fordelt i 2003.
- "2004": Den informasjon SINTEF Helse har fra andre prosjekter har vi lagt inn her. Ellers bes det om at det krysses av ja eller nei hvilke funksjoner/oppgaver som ble fordelt i 2004.

Figur 2.2 Spørreskjema benyttet for verifisering av fordeling for 2002.

Helseforetak XXX

Kommentar og forklaring til SINTEF Unimeds fordeling for 2002

	1000kr	Andel (%) fordelt til						
		Somatikk	Psykisk helsevern VOP	Psykisk helsevern BUP	Rusomsorg	Ambulanse	Personal-politiske tiltak	Annet
Hvor mye ble fordelt i 2002	234567	80,00 %	17,00 %	3,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Er korrekt beløp benyttet til fordeling? Ja Nei

Er dette i samsvar med helseforetakets egne beregninger for 2002? Ja Nei

Ytterligere kommentarer, forklaringer og lignende? (spesielt hvis NEI på et av de foregående spørsmål)

Fordeling av felleskostnader	Ble kostnadene fordelt i 2002?	
Styrekostnader	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Lønn/personal	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Innkjøp/lager	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Controlling/analyse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Adm.dir m/stab	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Felles administrasjon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Forsknings-adm	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Sentralbord	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Arkiv/post/budtjeneste	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
HMS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Undervisnings-adm	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
IT	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Kvalitet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Renhold	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Veitrafikk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Figur 2.3 Spørreskjema benyttet for 2003 og 2004 over hvilke tjenester som var til fordeling.

2004			Hvis Ja; fordelt etter hvilken nøkkel					
Fordeling av felleskostnader	Ble kostnadene fordelt i 2003?		Hvis Ja; fordelt etter hvilken nøkkel					Spesifiser nøkkel eller kommenter
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Ansatte/Arsværk	Liggedon	Areal	Kostnad	Annet? ...	
Styrekostnader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lønn/personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Innkjøp/lager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Controlling/analyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adm.dir m/stab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Felles administrasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Forsknings-adm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sentralbord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arkiv/post/budtjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Undervisnings-adm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kvalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Renhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaktmester el	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Strøm/energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunale avgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teknisk avdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eiendomsavdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Husleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Security	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personellkantine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ev. andre kostnader knyttet til drift og forvaltning av bygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kjøkken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaskeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transport av pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pasientarkiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annet....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hvis ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3 Presentasjon av resultater

3.1 Retningslinjer fra de regionale helseforetakene

SINTEF Helse har undersøkt eventuelle prinsipper for fordeling av felleskostnader hos alle de fem regionale helseforetakene. I perioden 2002-2004 forelå det ingen direkte prinsipper fra de regionale helseforetakene om hvordan felleskostnadene skulle fordeles i helseforetakene. Med andre ord var det ingen direkte styring i forhold til verken 1) definisjon og omfang av felleskostnadene, eller 2) hvilke nøkler som skulle ligge til grunn for fordeling.

De regionale helseforetakene samarbeider i dag i økende grad om økonomi- og aktivitetsrapportering. En del av samarbeidet skjer gjennom grupper i de regionale foretakene, mens det innenfor regnskapsrapportering også er en del koordinering gjennom arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten⁶ i SSB. Helse Øst og Helse Midt Norge har fra 2005 innført felles prinsipper og retningslinjer knyttet til fordeling av felleskostnader for hele helseregionen.

3.2 Hva består felleskostnadene av?

Vi starter først med utgangspunktet; hvor fordeles det fra? Hvilke oppgaver og funksjoner er det som fordeles som felleskostnader hos de helseforetak som er med i utvalget? Det drøftes i dette avsnittet om det er ulike fellestjenester som fordeles mellom de forskjellige helseforetakene og hvorvidt disse endres over tid. Deretter ses det på omfanget av det som fordeles; de totale kostnadene som er til fordeling og om dette endres i analyseperioden.

I avsnitt 3.3 ser vi hvordan nøklene er konstruert og hvorvidt nøklene endres i bestemte mønstre gjennom perioden som studeres. Til slutt ser vi på resultatet av fordelingen, altså hvilke sektorer det fordeles til.

3.2.1 Tjenester til fordeling: endring over tid

Det er ved gjennomgang av hvilke kostnader som fordeles tatt utgangspunkt i de funksjoner som fra 2005 er til fordeling; 400 Politisk styring, 410 Servicefunksjoner og 420 Administrasjon, se avsnitt 4.1 for mer om fordeling fra 2005.

Alle helseforetak har rapportert styrekostnader (som sorterer under funksjon 400) som fellestjeneste gjennom hele perioden.

Flere pasientrettede tjenester (en del av 410 Servicefunksjoner) er fordelt som felleskostnader i 2004 enn i 2002. Imidlertid er det variasjon mellom helseforetakene. For noen helseforetak var ingen pasientrettede tjenester fordelt i 2002 og 2003, men for 2004 er

⁶ Arbeidsgruppe nedfelt av Helse- og omsorgsdepartementet. Gruppen koordinerer statistikkutvikling og datainnsamling innenfor spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen ledes av SSB og består av alle regionale helseforetak, Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Helsetilsynet, SINTEF Helse og Beregningsutvalget for Spesialisthelsetjenesten.

det gjennomgående hos de fleste helseforetak at flere pasientrettede tjenester fordeles (endringen skjer blant annet for transport av pasient, prest og portør). For drift og forvaltning (også en del av 410 Servicefunksjoner) ser vi stor grad av stabilitet; stort sett samme tjenester fellesføres gjennom hele perioden.

Når det kommer til de forskjellige administrative tjenestene, funksjon 420 Administrasjon, er disse i praksis uendret i løpet av perioden. For helseforetak D tilkommer kostnader til innkjøp og lager i 2004. De resterende helseforetak fører administrative tjenester (administrerende direktør, lønn, økonomi, sentralbord, felles administrasjon og lignende) på helseforetaksnivå som felleskostnader for alle år.

I sum ser vi at det stort sett er stabilt; helseforetakene endrer ikke regnskapspraksis mellom hvert år, men følger de samme prinsippene for fordeling. Derimot ser vi at til en viss grad øker omfanget av hvilke tjenester som føres som felleskostnader. Sistnevnte punkt har med rasjonalisering å gjøre, det kan være økonomisk rasjonelt å løse slike oppgaver på helseforetaksnivå i stedet for at hver enkelt institusjon/sykehus skal ha alle disse oppgavene selv. Ingen tjenester faller fra som fellestjenester i følge helseforetakene i utvalget.

Riktignok er det flere tjenester som nå føres som felleskostnader, men det er en forsiktig tendens til økende antall fellesfunksjoner. Alt i alt er det imidlertid stor grad av stabilitet, det er i all vesentlighet de samme tjenestene som føres som felleskostnader til fordeling i analyseperioden.

3.2.2 Tjenester til fordeling: ulik praksis i ulike helseforetak

Hvis vi bryter opp og ser på forskjeller mellom ulike helseforetak ser vi at det er størst variasjon mellom helseforetakene når det gjelder pasientrettede tjenester. I 2002 og 2003 er det noe variasjon i hvilke tjenester som inkluderes, mens trenden i 2004 synes å være at flere tjenester blir ført felles for fordeling. For funksjonene 400 Politisk styring og 420 Administrasjon, er det liten forskjell mellom helseforetakene; de aller fleste har lik profil på hvilke tjenester som føres som fellesfunksjoner blant disse.

Felleskostnadene varierer etter hvilke oppgaver og funksjoner ved sykehusene som er fellestjenester til fordeling. For eksempel er kostnader til portør kun eksplisitt ført som felleskostnad for helseforetak I og helseforetak J i 2002, men det i 2004 i tillegg inngår som del av felleskostnad for helseforetak C, helseforetak D og helseforetak E. Vi ser også at helseforetakene C, D og E har påfallende lik profil på tross av at de tilhører forskjellige helseregioner. Vi antar dette er et tegn på at spørreskjemaet er dekkende.

Alle helseforetak fører følgende sentrale (og kostnadmessig omfattende) tjenester som felleskostnader:

- Styrekostnader
- Administrerende direktør
- Felles administrasjon
- Lønn, personal og økonomi
- Sentralbord
- Innkjøp/lager
- IT
- Teknisk avdeling
- Renhold og vaskeri

Tabell 3.1 presenterer variasjonen mellom andre fellestjenester blant helseforetakene. Selv om det ut fra Tabell 3.1 vises ulik praksis mellom helseforetak, må det bemerkes at de fleste

har liknende tjenester til fordeling. Variasjonene i tabellen er ikke bare variasjoner mellom helseforetak, men også et resultat av forskjellig kategorisering og navngiving; for eksempel vil mange av drifttjenestene i tabellen falle inn under teknisk avdeling som alle har.

Tabell 3.1 Variasjon blant fellestjenester til fordeling i 2004.

		A	B	C	D	E	F	H	I	J
420: Administrasjon	Forskningsadministrasjon/stab	x		x	x	x		x		x
	Arkiv/post/budtjeneste		x	x	x	x	x	x		x
	HMS		x	x	x	x	x	x	x	x
	Undervisningsadministrasjon/stab			x	x	x		x	x	x
	Kvalitet	x		x	x	x		x		x
410: Drift/Vedlikehold	Vaktmester eller lignende	x		x	x	x		x	x	x
	Strøm/energi		x	x	x	x	x	x	x	x
	Kommunale avgifter		x	x	x	x	x	x	x	x
	Eiendomsavdeling			x	x	x		x	x	x
	Husleie			x	x	x		x		x
	Security/sikring	x		x	x	x		x	x	x
	Transport			x	x	x		x		x
	Personellkantine	x	x	x	x	x	x		x	x
	Andre kostnader ved drift og forvaltning av bygg			x	x	x		x		x
410: Pasientrettede tjenester	Transport av pasienter			x	x	x		x		x
	Portør		x	x	x	x			x	x
	Prest	x	x	x	x	x	x	x		x
	Pasientarkiv		x	x	x	x	x			x
Diverse andre tjenester	Medisinsk bibliotek	x	x				x			x
	Tillitsvalgte og ulike utvalg		x				x		x	
	Forsikringer	x	x				x		x	
	Medisinske serviceavdelinger og ulike fagavdelinger	x	x				x			
	Informasjon	x	x				x			

3.2.3 Felleskostnadenes størrelse

Helseforetakene kan i ulik grad henføre kostnadene direkte til sektorene eller hovedområdene. Noen regioner og helseforetak har utstrakt bruk av interne transaksjoner av fellestjenester, mens andre ikke kan henføre kostnadene direkte på denne måten. De kostnadene som ikke direkte kan henføres til et hovedområde, er de kostnadene som anses som fellekostnader til fordeling. Hvordan virksomheten er organisert vil påvirke størrelsen på det som skal fordeles.

Flere helseforetak består av mange enheter som er lokalisert geografisk langt fra hverandre, og det er da ikke unaturlig at enhetene har for eksempel egne drifts- og serviceavdelinger. Kostnadene knyttet til disse funksjonene vil da ikke være gjenstand for fordeling, men bli kostnadsført direkte i regnskapet for enheten. Dette har form av direkteføring av fellestjeneste som nevnt over.

I andre helseforetak er det naturlig å samle fellesoppgaver i enheter som server sektorene i helseforetaket med tjenester. Kostnadene kan da direkteføres gjennom interne transaksjoner, eller de kan fordeles på sektorene etter bestemte fordelingsnøkler. Fordelingsnøklerne bør i så stor grad som mulig gjenspeile det reelle ressursforbruket som sektoren har hatt av fellestjenester, og således kan nøkkelen og elementene i nøkkelen endres over tid.

Når vi ser på det totale beløpet til fordeling ser vi at det er store variasjoner mellom de forskjellige helseforetakene i vårt utvalg. Beløpet varierer fra cirka 100 til cirka 400 millioner kroner i vårt utvalg. Tendensen er varierende, for noen helseforetak går beløpet opp, for andre ned. Størrelsen på beløpet som fordeles bør ikke tillegges for stor vekt, for det er isolert sett vanskelig å bedømme størrelsen på det. Beløpet følger til en viss grad helseforetakets størrelse og historiske utvikling. Dels kan felleskostnadenes omfang være ut fra valgt praksis for regnskapsføring og organisering.

Kan vi forvente økning eller nedgang i det totale beløpet som fordeles? Et av helseforetakene mente at det blir flere felleskostnader etter hvert. De hadde før flere sykehus som nå var slått sammen. I starten var det lite oppgaver som ble utført felles for sykehusene, men etter hvert er flere og flere oppgaver blir utført av sentrale serviceavdelinger. Et av sykehusene omtalte felleskostnadene kun som den rest de ikke var i stand til å henføre direkte. Vi kan dermed se motsatt effekt, at det blir færre fellestjenester til fordeling gjennom fordelingsnøkler. Etter sykehusreformen og mange omorganiseringer i helseforetakene, vil ytre påvirkninger stabiliseres. Det vil medføre at helseforetakene igjen får kontroll og oversikt over felleskostnadene, slik at det formodentlig vil være enklere å henføre kostnader direkte på de aktuelle avdelinger.

Tabell 3.2 Relativ andel felleskostnader 2002-2004. Felleskostnadenes størrelse av totale kostnader ved helseforetakene.

År	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt
2002	9,4 prosent	20,3 prosent	15,9 prosent
2003	10,1 prosent	19,9 prosent	15,6 prosent
2004	8,4 prosent	19,8 prosent	14,0 prosent

Som diskutert over er det lite å hente ut av å se på det konkrete beløpet til fordeling, det er primært avhengig av størrelsen på helseforetaket. Hvor stor andel av de totale kostnadene som er fordelte felleskostnader kan være mer relevant. Imidlertid vil dette være avhengig av både av organisering og praksis for regnskapsføring. I vårt utvalg finner vi at i gjennomsnitt fordeles omlag 15 prosent av de totale driftskostnadene ved helseforetakene, og alle helseforetak vi har undersøkt ligger mellom 8,4 og 20,3 prosent, se Tabell 3.2 for oppsummering. Det er imidlertid urimelig å sammenligne nivået hvert enkelt helseforetak ligger på, da det er umulig å vite om nivåforskjellene skyldes organisatoriske eller institusjonelle årsaker, historiske årsaker, (in)effektiv drift eller regnskapspraksis. Videre er det to realistiske utviklingsbaner for størrelsen på de fordelte felleskostnadene: nedgang som følge av bedre kontroll og direkteføring, eller økning som følge av mer sentralisering og felles organisering. Det er vanskelig å hevde hvilke av disse spor foretakene følger.

3.2.4 Utvikling i forhold til andel totale kostnader

Totalt i utvalget finner vi at fra 2002 til 2003 økte andel felleskostnader marginalt over endringstakten til de totale kostnader. Fra 2003 til 2004 økte også felleskostnadene, men økningen var ikke like stor som ved de totale kostnadene.

Hvis vi bryter opp og studerer hvert enkelt helseforetak i utvalget og kontrollerer for utviklingen i de totale kostnadene ser vi at to helseforetak har økende relativ utvikling av felleskostnadene; det vil si at endringen i de fordelte felleskostnader er større enn den endringen i totale kostnader. For de resterende helseforetak ser vi at felleskostnadene ikke øker like mye som de totale kostnadene, og det kan implisere stordriftsfordeler.

Dette kan være tegn på at begge utviklingsbaner foreslått over følges. For det første organiseres fellestjenester sentralt, og for det andre henføres mer direkte. Imidlertid vil vi understreke at dette er to moderate trender basert på utvalget.

3.3 Hvordan foregår fordelingen?

I dette avsnittet undersøkes hvilke prinsipper og nøkler som står for selve fordelingen. Resultatet av fordelingen i alle helseforetak presenteres i avsnitt 3.3.2.

3.3.1 Fordelingsnøkler

Fordelingsnøkkelen for de aller fleste helseforetak er bygd opp av flere elementer. Det er i hovedsak antall ansatte eller kostnader, aktivitet (for eksempel liggedager) og areal som ligger i fordelingsnøkkelen. Dersom en del av helseforetakets aktivitet endres, vil også fordelingsnøkkelen endres. En ny aktivitet i helseforetakene fra 2004 var rusomsorg. Inkludering av rusomsorg i helseforetakene påvirker fordelingsnøkkelen både gjennom antall ansatte, aktivitet og areal. Andel felleskostnad til de forskjellige sektorene i helseforetaket vil derfor bli endret som følge av inkludering av ny aktivitet.

I 2002 hadde noen av helseforetakene egne fordelingsnøkler for fordeling av felleskostnader. Andre hadde ikke det og restbeløpet til fordeling ble da fordelt av SINTEF Helse basert på andel brutto driftskostnader, og så fordelt til de forskjellige tjenesteområdene og forskjellige rapporteringsenhetene innen hvert helseforetak. Den primære nøkkelen var dermed kostnader, men enkelte helseforetak spesifiserte også egne nøkler – i stor grad var disse basert på enten historiske kostnader eller antall årsverk.

I 2003 er det en del endringer fra 2002. Administrative felleskostnader fordeles i stor grad basert på antall årsverk. Men det eksisterer en god del unntak; enkeltposter innenfor helseforetakene fordeles enten etter relative generelle nøkler som for eksempel historisk kostnad, eller mer spesifikke som bruken tjenesteområdene har av spesifikke kostnader/avdelinger og lignende.

Tilsvarende mønster ser vi for tjenester knyttet til drift og vedlikehold. Disse er i stor grad fordelt ut fra areal, men en rekke unntak eksisterer som for eksempel personellkantine som er en felleskostnad som fordeles på forskjellig vis blant helseforetakene (antall ansatte, liggedøgn, noen har spesifikke nøkler, andre har deler direkte henført til bestemte tjenesteområder og fordelt blant resten). Når det gjelder pasientrettede tjenester i 2003 varierer det ganske mye mellom de enkelte tjenester og de enkelte helseforetak hvordan fordelingen skjer; antall ansatte, areal, liggedøgn, kostnader og historisk tilhørighet blant annet.

I 2004 ser vi at nøklene endres ytterligere. Måten felleskostnadene fordeles på begynner å ligne mer og mer på funksjonskontoplanen til SSB og følger i stor grad samme nøkler som der er spesifisert. Administrasjonsfunksjoner preges av fordeling etter antall årsverk (det er her spesifikke avvik for blant annet alle tjenester hos helseforetak D). Videre ser vi at posten IT kan ha litt varierende nøkkel, enkelte helseforetak antar for eksempel dyrere programvare

for somatikk og justerer nøkkelen etter dette for å unngå forskyvninger over på psykisk helsevern. Det kan også tenkes at det er flere datamaskiner per ansatt innenfor psykisk helsevern, og at dette kan motvirke effekten av dyr programvare innen somatisk sektor.

Nøkler brukt til fordeling av drift- og vedlikeholdstjenester konsolideres ytterligere i 2004; areal er i større grad brukt som nøkkel, men noen unntak finnes fremdeles. Tjenester kategorisert som pasientrettede tjenester stabiliseres imidlertid ikke, men varierer også i 2004 ganske mye – hovedsakelig mellom ansatte/årsverk og liggedøgn, og i noen grad også modifiserte/tilpassede nøkler.

Tabell 3.3 Oppsummering av fordelingsnøkler. 2002-2004.

Gruppering i forhold til funksjonskontoplan for 2005	Nøkkel ⁷ 2002	Nøkkel 2003	Nøkkel 2004
Funksjon 400: Politisk styring av kontrollorganer	Kostnad eller egne interne nøkler i helseforetakene	Stort sett antall årsverk, men også ett spesifikt unntak	Stort sett antall årsverk, men også ett spesifikt unntak
Funksjon 410: [Servicefunksjoner] Drift og vedlikehold		Mange helseforetak fordeler etter areal	Stort sett fordelt etter areal, men enkelte har spesifikke unntak
Funksjon 410: [Servicefunksjoner] Pasientrettede tjenester		Forskjellige nøkler, variasjon	Forskjellige nøkler, variasjon
Funksjon 420: Administrasjon		I stor grad antall årsverk, men variasjoner med bl.a. historisk tilhørighet	I stor grad antall årsverk, men unntak finnes
Andre oppgaver/tjenester ⁸		De fleste fordeles etter årsverk, men variasjon	De fleste fordeles etter årsverk, men variasjon

Spesifikke unntak og variasjon i tabell 3.3 skyldes mer spesifiserte og modifiserte nøkler der hvor den vanlige nøkkelen er upresis. Vi ser alt i alt at fordelingsnøklerne er differensierte avhengig av hvilke tjenester som skal fordeles.

Er psykisk helsevern en spesielt arbeidsintensiv sektor? Rundt 90 prosent av kostnadene i psykisk helsevern er lønnskostnader. Hvis nøklene brukt til fordeling er antall ansatte/årsverk vil dette medføre en større andel fordelte felleskostnader til psykisk helsevern – en mulig overfordeling.

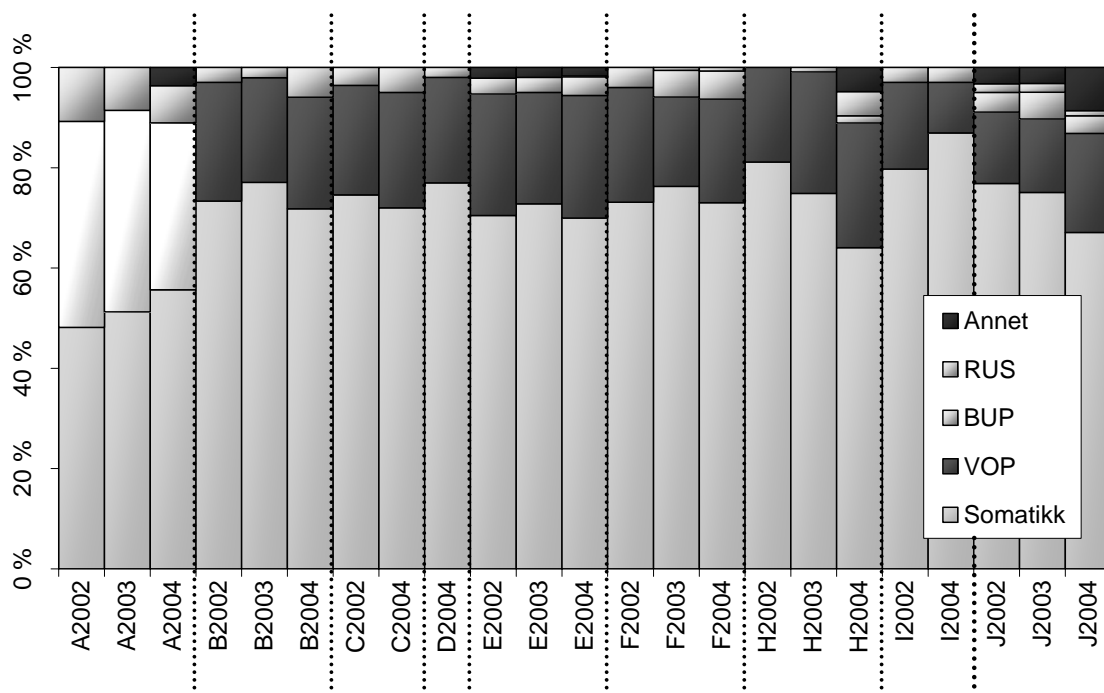
3.3.2 Resultat fordeling

Basert på fordelingsnøklerne presentert i forrige avsnitt har helseforetakene i utvalget rapportert sine fordelte kostnader til SINTEF Helse. Figur 3.1 viser fordelingen av felleskostnader mellom de forskjellige sektorene. I figuren er det en søyle per helseforetak per år, slik at for eksempel "E2003" er data fra helseforetak E i 2003.

⁷ Felleskostnader som ikke var spesifisert med nøkler av helseforetakene ble fordelt etter kostnadsnivå mellom tjenesteområdene og rapporteringsenhetene i regnskapene. Det medfører at kostnad ikke var eneste fordelingsnøkkel. Eventuelt andre nøkler er imidlertid umulig å spore opp da disse resulterte i direkteføring. SINTEF Helse antar at eventuelt andre nøkler da er enten historisk kostnadsfordeling mellom tjenesteområdene eller antall årsverk i stor grad.

⁸ Med "andre oppgaver/tjenester" menes her kostnader helseforetakene selv har rapportert inn som ikke umiddelbart passer inn i de andre kategoriene, ett helseforetak i utvalget hadde blant annet utbyggingsplaner som felleskostnader. Se også siste del av Tabell 3.1.

Figur 3.1 Fordeling felleskostnader til somatikk, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og ungdom, spesialisert rusomsorg og annet.



Med ett unntak viser figuren at somatisk sektor utgjør den sektoren den største andel felleskostnader fordeles til, og dette henger naturligvis sammen med at somatisk sektor er den dominerende hva gjelder størrelse i ethvert helseforetak. Andel felleskostnader fordelt til psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og ungdom og spesialisert rusomsorg er klart mindre enn hva som fordeles til somatisk sektor. Unntak fra dette er helseforetak A, der andel felleskostnader til somatisk sektor er om lag halvparten av de totale felleskostnader til fordeling. Ved enkelte helseforetak fordeles det også felleskostnader til andre sektorer.

3.4 Fordeling til de ulike sektorer

I dette avsnittet vil vi presentere og kort diskutere sektorene (med unntak av somatikk hvor det i stor grad fordeles *fra*) hver for seg for å se an utviklingen og om det er skjevfordeling i hva som fordeles som felleskostnader mellom sektorene.

3.4.1 Fordeling til psykisk helsevern

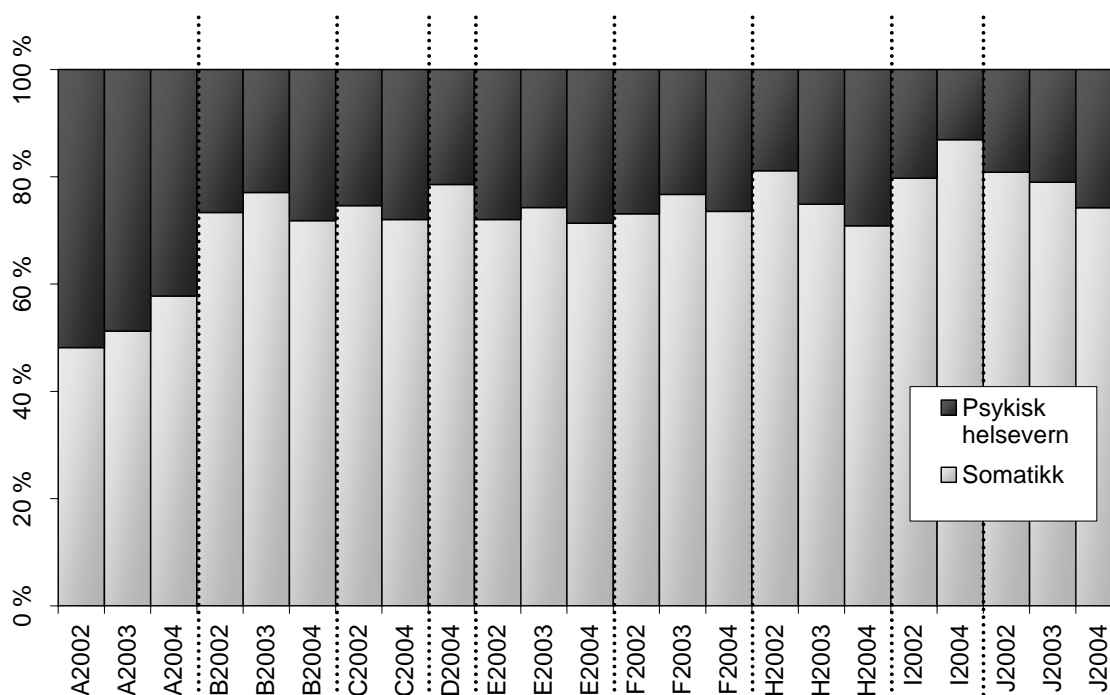
I perioden som studeres, 2002-2004, ble felleskostnadene i de fleste tilfeller initialt kostnadsført på funksjon 610 Somatiske tjenester - fellesfunksjoner. Det betyr at felleskostnader kostnadsført på denne funksjonen siden ble fordelt til psykisk helsevern etter en fordelingsnøkkel. De siste årene har det vært stort fokus på kostnadsutviklingen innenfor psykisk helsevern. Kostnadene i psykisk helsevern er planlagt å øke som følge av Opptappingsplanen, mens det i somatikk ikke er lagt opp til stor aktivitets- og kostnadsvekst.

Ved fordeling av felleskostnader må en derfor være oppmerksom på om 1) tilstrekkelig felleskostnader fordeles til psykisk helsevern og 2) om psykisk helsevern får fordelt for mye for å drive opp andel totale kostnader.

Vi ser psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og ungdom i sammenheng i drøftingen under. Men dersom det splittes opp, ser vi at andel fordelte felleskostnader til psykisk helsevern for voksne øker ved fire helseforetak og går ned ved fire helseforetak. For psykisk helsevern for barn og ungdom finner vi en økning i andel fordelte felleskostnader i fem helseforetak, nedgang i to helseforetak og i det siste helseforetak er det uendret.

I Figur 3.2 er spesialisert rusomsorg og "annet" tatt ut i forhold til figur 3.1 over. Figuren viser andel felleskostnader til fordeling kun til somatikk og psykisk helsevern, slik at søylene skalerer til 100 prosent. Vi ser at det ikke er noen større forskyvning mellom sektorene når vi kun ser på somatikk og psykisk helsevern.

Figur 3.2 Fordeling felleskostnader til somatikk og psykisk helsevern.

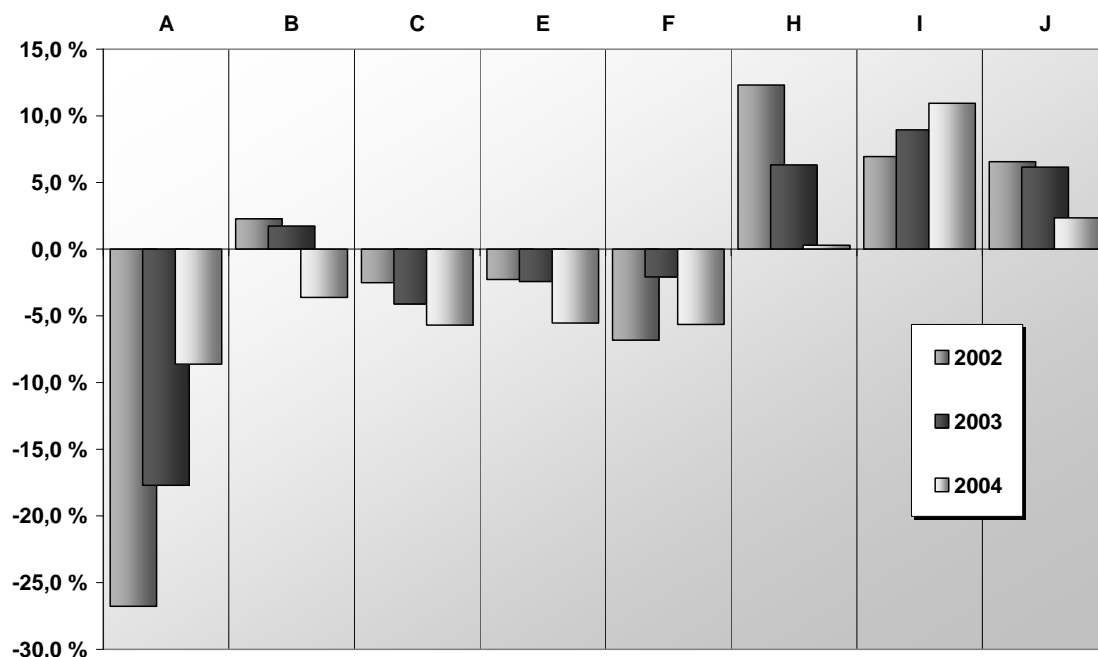


Ved større endringer i totale felleskostnader, som ved omorganisering eller markant mindre felleskostnader til fordeling (internføring, direkte henføring), er det størst endring i andel til fordeling til psykisk helsevern fra 2002 til 2004. Dette gjelder for eksempel i helseforetakene A, B og I. Nærmere kommentarer om de enkelte helseforetak presenteres i avsnitt 3.3.7.

Ved å studere differansen mellom fordeling felleskostnader og totale kostnader til psykisk helsevern, kan en se om utviklingen er positiv eller negativ over tid. Negative verdier oppstår hvis andel fordelte felleskostnader er større enn andel totale kostnader til psykisk helsevern, positive verdier når andel totale kostnader er større enn andel fordelte felleskostnader. Figur 3.3 viser at det kan være store avvik mellom andel av totale driftskostnader til psykisk helsevern og andel av felleskostnader til psykisk helsevern. Ved helseforetak A ser vi at forskjellen mellom andel fordelte felleskostnader til psykisk helsevern og total andel kostnader i 2002 var på omlag 27 prosent.

Bortsett fra helseforetak I ser vi at alle helseforetak (henholdsvis helseforetak A, H og J) med store avvik i 2002 over perioden reduserer differansen. Det er kun for helseforetak med relativt små avvik at vi ikke ser en tendens til bevegelse mot null.

Figur 3.3 Avvik psykisk helseverns andel totale driftskostnader og andel fordelt felleskostnader. Avvik i prosentpoeng over perioden 2002-2004.



Igjen vil organisering av virksomheten spille en rolle. I noen helseforetak kan det være slik at store avdelinger er organisert som fellestjenester mens de i praksis bare server en av sektorene i helseforetaket. Et eksempel på virksomhet som i stor grad leverer tjenester til en sektor, men som kan være kostnadsført som en fellestjeneste, er medisinsk-teknisk avdeling. Da bør fordelingsnøkkelen være slik at denne fellestjenesten ikke fordeles til psykisk helsevern i samme grad som andre servicetjenester som benyttes av begge sektorer i samme omfang. Det betyr at en differanse rundt 0 ikke nødvendigvis er det korrekte for alle helseforetak, det vil avhenge både av organisering av fellestjenestene og av praksis for kostnadsføring av felleskostnadene, men at det kan være utgangspunktet å diskutere ut fra.

3.4.2 Spesialisert tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere

Spesialisert tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere ble fra 2004 innlemmet i helseforetakene, det vil si at de skulle ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Dette var i stor grad ny virksomhet i helseforetakene, men tidligere var deler av rusomsorgen organisert under psykisk helsevern. Ved fordeling av felleskostnader til psykisk helsevern i 2002 og 2003 ble det for noen helseforetak fordelt felleskostnader til aktivitet som i 2004 er skilt ut som en egen sektor. Dette har vi forsøkt å ta hensyn til i de beregninger vi har foretatt.

Helseforetak A, D, E, F, H og J hadde alle spesialisert tverrfaglig behandling av rusmiddelmissbrukere i 2004. Det ble fordelt egne felleskostnader til spesialisert rusomsorg ved fem av disse seks helseforetakene. Kostnadene til spesialisert rusomsorg i 2004 er delvis flyttet fra psykisk helsevern for voksne og delvis ny aktivitet inkludert i helseforetakene. Denne nye virksomheten gjør at det kan være vanskelig å sammenligne tall fra 2002, 2003 og 2004. Imidlertid var fordelingen av felleskostnader til rusomsorg på et relativt lavt nivå; i enkelte tilfeller på andelsmessig likt nivå med kostnadene til sektoren, men faktisk for de fleste helseforetak en lavere andel felleskostnader enn det andel totale kostnader i sektoren skulle tilsi.

Dette betyr, som vi så ved psykisk helsevern, at det er liten grunn til å tro at helseforetakene styrer felleskostnadene for å påvirke veksten i de ulike sektorene. Snarere kan det være at somatikk fremdeles får for stor andel av felleskostnadene og at det er for lite overføringer til psykisk helsevern og rus.

3.4.3 Fordeling til andre områder

Felleskostnadene skal fordeles til fellesfunksjonene innenfor henholdsvis somatikk, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og ungdom, og spesialisert rusomsorg. Imidlertid kan det også fordeles til annen virksomhet, selv om dette ikke er vanlig praksis i de fleste helseforetak. Barnehager, personalboliger, ambulanse og i mindre grad sykefrakt er det som oppfattes som andre områder. Det enkelte helseforetak har ved fordeling av felleskostnader vurdert om det vil være korrekt å fordele kostnader for fellestjenester til andre områder eller ikke. Figur 3.1 viste omfanget av andel felleskostnader fordelt til andre områder, og det var kun i mindre grad at det ble fordelt til andre sektorer/områder. Fordeling til andre områder har derfor ingen større betydning.

3.4.4 Kommentarer til de enkelte helseforetaks fordeling

I dette avsnittet diskuterer vi kort mulige årsaker og forklaringer til utviklingen innenfor hvert enkelt helseforetak i den tidsperioden som studeres. Vi summerer også tidligere presenterte resultater med fokus på psykisk helsevern, se Tabell 3.4.

Tabell 3.4 Summering av funn om fordeling til psykisk helsevern.

Helseforetak	Utvikling på det totale beløp til fordeling ⁹	Endring andel felleskostnader til psykisk helsevern	Sammenheng utvikling totalt og andel til psykisk helsevern	Stor differanse ¹⁰	Konvergens ¹¹
A	Nullvekst	Nedgang	Nei	Ja	Ja
B	Markant nedgang	Svak økning (ustabilt)	Nei	Nei	Nei
C	Svak nedgang	Økning	Nei	Nei	Nei
E	Nullvekst	Økning (ustabilt)	Nei	Nei	Nei
F	Variierer/nullvekst	Variierer (ustabilt)	Ja	Nei	Ja
H	Økning	Økning	Ja	Ja	Ja
I	Markant nedgang	Nedgang	Ja	Ja	Nei
J	Økning	Økning	Ja	Ja	Ja

⁹ Med nullvekst menes her vekst som ikke er større enn generell prisvekst. Enkelte helseforetak fordeler langt mindre (nedgang på rundt 40 %) som felleskostnader ved slutten av perioden vi har undersøkt, dette er markert som "markant nedgang".

¹⁰ Jmf. Figur 3.3; altså avvik mellom andel totale driftskostnader og andel fordelte felleskostnader til psykisk helsevern.

¹¹ Med konvergens menes at differansen mellom andel totale driftskostnader og andel fordelte felleskostnader går mot null.

3.4.4.1 Helseforetak A

Helseforetak A har relativt store felleskostnader til psykisk helsevern. Dette har sammenheng med geografisk plassering, og mye av fellestjenestene driftes på den enkelte enheten; helseforetaket har mange spredte enheter innen psykisk helsevern. Omorganisering etter sykehusreformen gjør at det nå observeres en gradvis samling av fellestjenestene.

3.4.4.2 Helseforetak B

For helseforetak B er det i 2004 en skjevfordeling til psykisk helsevern for barn og ungdom som følge av omorganisering. Økningen i fordelte felleskostnader til sektoren er på rundt 1,5 millioner kroner, noe som gir svært store prosentvise utslag. Store prosentvise utslag på såpass små beløp henger sammen med relativt lave felleskostnader til fordeling. Helseforetaket bekreftet at skjevfordelingen er borte fra 2005 som følge av bedre spesifiserte fordelingsnøkler.

3.4.4.3 Helseforetak C

Helseforetak C hadde i perioden hatt en del omorganiseringer av rus og habilitering mellom somatikk og psykisk helsevern, som ser ut til å ha påvirket de totale kostnadene til psykisk helsevern. Det observeres en økning i felleskostnader fordelt til psykisk helsevern, sett i forhold til de totale kostnadene til psykisk helsevern. Relativ andel felleskostnader fordelt til psykisk helsevern øker med over ti prosent fra 2002 til 2004. Den andelsmessige økningen i felleskostnader kan ikke forklare den totale økningen i kostnadene i psykisk helsevern, da beløpet som fordeles (nominelt) holder seg stabilt fra 2002 til 2004.

3.4.4.4 Helseforetak D

Helseforetak D leverte ikke tilfredsstillende data til bruk i alle analyser. For 2004 ser vi likevel at felleskostnader fordelt til psykisk helsevern er svært like med andel av de totale kostnader til sektoren.

3.4.4.5 Helseforetak E

Helseforetak E hadde jevnt over en høyere andel felleskostnader fordelt til psykisk helsevern enn det andel totale kostnader skulle tilsi. Avviket gjelder kun psykisk helsevern for voksne og er konsistent over tidsperioden. Helseforetaket har valgt å fordele felleskostnader også til andre fellestjenester. Hvis vi korrigerer for dette ser vi at avviket blir noe lavere, men allikevel økende gjennom perioden vi studerer.

3.4.4.6 Helseforetak F

Helseforetak F hadde også jevnt over en høyere andel felleskostnader fordelt til psykisk helsevern enn det de totale kostnadene skulle tilsi. Helseforetaket hadde samme elementer i fordelingsnøkklene i 2003 og 2004, slik at årsaken til endring i det som ble fordelt er vanskelig å finne.

3.4.4.7 Helseforetak H

Dette helseforetaket hadde gjennom hele perioden en konvergens mellom andel felleskostnader til psykisk helsevern og totale kostnader til psykisk helsevern. Helseforetaket varslar at psykisk helsevern fremdeles får for lite, men at dette vil øke gjennom en bedre bearbeiding av fordelingsnøkkelene. Så den markante økningen i felleskostnader til psykisk

helsevern har bakgrunn i dette bevisste arbeid, men det underfordelles fremdeles sett i forhold til det helseforetaket selv mener er korrekt nivå for fordeling til psykisk helsevern.

3.4.4.8 Helseforetak I

Helseforetak I hadde et økende gap mellom psykisk helseverns andel av totale kostnader og andel fordelte kostnader som det er vanskelig å finne årsaker til. Imidlertid ser vi fra 2002 til 2004 et relativt stort fall i totale felleskostnader, og det er derfor grunn til å tro at en langt større andel av kostnadene direkteføres i 2004 enn tidligere år. Siden helseforetaket i 2004 rapporterer mindre totale felleskostnader enn tidligere, er det ingen grunn til å tro at helseforetaket forskyver felleskostnader til psykisk helsevern. Over samme periode går de totale kostnadene til psykisk helsevern i dette helseforetaket ned, så utviklingen går samme retning som andel fordelte felleskostnader, se forøvrig Tabell 3.4.

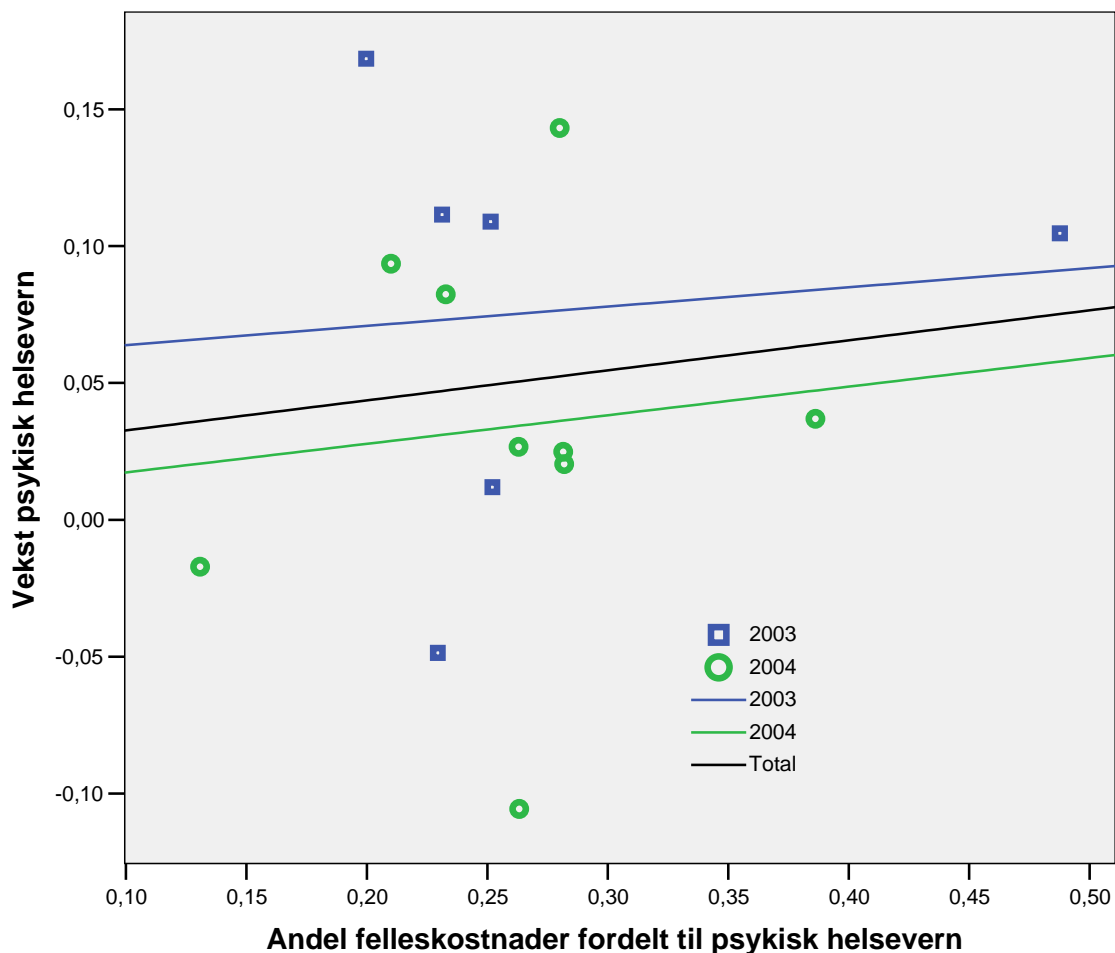
3.4.4.9 Helseforetak J

Vi ser klare likhetstrekk mellom helseforetak H og helseforetak J; begge har tidligere underfordelt til psykisk helsevern i forhold til de totale kostnadene, og vi ser at andel totale kostnader og andel fordelte felleskostnader nå nærmer seg hverandre.

3.5 Sammenheng mellom nivå og vekst

Det er vanskelig å tallfeste sammenhengen mellom nivå på felleskostnadene og den totale kostnadsveksten innenfor for eksempel psykisk helsevern. En tilnærming er å se vekst i kostnader i psykisk helsevern i sammenheng med vekst/endring i felleskostnader fordelt til psykisk helsevern. Imidlertid vil det være logisk med en sterk sammenheng mellom disse målene da felleskostnadene fordeles ut fra nøkler som til dels speiler aktivitetsnivået (liggedøgn, ansatte og areal).

Figur 3.4 Sammenheng mellom vekst i psykisk helsevern og psykisk helseverns andel av felleskostnader. 2002/2003-2003/2004.



En alternativ tilnærming er å se på kostnadsvekst i psykisk helsevern og andel felleskostnader fordelt til psykisk helsevern i sammenheng. Figur 3.4 viser prosentvis endring i totale kostnader til psykisk helsevern langs den vertikale aksene. Langs den horisontale aksene er andel felleskostnader fordelt til psykisk helsevern. Linjene på tvers av plottet viser korrelasjon mellom aksene. Vi ser en svak helning som skulle tilsi en forsiktig sammenheng mellom kostnadsvekst i psykisk helsevern og andel fordelte felleskostnader. Det betyr altså at elementene i fordelingsnøkkelen til en viss grad avspeiles gjennom endring i kostnadene til psykisk helsevern.

Det må her imidlertid understrekes at dette ikke er et robust resultat, blant annet er det svært lite spredning langs den horisontale aksene (andel fordelte felleskostnader til psykisk helsevern ligger i all vesentlighet på mellom 20 og 30 prosent av totalt fordelte felleskostnader) og figuren viser at det er enkelte ekstreme verdier som i stor grad påvirker korrelasjonene. Alt i alt er det for lite sammenheng mellom målene til å hevde at nivået i felleskostnader påvirker veksten i sektoren.

3.6 Oppsummering av tendenser og resultat

- Regionale helseforetak har ikke lagt føringer for helseforetakene for hvordan felleskostnader skal fordeles, imidlertid kan vi forvente mer styring i årene som kommer.
- Stadig flere tjenester blir organisert som sentrale fellesfunksjoner hos helseforetakene, imidlertid en forsiktig tendens.
- Ingen klar utvikling når det gjelder direkte beløp til fordeling, men det antas at mer vil henføres direkte over tid. Imidlertid finner vi at felleskostnadenes relative andel av totale driftskostnader går noe ned gjennom perioden; felleskostnadene øker ikke like mye som de totale driftskostnadene.
- Mange helseforetak gjør en stadig grundigere jobb med nøklene sine for å spesifisere dem bedre. Utgangspunktet har vært SSBs fordelingsnøkler. Nøklene er differensiert i forhold til hvilken type tjeneste som skal fordeles.
- Omorganisering og ny virksomhet kan ofte forklare avvik i analysene.
- Ingen åpenbare grunner til å tro at felleskostnadene styres for å blåse opp enkelte sektorer.
- I forhold til totale kostnader fordeler fem helseforetak mer til psykisk helsevern enn hva de totale kostnadene skulle tilsi. Tre helseforetak underfordeler.
- De fleste helseforetak med *store* avvik mellom nivå på fordeling til psykisk helsevern og nivå på kostnadene har utvikling hvor nivå på fordeling til psykisk helsevern nærmer seg samme nivå som kostnadene.
- Ingen helseforetak fordeler mer felleskostnader til spesialisert rusomsorg enn andel totale kostnader i 2004.
- Noen få helseforetak fordeler til andre sektorer, men ingen praktisk betydning.

4 Drøfting av felleskostnader

Vi har i det foregående kapitlet presentert resultatene av vår datainnsamling og tydeliggjort tendensene i datamaterialet. I dette avsluttende kapittel presenterer vi endringer i felleskostnadene etter 2004, og diskuterer videre problemene med fordelingen av felleskostnader.

4.1 Fordeling av felleskostnader etter 2004

4.1.1 Nærmere om fellesfunksjoner til fordeling for 2005

Arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten i Statistisk Sentralbyrå (SSB) vedtok 10. november 2004 funksjonskontoplanen for 2005. I funksjonskontoplanen ble det opprettet og gitt tillatelse til at helseforetakene kunne benytte funksjon 400 Politisk styring av kontrollorganer, funksjon 410 Servicefunksjoner og funksjon 420 Administrasjon til å føre felleskostnader for hele foretaket. Tidligere praksis var i hovedsak at felleskostnadene ble ført på funksjon 610 Somatiske tjenester – fellesfunksjoner, for så å bli fordelt til andre sektorer. For å kunne sammenligne utvikling i kostnader i sektorene over tid, er det nødvendig at felleskostnader fordeles, og at fordelingen er noenlunde lik over år. Behov for fordeling av felleskostnadene er ikke mindre selv om kostnadene til felles drift av helseforetak er trukket ut og lagt på egne funksjoner.

En begrunnelse for å skille felleskostnadene på egne funksjoner fra 2005, var at det var stabilt hvilke fellestjenester som fra år til år ble fordelt. Elementene i fordelingsnøkkelen endres for å sikre at felleskostnadene til enhver tid blir fordelt mest mulig korrekt i forhold til hvor fellestjenesten er benyttet. Imidlertid var det et argument at kostnadene som faktisk skulle fordeles er isolert på forhånd selv om elementene i nøkkelen ble påvirket av faktisk bruk av fellestjenester.

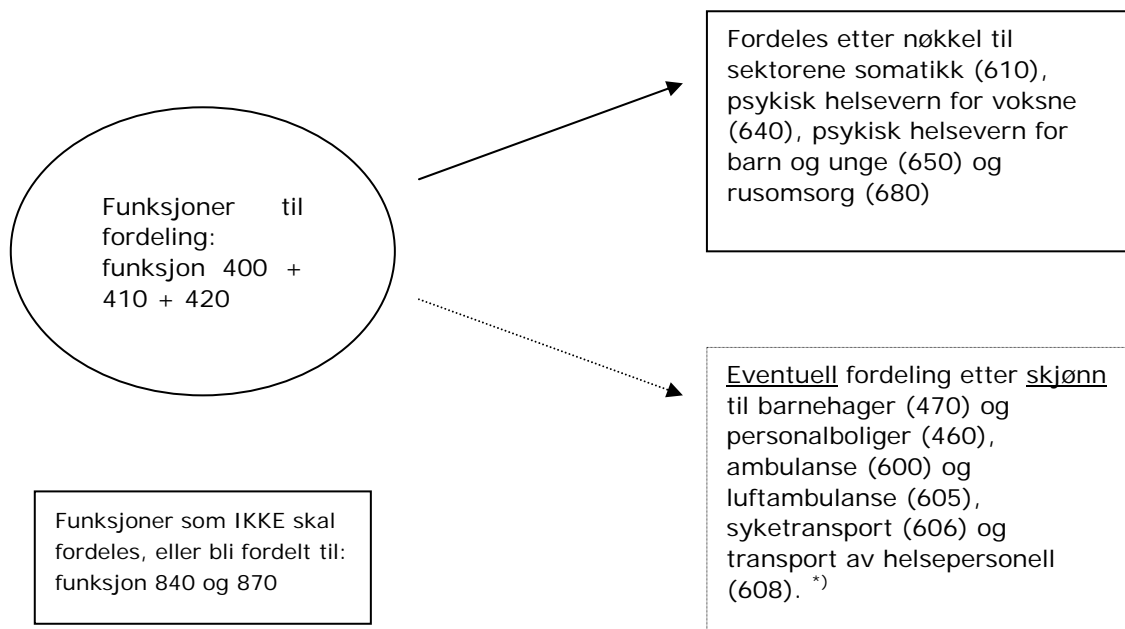
I arbeidet med utarbeidelse av forslag til fordelingsnøkkel for 2005 er det forutsatt at funksjon 400, 410 og 420 brukes etter hensikten, og at det er kostnader ført på disse funksjonene som er definert som felleskostnader og som skal fordeles. Andre funksjoner som er felles for hele helseforetaket er ikke foreslått fordelt, og det er i utgangspunktet heller ikke foreslått at det fordeles felleskostnader til fellesfunksjoner. Forslaget til prinsipper for fordeling av felleskostnader, som ble vedtatt i arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten i SSB desember 2005, la altså ikke opp til at det skal fordeles felleskostnader til barnehager, personalboliger, ambulans og syke transport.

Imidlertid var det et ønske i arbeidsgruppen at felleskostnadene i så stor grad som mulig skulle henføres direkte. Det betyr at det ved mulighet for å spore hvor fellestjenesten var benyttet, så skal kostnaden også henføres dit. De kostnader som ikke kan henføres direkte, skal fordeles etter fordelingsnøkkel.

Det er to sett av fordelingsnøkler som kan benyttes for 2005. Det ene settet av fordelingsnøkler er basert på at helseforetakene best vet hvordan felleskostnader bør fordeles, og benytter egne fordelingsnøkler. Det andre settet av fordelingsnøkler ble vedtatt i

arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten i SSB i desember 2005, og benyttes i tilfeller der egne fordelingsnøkler ikke er utarbeidet. De vedtatte fordelingsnøklerne er utarbeidet i tråd med tidligere fordelingsnøkler for å ha en konsistent fordeling over tid, og bygger på elementer som tidligere lå i fordelingsnøkkel.

Figur 4.1 Skjematisk hvordan felleskostnader for 2005 skal fordeles – uavhengig av fordelingsnøkkel



*) Arbeidsgruppe for spesialisthelsetjeneste la i sitt vedtak i desember 2005 ikke opp til fordeling av felleskostnader til fellestjenester som her nevnt. For en oversikt over vedtatte funksjonskontokoder for 2005, henvises det til www.ssb.no/helseforetak.

De diskusjoner som arbeidsgruppen for spesialisthelsetjenesten har hatt knyttet til fordeling av felleskostnader fra 2005, tyder at dette er et område som er viktig. Det er ønskelig at felleskostnadene fordeles så korrekt som mulig, men det er også presisert viktigheten av at fordelingen er "god nok" og at det ikke legges ned for mye ressurser for at fordelingen skal være helt perfekt. Fordelingsnøkler vil aldri oppnå noe annet enn godt nok, kun direkteføring av alle kostnader vil være det korrekte og det vil være umulig å gjennomføre.

4.1.2 Nasjonal samordning av fordeling felleskostnader fra 2007

Helse- og Omsorgsdepartementet har bedt Sosial- og Helsedirektoratet nedsette en arbeidsgruppe som skal utarbeide nasjonale retningslinjer og prinsipper for fordeling av felleskostnader. Departementet skriver: "Fra 2007 har vi i forbindelse med forberedelsen av implementeringen av OK 2007 bedt Sosial- og helsedirektoratet nedsette en arbeidsgruppe med relevante aktører for å utarbeide et forslag til felles retningslinjer og prinsipper for fordeling av felleskostnader. Dette forslaget skal sendes departementet til godkjenning"¹².

¹² E-post fra Inger-Mette Nilstad (Helse- og Omsorgsdepartementet) til Heidi Torvik (SINTEF Helse) 13. oktober 2005.

4.2 Problemer og konsekvenser ved fordeling av felleskostnader

En nøyaktig fordeling av felleskostnadene etter hvor fellestjenesten er benyttet vil ikke være mulig å foreta. Flere fellestjenester, for eksempel kostnader knyttet til administrasjon av hele helseforetaket, kan ikke henføres direkte til områder for pasientbehandling. Det må derfor benyttes fordelingsnøkler som i så stor grad som mulig gjenspeiler faktisk bruk av fellestjenestene.

Dersom fordelingsnøkklene ikke er utformet slik at fordeling av fellestjenestene henføres sektorene/tjenesteområdene etter bruk, kan det stilles spørsmålsteget ved om felleskostnader fordeles for å oppnå politisk mål om vekst. Det er derfor veldig viktig at fordelingsnøkklene er stabile over tid, at de gjenspeiler bruk av fellestjenestene så godt som mulig og at foretatt fordeling er etterprøvbart.

Et problem er at felleskostnadene slik de er brukt og fordelt i de rapporterte regnskapene kan være "fiktive". Det kan være en ren definisjonssak for regnskapsavdelingene hva som er til fordeling, og hva som henføres direkte. SINTEF Helse vil imidlertid understreke at helseforetakene i økende grad ser ut til å ta problemet på alvor, og gjør nå en stadig bedre jobb med fordelingen. Mange helseforetak har nå gode og gjennomarbeidede nøkler som blir stadig mer presise.

Det ble i en helseregion gjennomført et prosjekt for å sjekke robustheten i fordelingsnøkkelene som SSB la opp til for 2003. Fordelingsnøkkelene til SSB var bygd opp rundt antall ansatte, areal og liggedøgn, og er ikke endret i perioden fra 2002 til 2004. Fellestjenestenes innhold ble gjennomgått, og hver enkelt fellestjeneste/kostnadssted ble fordelt etter den nøkkel som ble ansett for å gjenspeile forbruket mest korrekt. Resultatet av gjennomgangen i gjeldende region viste at den grovere fordelingsnøkkelene som SSB hadde lagt opp til var veldig robust i forhold til en detaljert fordelingsnøkkel for hver enkelt fellestjeneste i helseforetaket.

4.3 Usikkerhet knyttet til nivå og vekst

Vil en skjev fordeling av felleskostnader påvirke prosentvis kostnadsvekst i de forskjellige sektorene? Vi har observert at total andel kostnader til psykisk helsevern og andelen sektoren får av felleskostnadene, har nærmet seg hverandre gjennom perioden for de fleste helseforetak. Det er to tolkninger av dette. For det første kan det bety at helseforetakene har fordelingsnøkler som henger sammen med vekst i kostnadene. På den annen side kan det faktisk at disse mål nærmer seg hverandre lede oss til å tro at helseforetakene øker andel felleskostnader bevisst for å redusere differansen mellom psykisk helsevern og somatikk totalt sett. Dette kan da bety at det tidligere har vært fordelt for lite felleskostnader til psykisk helsevern i forhold til det "korrekte".

På den annen side er det vanskelig å si hva som er riktig nivå på felleskostnadene og hvilke andeler som bør fordeles til hvilken sektor. Det gjelder spesielt innenfor psykisk helsevern som i helseforetakene gjerne består av flere enheter geografisk skilt fra hverandre. For enheter som ikke er samlokaliserte, vil det sannsynligvis være flere faste kostnader. Det kan dermed tenkes at det vil være vanskeligere å redusere faste kostnader der det er flere enheter enn der det er en enhet. Som tidligere nevnt kan det også være et problem at psykisk helsevern muligens er mer arbeidsintensivt enn somatisk sektor. Dette medfører at "antall ansatte" som nøkkel kan overfordele felleskostnader til sektoren som ikke er tiltenkt. Det kan delvis korrigeres for dette ved bruk av presise nøkler, det vil si at det må vurderes nøye hvilke fellestjenester som fordeles med en fordelingsnøkkel der ansatte inngår.

Innenfor psykisk helsevern for barn og unge går andelen fordelte felleskostnader i stor grad opp. Imidlertid er det vanskelig å vite om dette skjer på grunn av endring i nøklene, omprioriteringer hos helseforetakene, eller rett og slett skyldes Opptrappingsplanen og bestillers prioritering av psykisk helsevern til barn og unge. Imidlertid tyder ikke våre funn

på at det er et bevisst spill der det fordeles mer felleskostnader til psykisk helsevern for barn og unge enn det som er reelt i forhold til benyttede fordelingsnøkler.

Vi studerer direkte om det er samsvar mellom utviklingen i psykisk helsevern og psykisk helseverns andel av felleskostnader, se blant annet Figur 3.4 ovenfor. Vi ser her at det ikke er noen sammenheng mellom vekstraten i psykisk helsevern (endring fra år til år) og andel felleskostnader til psykisk helsevern. I figuren og kalkulasjonene er utviklingstall både for 2003 og 2004 inkludert. Tidligere undersøkelser¹³ har også kommet til samme konklusjon for utvalgte helseforetak; helseforetakene utnytter ikke fordeling av felleskostnader for å skape vekst i psykisk helsevern. Vi har i denne rapporten belyst forskjellige aspekter ved fordelingen for å avdekke mulige skjevfordelinger. Vi har sett at det i noen grad skjevfordeles, men at dette kan forklares ut fra fordelingsnøkler, organisering og omorganisering.

Et mulig større problem er fordeling av kostnader som *ikke* er felleskostnader. Et eksempel kan være om kostnader ved en kirurgisk avdeling blir fordelt som felleskostnader. Dette medfører en direkte reduksjon i kostnadene til somatikk og blåser opp de andre sektorene. Dette har større konsekvenser og er vanskeligere å oppdage enn skjeve/feilaktige fordelingsnøkler. I rapporten har vi studert beløp til fordeling, og fant to helseforetak som øker relativ andel til fordeling. Imidlertid er dette helseforetak som underrapporterer til psykisk helsevern og som i løpet av perioden viser konvergens mellom andel totale kostnader til psykisk helsevern og andel fordelte felleskostnader til sektoren.

I 2002 ble det fordelt felleskostnader i alle helseforetakene. Dette er grunnlag for kostnadstall og beregninger i SAMDATA. I 2003 og 2004 har det vært en endring i fordelingen og en utvikling av fordelingsnøkler. Imidlertid har vi ikke funnet indikasjoner i analysene på at fordeling av felleskostnader påvirker veksttaket i sektorene, annet enn det som kan komme som følge av endret organisering eller endrede prinsipper for fordeling. Fordelingsnøklerne er robuste i forhold til organisasjons- eller aktivitetsendringer i de forskjellige behandlingssektorene.

¹³ Meyer og Waage-Rasmussen (2006): Hvordan sikre psykisk helseverns ressurser ved kostnadsfordeling. En konsekvens av finansieringssystemets iboende incentiver til ressursvridning. SNF-rapport 04/06, Samfunns- og Næringslivsforskning AS, Bergen.

Vedlegg

Funksjonskontoplan for 2005

Vedtatt 10. desember 2004 i Statistisk Sentralbyrås arbeidsgruppe for spesialisthelse-tjenesten.

400 Politisk styring av kontrollorganer

På denne funksjonen føres kostnader og inntekter knyttet til styret ved (regionale) helseforetak (HF/RHF).

410 Servicefunksjoner

Her føres tjenester som betjener det regionale helseforetakets og helseforetakets organisasjon: Post, budtjeneste, arkiv, hustrykkeri, drift av felles EDB-systemer og IT-støtte for hele organisasjonen. I tillegg skal alle tjenester knyttet til det enkelte helseforetakets forvaltnings-, drifts- og vedlikeholdsavdelinger som renhold, kjøkken, vaskeri, personellkantine og teknisk avdeling også føres her.

420 Administrasjon

Administrativ ledelse:

Som administrative lederstillinger som tilhører funksjon 420 defineres lederstillinger som leder andre ledere og som har koordineringsoppgaver utover ren arbeidsledelse. Det betyr at laveste ledernivå (ledere av tjenestestedet) defineres som en del av de funksjonene som tjenestestedet ivaretar og føres på funksjonene 610, 640, 650 eller 680.

Som administrative ledere defineres i denne sammenhengen stillinger med omfattende økonomiske og administrative fullmakter, men ikke arbeidsledere med faglige koordinerings-, veilednings- og oppfølgingsoppgaver.

Støtte- og stabsfunksjoner:

Støttefunksjoner for styring og utvikling av hele det (regionale) helseforetaket dvs. oppgaver knyttet til sekretariat for styret, økonomiforvaltning, planlegging, overordnede personalfunksjoner samt informasjon som ikke gjelder bestemte tjenesteområder og organisasjon/ organisasjonsutvikling er en del av funksjon 420.

Faglige og merkantile støtte- og stabsfunksjoner som er knyttet til administrative ledere følger i utgangspunkt sin leder og plasseres på funksjon 420. Den andelen av arbeidstiden som er knyttet til støtte i forhold til bestemte tjenester og tjenestestedet plasseres imidlertid på de respektive funksjonene som tjenestene/tjenestestedene ivaretar.

Det betyr at faglige stabsstillinger som bidrar til utvikling, koordinering og direkte brukerrettede oppgaver av bestemte tjenester knyttes til de funksjonene som de aktuelle tjenestene sorterer under. Innsatsen i forhold til oppfølging, kontroll og forvaltningsoppgaver iht. lovverk knyttes til funksjon 420.

460 Personalboliger

Her føres beløp knyttet til personalboliger som eies av helseforetaket og er et tilbud til ansatte ved helseforetaket.

470 Personalbarnehager

Her føres beløp knyttet til personalbarnehager som eies av helseforetaket og er et tilbud til ansatte ved helseforetaket.

600 Ambulanse

Her føres kostnader og inntekter knyttet til bilambulanse og båtambulanse.

605 Luftambulanse

Her føres kostnader og inntekter knyttet til luftambulansetjenesten.

606 Syketransport

Her føres transportkostnader for pasienter som reiser til og fra medisinsk behandling i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Herunder oppholdskostnader og kostnader til nødvendig ledsager for pasienten. Helsepersonell som ledsager føres på funksjon 608 Transport av helsepersonell.

608 Transport av helsepersonell

Her føres reisekostnader til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Det vil si leger og annet personell som må reise ut til pasienter i deres hjem. Helsepersonell som ledsager pasienter føres også her, jf. funksjon 606 Syketransport

610 Somatiske tjenester - Fellesfunksjoner

Administrasjon av det enkelte somatiske sykehus/institusjon føres her. Det samme gjelder serviceenheter, tekniske avdelinger og andre driftsavdelinger knyttet direkte til tjenestestedet.

Forskning og utvikling knyttet til somatikk, samt forebyggende helsearbeid føres på denne funksjonen.

615 Somatiske tjenester - Røntgen/lab

Funksjonen omfatter tjenester som i hovedsak skal understøtte de diagnostiske deler av de medisinske funksjoner/oppgaver, i motsetning til tjenester som understøtter ikke-medisinske oppgaver som kjøkken, renhold mv..

620 Somatiske tjenester - Behandling

Tjenester som på den enkelte institusjon blir definert som kliniske avdelinger, dette inkluderer også anestesivdelinger og operasjonsstuer. AMK-sentraler og nødmeldetjenesten føres også her.

625 Somatiske tjenester - Privatpraktiserende legespesialister med driftsavtale

Her føres kostnader og inntekter helseforetaket har i forbindelse med private legespesialister med driftsavtale. Kliniske psykologer og psykiatere skal føres på funksjon 646 eller 656, avhengig av spesialistens arbeidsområde.

630 Somatiske tjenester - (Re-) habilitering

Rehabiliteringsfunksjonen skal fange opp de ressurser som brukes i spesialiserte institusjoner eller avgrensede avdelinger, poster eller seksjoner eller i andre institusjoner. Dette fanger opp den direkte ressursbruken knyttet til entydige enheter. Her føres kostnader og inntekter knyttet til institusjoner/avdelinger for langtidspleie og trening for handikappede barn. Rehabilitering av voksne omfatter rekonvalesent hjem, opptreningsinstitusjoner, slagenheter og fysikalske medisinske avdelinger. (Re)-habiliteringstjenester som er knyttet til psykisk helsevern eller rusbehandling skal føres på funksjon for direkte pasientrettet virksomhet på det respektive tjenesteområdet hhv. funksjon, 641, 642, 643, 651, 652, 653 eller 685.

640 Voksenpsykiatri - Fellesfunksjoner

Administrasjonen av den enkelte voksenpsykiatriske institusjonen føres her. Det samme gjelder serviceenheter, tekniske avdelinger og andre driftsavdelinger knyttet direkte til tjenestestedet. Forskning og utvikling knyttet til voksenpsykiatri, samt forebyggende helsearbeid innen psykisk helsevern for voksne føres på denne funksjonen.

641 Voksenpsykiatri - Direkte pasientrettet virksomhet - sykehus

Inkluderer inntekter og kostnader knyttet til direkte pasientrettet virksomhet ved psykiatriske avdelinger i somatiske sykehus, klinikkavdelinger og voksenpsykiatriske sykehus. Ambulante team som organisatorisk ligger under sykehus føres her.

642 Voksenpsykiatri - Direkte pasientrettet virksomhet - Distriktpsikiatriske sentra (DPS)

Inkluderer direkte pasientrettet virksomhet ved distriktpsikiatriske sentra, herunder poliklinikker og dag- og døgninstitusjoner. Ambulante team som organisatorisk ligger under distriktpsikiatriske sentra føres også her.

643 Voksenpsykiatri - Direkte pasientrettet virksomhet - psykiatriske sykehjem

Inkluderer direkte pasientrettet virksomhet ved psykiatriske sykehjem.

646 Voksenpsykiatri - Privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer med driftsavtale

Funksjonen omfatter privatpraktiserende kliniske psykologer og psykiatere med driftsavtale som produserer tjenester innen voksenpsykiatri. Tilsvarende tjenester

innenfor barne- og ungdomspsykiatri føres på funksjon 656. Privatpraktiserende legespesialister med andre spesialiteter enn psykiatri føres på funksjon 625.

647 Voksenpsykiatri - Privat pleie

Her føres kostnader og inntekter til pasienter som er i privat forpleining.

650 Barne- og ungdomspsykiatri - Fellesfunksjoner

Administrasjon av den enkelte barne- og ungdomspsykiatriske institusjonen føres her. Det samme gjelder serviceenheter, tekniske avdelinger og andre driftsavdelinger knyttet direkte til tjenestestedet. Forskning og utvikling knyttet til barne- og ungdomspsykiatri, samt forebyggende helsearbeid innen psykisk helsevern for barn og unge føres på denne funksjonen.

651 Barne- og ungdomspsykiatri - Direkte pasientrettet virksomhet - klinikker og sykehusavdelinger

Funksjonen omfatter inntekter og kostnader knyttet til direkte pasientrettet virksomhet ved klinikker og sykehusavdelinger. Ambulante team innen barne- og ungdomspsykiatri som organisatorisk er plassert ved sykehus føres her.

652 Barne- og ungdomspsykiatri - Direkte pasientrettet virksomhet - frittstående poliklinikker

Funksjonen omfatter inntekter og kostnader knyttet til direkte pasientrettet virksomhet ved frittstående poliklinikker. Ambulante team innen barne- og ungdomspsykiatri som organisatorisk er plassert ved frittstående poliklinikker føres her.

653 Barne- og ungdomspsykiatri - Direkte pasientrettet virksomhet - behandlingshjem

Funksjonen omfatter inntekter og kostnader knyttet til direkte pasientrettet virksomhet ved behandlingshjem. Ambulante team innen barne- og ungdomspsykiatri som organisatorisk er plassert ved behandlingshjem føres her.

656 Barne- og ungdomspsykiatri - Privatpraktiserende psykiatere og kliniske psykologer med driftsavtale

På denne funksjonen føres privatpraktiserende kliniske psykologer og psykiatere med driftsavtale som produserer tjenester innen barne- og ungdomspsykiatri. Tilsvarende tjenester innenfor voksenpsykiatri føres på funksjon 646. Privatpraktiserende legespesialister med andre spesialiteter enn psykiatri føres på funksjon 625.

670 Somatiske tjenester - Utadrettede støttefunksjoner

Ambulerende virksomhet, f.eks. team knyttet til: habilitering, kreft, diabetes, slag, lunge og område-pediatri. I tillegg føres kostnader og inntekter knyttet til behandlingsmidler i hjemmet her.

- Ambulante team innen voksenpsykiatri føres på den funksjon der de organisatorisk er plassert, funksjonene 641 eller 642.

- Ambulante team innen barne- og ungdomspsykiatri føres på den funksjon der de organisatorisk er plassert, funksjonene 651, 652 eller 653.
- Ambulante team innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling føres på funksjon 685.

673 Sykehotell

Her føres inntekter og utgifter knyttet til sykehotell dvs. tilbud til pårørende og pasienter som venter på behandling eller får dag- eller poliklinisk behandling (dvs. ikke innlagt i sykehus).

680 Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere – felles-funksjoner

Administrasjon av tjenestesteder som driver tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere føres her. Det samme gjelder serviceenheter, tekniske avdelinger og andre driftsavdelinger knyttet direkte til tjenestestedet. Forskning og utvikling innen spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere, samt forebyggende helsearbeid skal føres på denne funksjonen.

681 Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere - direkte pasientrettet virksomhet

Kostnader og inntekter knyttet til direkte pasientrettet virksomhet i behandlingsinstitusjoner/poliklinikker innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere føres her.

840 Statlig rammetilskudd og øvrige generelle statstilskudd

Driftstilskudd (rammetilskudd) fra eier føres her. I tillegg føres ISF-tilskudd, regionsykehusstilskudd samt andre generelle tilskudd på denne funksjonen. Offentlige tilskudd vedrørende arbeidskraft (kontonummer 57) føres på den funksjonen arbeidskraften er tilknyttet. Øremerkede tilskudd føres under den funksjonen som tilskuddet er øremerket for.

870 Finansinntekter og finanskostnader, årsresultat mv.

Alle kontokoder under kontoklasse 8 (finansinntekt- og kostnad, ekstraordinær inntekt og kostnad, årsresultat) føres på denne funksjonen.

