

Evaluering av den valgte organiseringen av arbeidsgiversiden innenfor spesialisthelsetjenesten

AGENDA Utredning & Utvikling AS
Malmskrivervn 35 • Postboks 542 • 1302 Sandvika
Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01
Ref: 5230

AGENDA Utredning & Utvikling AS

Postboks 542 • 1301 Sandvika • Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01

Oppdragsgiver:	Helse- og omsorgsdepartementet		
Rapportnr.:	5230		
Rapportens tittel:	Evaluering av den valgte organiseringen av arbeidsgiversiden innenfor spesialisthelsetjenesten		
Spesifikasjon:			
Tidsfrist:		12.04.2006	
Ansvarlig:	Alf Mørkrid		
Kvalitetssikring:		Verifisert:	(dato) (sign)

Forord

AGENDA Utredning & Utvikling ble engasjert av Helse- og omsorgsdepartementet til å gjennomføre en evaluering av organiseringen av arbeidsgiversiden innen spesialisthelsetjenesten. Evalueringen er gjennomført i perioden oktober 2005 – mars 2006.

Vi takker de helseforetak som har stilt seg til rådighet for intervjuer, alle som har svart på spørreundersøkelse, gode innspill fra departementets arbeidsgruppe og faktaopplysninger fra NAVO underveis i arbeidet.

Analyse og konklusjoner i rapporten står helt og holdent for konsulentens regning.

Sandvika, 12. april 2006

AGENDA Utredning & Utvikling AS

Innhold

1	SAMMENDRAG	7
1.1	Rapportens viktigste konklusjoner	7
1.2	Besvarelse av mandatet	8
2	MANDAT OG METODISK TILNÆRMING	11
2.1	Bakgrunn	11
2.2	Mandat	11
2.3	Hovedaktiviteter	12
2.4	Case for dybdeundersøkelser	13
2.5	Spørreundersøkelsen	13
2.6	Disponering av rapporten	14
3	PREMISSER FOR VURDERING AV ARBEIDS- GIVERORGANISERINGEN	15
3.1	Hensikten med foretaksmodellen på arbeidsgiverområdet	15
3.2	Elementer i arbeidsgiverpolitikken	18
3.3	Noen forutsetninger for en lokal arbeidsgiverpolitikk	21
4	SENTRALE FUNN OG ANALYSE	24
4.1	Innledning	24
4.2	Vurdering av aktørenes rolle og bidrag	25
4.3	Strategi og eierskap	27
4.4	Overordnet styring	29
4.5	Endringer i de sentrale avtaler 2001 - 2004	29
4.6	Avtalemessige endringer lokalt	30
4.7	Implementering av overenskomster	31
4.8	Styring av personalbruk og kostnader	32
4.9	Lønns-, kostnads- og produksjonsutvikling	33
4.10	Legeoppgjøret 2002 – 2003	37

5	KONKLUSJONER	39
5.1	Mål og strategier	39
5.2	Forhandlingssystemet	39
5.3	Organisering, fullmaktstruktur og ledelse	41
5.4	Utvikling av arbeidsgiverholdninger	41
5.5	Lønn og personalbruk som integrert virkemiddel	42
5.6	Rekruttering og utvikling	43
5.7	Ressursstyring og effektivitet	44
5.8	Dialogen og samarbeidet med arbeidstaker- organisasjonene	45
5.9	Lønns- og produksjonsutviklingen	46

VEDLEGG:	Vedlegg 1: Resultater fra spørreundersøkelse	
	Vedlegg 2: Notat om legeoppgjøret 2002 - 2003	

1 Sammendrag

1.1 Rapportens viktigste konklusjoner

Utreddingen viser at strategien for arbeidsgiverpolitikk og for gjennomføring av lønnsforhandlinger har gjennomgående aksept og forankring på toppnivå i foretakene og blant personal- og organisasjonssjefene i spesialisthelsetjenesten. Utfordringen er å få denne aksepten på toppnivå omsatt i praktisk handling, slik at de muligheter som ligger i systemet til å utforme en lokal og differensiert arbeidsgiverpolitikk blir tatt i bruk.

Fundament for en ny arbeidsgiverpolitikk er i hovedsak på plass ved at det er etablert et nytt avtaleverk, ansvarlinjer internt i helseforetakene og omforente samarbeids- og forhandlingsinstrumenter.

I praksis har undersøkelsen imidlertid avdekket at det i praktiseringen av forhandlingssystemet fremdeles står mye igjen, nemlig at det er store variasjoner i hvilken grad det enkelte helseforetak har klart å utnytte de muligheter forhandlingssystemet gir. Gjennomgående er ikke intensjonene og forståelsen godt nok forankret under toppnivået i virksomhetene. Det rapporteres videre om tendenser til rolleblanding mellom arbeidsgiverrollen og rollen som representant for sin faggruppe.

Det er langt igjen før foretakene har utnyttet tilgjengelige virkemidler for ressursstyring, men noen foretak synes å ha kommet et godt stykke.

Helseforetakene synes også å ha kommet kortere enn ønskelig når det gjelder produktivitetstiltak og individuell belønning. Mer grunnleggende og omfattende analyser av sammenhengen mellom ressursinnsats og produksjon synes i liten grad å være tatt i bruk. Det er utviklet og delvis tatt i bruk hensiktsmessige verktøy for bedre å kunne innrette personalbruken etter behov og når det gjelder å bruke personalet rettet inn mot prioriterte mål. Det gjelder eksempelvis bruken av individuelle tjenestepplaner. Bevisstheten knyttet til disse virkemidlene er til stede i varierende grad, og det oppleves å være vanskelig å få aksept for bruken av virkemidler som i større grad bygger på individuelle tillegg.

Med bakgrunn i disse funnene, og med erfaring fra andre omstillingsprosesser innen offentlig sektor, må man regne med at holdnings- og kulturendringen på arbeidsgiverfeltet fremdeles vil ta tid

Hovedproblemet har vært en manglende forståelse nedover i organisasjonen av hva de nye målene og strategiene reelt sett innebærer for utøvelsen av arbeidsgiverpolitikken på foretaksnivå.

Det synes også å ha vært manglende kompetanse og vilje til å sette strategiene for lokal arbeidsgiverorganisering ut i livet. Mange av de som

har uttalt seg mener at det kreves en holdningsendring på arbeidsgiver-siden dersom man skal få full effekt av de muligheter som ligger i nytt avtalesystem. AGENDA vurderer her at partene kanskje har undervurdert kompleksiteten i denne endringsprosessen. Det er også avdekket behov for mer opplæring i bruken av systemet.

Legeoppgjøret 2002-2003 medførte en lønnsvekst langt utover gjennomsnittet for andre grupper innenfor foretakene og bidro nesten alene til at lønnsveksten for perioden 2002-2004 lå over gjennomsnittet i samfunnet. For høy basislønn for turnusleger og leger under spesialisering er den grunnleggende årsak til at nivået på legeoppgjøret ble for høyt.

Lønnsutviklingen for andre grupper innen spesialisthelsetjenesten totalt har i 2002-2004 ligget omtrent på nivå med staten, kommunesektoren og samfunnet for øvrig.

Effekter av forbedret styringsrett skulle tas ut lokalt i form av bedre turnusplanlegging, mindre uforutsatte vakter, effektivisering av arbeidstiden i forhold til tjenesteplaner og fordypningstid og generelle effektiviseringer. Basert på våre data ser det ut som bare et fåtall helseforetak har lyktes med å oppfylle disse ambisjonene.

AGENDA vurderer derfor at forbedret styringsrett gjennom avtaler er en viktig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for bedre styring. Viljen og evnen til å styre er etter vårt syn imidlertid den vesentligste faktoren som skal på plass for å sikre en god styring med legenes arbeidstid.

Dette betyr at videre satsing på styrking av arbeidsgiverrollen i alle ledernivå for å forbedre viljen og evnen til å styre vil være avgjørende for å få forbedre styringen av ressursene framover.

Sentralisering av lønnsdannelse og forhandlinger kan imidlertid underminere reformens legitimitet på dette punkt. På grunn av at så mye av lønnsmassen fordeles sentralt, mener mange foretak at de ikke gis muligheter til å utnytte lønn som virkemiddel i en integrert og lokalt tilpasset arbeidsgiverpolitikk.

1.2 Besvarelse av mandatet

I mandatet fra Helse- og omsorgsdepartementet er det formulert fem problemstillinger som ønskes besvart. Vi vil derfor innledningsvis kort gjengi konklusjonene i forhold til disse problemstillingene og angi hvor i rapporten temaene er behandlet.

1. Hvilke mål og prinsipper ble lagt til grunn for lønnsoppgjørene i 2002 og 2004?

Utredningen viser at mål og prinsipper for lønnsoppgjørene i hovedsak ble lagt i forkant av oppgjøret i 2002 i form av et strategidokument og at samme strategi også var gjeldende for oppgjøret i 2004. Videre omtale av dette er gitt i punkt 4.3 i rapporten og i Vedlegg 1.

2. Hvilke endringer ble gjort i systemene i 2002 og i 2004 for å ivareta disse målene og prinsippene, når det gjelder lengde og plassering av arbeidstid, og godtgjøring for denne, sammenlignet med de tidligere særavtalene for leger og sykepleiere (før 2002) i staten, KS-sektoren og Oslo kommune?

Dette spørsmålet er besvart dels gjennom spørreundersøkelsen gjengitt i kap. 4 og vedlegg 1, og for legenes del også omtalt i kap. 6.

Vår overordnede konklusjon er at den viktigste endringen er at avtaleverket i større grad enn tidligere styrker arbeidsgivers styringsrett når det gjelder innretting og lengde på tjenesteplaner, og styring av arbeidskraftressursene mer generelt.

3. Hvordan har implementeringen av nytt avtalesystem foregått, og er den gjennomført? Er de tidligere avtalesystemene fullstendig bortfalt og avløst ved innføringen av nytt system?

Det viktigste funn i denne utredningen knytter seg til implementering av nytt avtalesystem, og både spørreundersøkelsen og dybdeanalysene viser at implementeringen bare delvis er gjennomført. Fundamentet i form av avtaleverket foreligger, men implementeringen er svært varierende. Årsakene til dette er mange og sammensatte og illustrerer at reformen på dette punkt representerer en kulturendring. Data på dette punkt finnes både i spørreundersøkelsen og dybdeintervjuene. Årsakssammenhengene er drøftet særlig i kap.4.6 og kap 5.

4. Hvilken effekt har disse endringene hatt for foretakenes produksjon og ressursutnyttelsen i pasientbehandlingen (forholdet mellom kostnader, særlig til lønn, og levert produksjon)? Hvordan har effekten vært når det gjelder de målene som er satt for foretakene?

Disse spørsmålene er stilt til respondentene i spørreundersøkelsen. Her er svarene langt fra entydige. Endret avtaleverk oppfattes av om lag 50 % som et virkemiddel som har bidratt til å styre aktiviteter og ressursbruk. Usikkerheten knyttes del til at det synes å være store variasjoner mellom foretakene og at et flertall av klinikksjefer ikke oppfatter at avtaleverket har hatt slike effekter.

Når det gjelder faktiske data om forholdet mellom lønnskostnader og produksjon, er dette berørt i 4.9 og for legeressursene i kap. 4.10.

5. Hvilken effekt har endringene som har skjedd i lønnsoppgjørene i 2002 og 2004 hatt når det gjelder rekruttering til foretakene? Har endringene ført til en konkurransevridning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og/eller mellom offentlig og privat spesialisthelsetjeneste, og hva har i så fall denne vridningen medført?

Det har vist seg svært vanskelig å få tilstrekkelig med data til å belyse denne problemstillingen. De funn vi har tyder på at helseforetakene er delt i sitt syn på om endringene har hatt noen positiv effekt for mulighetene til å rekruttere. Videre har mangel på enkelte typer kompetanse ført til at lønningene er hevet utover det som var intensjonen, noe som kan føre til uheldig konkurranse mellom helseforetak.

2 Mandat og metodisk tilnærming

2.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har nedsatt en arbeidsgruppe for å evaluere erfaringen med arbeidsgivertilknytningen for spesialisthelsetjenesten. I et notat om dette sies det blant annet:

”Helseforetakslovens § 10 annet ledd fastslår at alle foretakene skal ha en og samme arbeidsgivertilknytning (arbeidsgiverorganisering), og at Kongen i statsråd bestemmer hvilken tilknytning foretakene skal ha. I Kgl. res. av 6. juli 2001 ble det besluttet at NAVO skulle være en slik felles arbeidsgiverorganisasjon for foretakene.

Den valgte organiseringen av arbeidsgiversiden innenfor spesialisthelsetjenesten har nå fungert i litt over tre år. Det har blitt gjennomført to lønnsoppgjør, og det foreligger tariffavtaler med virkningstid godt inn i 2006. Det har derfor gått så vidt lang tid at det er naturlig å evaluere ordningen.

Helse- og omsorgsdepartementet ser det naturlig at man i en evaluering ser på samarbeidet rundt arbeidsgiverfunksjonen. Det er også naturlig at en gjennomfører en bredere vurdering av hvordan foretakene benytter de sentrale innsatsfaktorene personell og lønn”.

AGENDA har hatt fem møter med denne arbeidsgruppen underveis. Hensikten med disse møtene var gjensidig informasjon, og vi understreker at denne rapporten helt og holdent står for konsulentens regning.

2.2 Mandat

Som et bidrag i dette arbeidet ble AGENDA engasjert for å gjøre en undersøkelse i forhold til deler av dette temaet.

AGENDAs oppgave ble i tilbudet definert til å ”evaluere hvorvidt arbeidsgiversiden i spesialisthelsetjenesten har fått vedtatt tariffavtaler og gjennomført lønnsoppgjør som bidrar til at innsatsfaktorene lønn og personell brukes så effektivt som mulig for å realisere foretakenes mål (økt produksjon, bedre ressursutnyttelse)

Oppdraget ble ytterligere konkretisert gjennom følgende spørsmål:

- (1) *Hvilke mål og prinsipper ble lagt til grunn for lønnsoppgjørene i 2002 og 2004?*
- (2) *Hvilke endringer ble gjort i systemene i 2002 og i 2004 for å ivareta disse målene og prinsippene, når det gjelder lengde og plassering av arbeidstid, og godtgjøring for denne, sammenlignet*

med de tidligere særavtalene for leger og sykepleiere (før 2002) i staten, KS-sektoren og Oslo kommune?

- (3) Hvordan har implementeringen av nytt avtalesystem foregått, og er den gjennomført? Er de tidligere avtalesystemene fullstendig bortfalt og avløst ved innføringen av nytt system?*
- (4) Hvilken effekt har disse endringene hatt for foretakenes produksjon og ressursutnyttelsen i pasientbehandlingen (forholdet mellom kostnader, særlig til lønn, og levert produksjon)? Hvordan har effekten vært når det gjelder de målene som er satt for foretakene?*
- (5) Hvilken effekt har endringene som har skjedd i lønnsoppgjørene i 2002 og 2004 hatt når det gjelder rekruttering til foretakene? Har endringene ført til en konkurransevidning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og/eller mellom offentlig og privat spesialisthelsetjeneste, og hva har i så fall denne vridningen medført?*

I dialogen med oppdragsgiver er mandatet ytterligere utdypet, blant annet gjennom oppdragsgivers presisering av at konsulenten ikke skal gjennomføre noen evaluering av NAVO som organisasjon, men her begrense seg til å gjengi synspunkter fra helseforetakene.

AGENDA mener å ha svart fyldestgjørende på de fleste spørsmål i departementets bestilling. På noen punkter har det vist seg vanskelig å få gode nok data fra helseforetakene. I de tilfellene er det tatt forbehold under det aktuelle punkt i rapporten.

2.3 Hovedaktiviteter

For å utføre oppdraget har AGENDA gjennomført følgende aktiviteter:

- Innledende intervjuer med sentrale nøkkelpersoner, inklusive ledelsen i NAVO
 - Møter med departementets arbeidsgruppe
 - Deskstudie av foreliggende data
 - Spørreundersøkelse til samtlige helseforetak og RHF
 - Dybdeundersøkelse på 5 helseforetak
 - Oppfølgende intervjuer med sentrale aktører
-

2.4 Case for dybdeundersøkelser

AGENDA har valgt følgende case for dybdeundersøkelser:

- Sykehuset Asker og Bærum HF
 - Ortopedi
- Helse Sunnmøre HF (Volda sjukehus)
 - Kirurgi, anestesi og medisin ved mindre sykehus
- Helse Bergen HF (Haukeland Universitetssjukehus)
 - Patologi
- Nordlandssykehuset HF (Nordlandssykehuset Bodø)
 - Voksenpsykiatrien
- Sykehuset Telemark HF
 - Medisin

Vi understreker at casene ikke er ment å være sammenlignbare, men representerer stikkprøver på hvordan man i ulike typer virksomhet har lyktes med å ta ut effekter av endret arbeidsgiverorganisering.

2.5 Spørreundersøkelsen

Det er gjennomført en internettbasert spørreundersøkelse til samtlige helseforetak. Undersøkelsen omfattet 113 respondenter fra gruppene foretaksledere, personaldirektører/-sjefer og klinikkssjefer. I forhold til den siste gruppen ble foretakene bedt om å plukke ut to klinikkssjefer fra sitt foretak.

Svarprosenten på denne undersøkelsen har vært noe varierende. Totalt er det innkommet 66 svar, dvs en svarandel på ca. 56 %. Det er særlig en stor variasjon i oppslutningen blant foretaksledere, med særlig lav oppslutning fra Region Midt og Region Nord. Det gjør at vi må være forsiktige med å analysere forskjeller mellom regionene. For øvrig mener vi oppslutningen er rimelig bra. Totalt er svarfordelingen følgende:

Foretaksledere:	15
Personaldirektører/- sjefer:	29
Klinikkssjefer:	22

Resultatene fra denne undersøkelsen er i hovedsak gjengitt i kap. 4 og i sin helhet i Vedlegg 1.

2.6 Disponering av rapporten

Rapporten er disponert slik at vi i kap. 3 gjennomgår og drøfter en del premisser vi mener er sentrale for å kunne analysere hvor langt helseforetakene er kommet. I dette inngår også et forsøk på å presisere hvilke mål som har ligget til grunn for denne del av helsereformen.

I kapittel 4 gjennomgår rapporten dels resultatene av den del av spørreundersøkelsen til helseforetakene som omfatter endringsprosessen og vurdering av hva som er oppnådd. Deretter dokumenteres den faktiske utviklingen på helseforetakene i forhold til organisering og roller og hvilke avtalemessige endringer som er foretatt sentralt og lokalt. Den siste del av dette kapitlet tar for seg lønnsutviklingen og forholdet mellom lønns- og kostnadsutviklingen og produksjonen.

Oppsummeringen av legeoppgjøret 2002–2003, både når det gjelder faktiske avtaleendringer, lokale prosesser og faktiske endringer i lønnsnivå er kort omtalt i kap 4 og mer utfyllende i Vedlegg 2.

Til slutt har AGENDA i kapittel 5 konkludert i forhold til hva vi mener er oppnådd med endret arbeidsgiverorganisering og hvilke utfordringer som gjenstår.

3

Premisser for vurdering av arbeidsgiverorganiseringen

En vurdering av arbeidsgiverorganiseringen forutsetter, etter vår vurdering, en relativt bred tilnærming til temaet. Ikke minst er det nødvendig å gå relativt konkret inn i hvordan arbeidsgiverfunksjonen er organisert og forankret i linjeledelsen på det enkelte foretak. Det er på dette nivå arbeidsgiverfunksjonen håndteres i praksis – uavhengig av hvilken formell arbeidsdeling som måtte være etablert.

Etter vår oppfatning er det også nødvendig å gjøre rede for hva som var intensjonen med foretaksmodellen på arbeidsgiverområdet, ikke minst for å kunne spore årsakssammenhenger i forhold til våre funn i evalueringen.

Dette kapitlet er basert på dybdeintervjuene, vårt arbeid med evaluering av helseforetaksmodellens funksjonalitet ¹, Ot.prp. 66 (2001) og vår generelle erfaring fra arbeid i en rekke helseforetak etter reformen.

3.1 Hensikten med foretaksmodellen på arbeidsgiverområdet

I det fylkeskommunale styringssystemet var sykehusene en integrert del av den fylkeskommunale forvaltningen. Det var en relativt utbredt oppfatning – i hvert fall blant tilhengerne av sykehusreformen – at dette i for liten grad la til rette for effektiv utnyttelse av ressursene i helsesektoren, og at innføring av visse styringselementer fra privat sektor var en riktig vei å gå. En konsekvens av at sykehusene var en del av den fylkeskommunale forvaltningen var for eksempel at man ikke opplevde å ha tilstrekkelig frihet til å gjennomføre en egen lønns- og personalpolitikk, opprette og inndra stillinger, utvikle tilpassede organisasjons- og ledelsessystemer m.v.

I Ot.prp. nr. 25: 2000 foreslo sentrumsregjeringen å la fylkeskommunene selv fritt få bestemme hvilken tilknytningsform sykehusene skulle ha til fylkeskommunene. Forsøk med foretaksorganisering ble etter det prøvd ut i flere fylkeskommuner. Hovedbildet på reformtidspunktet var likevel at sykehusene fortsatt ble sett på og behandlet som en del av den fylkeskommunale forvaltningen – med de naturlige ”bindinger” også innenfor arbeidsgiverområdet som lå i det.

¹ AGENDA-rapport ”Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet” - November 2005

Som del av den offentlige forvaltningen var sykehusene før reformen således integrert i statlige og fylkeskommunale tariffområder. Dette ga sektoren og ledelsen ved det enkelte sykehus mindre styring og kontroll med egen arbeidskraft og med utvikling av en tilpasset arbeidsgiverpolitikk enn mange oppfattet som ønskelig. På sykehusene opplevde mange at det var lang vei til beslutningstakerne i arbeidsgiverpolitikken, og at relativt små saker innen for eksempel personalområdet måtte helt opp til den fylkeskommunale administrasjon, eller endog opp på politisk nivå, for å bli avklart. Det kunne dreie seg om alt fra lønns plassering av nytilsatte til omgjøring og endring av stillinger. Det ble oppfattet som et paradoks at sykehusene hadde stor frihet til å styre seg selv innenfor de økonomiske rammer de fikk tildelt (bare rammene ble holdt) på den ene siden, samtidig som de ble styrt ganske hardt når det gjaldt innsatsfaktorer på den andre (eksempelvis lønn og stillinger).

Når en skal redegjøre for utgangspunktet da den nye modellen ble innført, må det likevel presiseres at det i de siste årene før staten overtok var i ferd med å bli gjennomført en del viktige endringer når det gjaldt arbeidet med lønn og lønnsrelaterte spørsmål. For det første var det i enkelte tilfeller forsøk på gang hvor mer av lønnsdannelsen ble overført fra sentrale til lokale forhandlinger. For det andre var det i ferd med å skje en gradvis utvikling i retning av individuelle tillegg. Legitimiteten for å bruke deler av den lokale rammen som belønning for økt kompetanse, gode resultater, belønningsverdig atferd m.v. var økende.

Sykehusreformen hadde altså som et av sine viktige siktemål å gi sykehusene mer ”moderne” rammebetingelser for å yte helsetjenester og for å kunne drive effektiv styring og omstilling. Med moderne rammebetingelser ble det siktet til flere forhold; blant annet disse:

- Ledelsen ved foretakene måtte få styringsmuligheter og ansvar i forhold til alle innsatsfaktorene, herunder kapital, arbeidskraft, lønns- og personalpolitikk
- Ledelsen måtte få myndighet til å velge den organisatoriske struktur som den mente best tjente virksomhetens formål
- Ledelsen måtte få et helhetlig ansvar for driften, uten innblanding i driftsspørsmål fra andre nivåer

En konsekvens av ønsket om mer moderne rammebetingelser var at den nye modellen ble organisert i form av fem regionale helseforetak og hvert enkelt sykehus som eget foretak. De regionale helseforetakene skulle eie helseforetakene i sin region. Både de regionale helseforetakene og foretakene ble egne rettssubjekter. Det innebar at de ble fullt ut ansvarlige for sin egen driftsmessige virksomhet, både rettslig og økonomisk – dog med det unntak at de ikke kunne gå konkurs. Styrets og administrerende direktørs fullmakter ble fastsatt i loven. Begrunnelsen for å velge denne organisatoriske løsningen var at styret og ledelsen på denne måten måtte

ta et reelt ansvar for den samlede drift og utvikling ved foretaket, inkludert ansvaret for å håndtere eventuell økonomisk ubalanse.

Skulle helseforetakene være effektive og ha evne til nødvendig omstilling og endring, måtte de drives ut fra moderne ledelses-, organisasjons- og styringsprinsipper – med betydelig intern handlefrihet for lokalt styre og lokal ledelse. Reformen innebar derfor at det ble lagt omfattende fullmakter både til RHF- og HF-nivå. Siktemålet var at dette skulle gjelde både på arbeidsgiverområdet generelt og i lønns- og tariffspørsmål mer spesielt.

Som en naturlig konsekvens av omdanningen til foretak skjedde det også en profesjonalisering av styrene både på RHF- og HF-nivå, ved at det i styrene også ble rekruttert inn personer med annen type kompetanse.

Et vesentlig siktemål med reformen var altså at det både skulle utformes en mer moderne arbeidsgiverpolitikk og at denne i større grad enn tidligere skulle utformes, forankres og gjennomføres ute i organisasjonen. Med arbeidsgiverpolitikk menes hele det rammeverk som regulerer forholdet mellom arbeidsgiver og ansatte. Det gjelder både lov- og avtaleverk og det løpende samspill og samarbeid som finner sted i forholdet mellom arbeidsgiver på den ene siden og arbeidstaker-organisasjonene og de ansatte på den annen.

Det er to hovedpremisser i det som her er skrevet. For det første at arbeidsgiverpolitikken skal være et instrument for å nå helseforetakenes målsettinger, og at det derfor må legges en bred forståelse av begrepet til grunn. For det andre at arbeidsgiverpolitikken må forankres og håndteres ute i organisasjonen. I Ot. prp. 66 (2001) om sykehusreformen står det blant annet følgende om dette:

”Målet med reformen er å gjøre helsetjenesten bedre sett fra pasientens ståsted. I dette ligger det en målsetting om at både helsetjenestens innhold og tilgjengelighet skal bli bedre”.

”Skal helsepolitikken lykkes, må sykehusene settes i stand til å gjøre jobben som de pålegges. Når det foreslås at sykehusene skal organiseres som helseforetak, er det et vesentlig poeng at de gis klarere roller og ansvar og på denne måten blir myndiggjort”.

”Det dreier seg om å presisere og målrette ansvaret og å kople myndighet og handlefrihet til ansvaret. I så måte kan dette sies å være vel så meget en ansvars- og lederskapsreform som en eierskapsreform”.

Vi vil i punktet nedenfor beskrive punktvis noen av de elementer arbeidsgiverpolitikken består av.

3.2 Elementer i arbeidsgiverpolitikken

Begrepet arbeidsgiverpolitikk brukes i mange sammenhenger synonymt med begrepet lønns- og tariffpolitikk. Gitt den brede målsettingen for arbeidsgiverpolitikken som vi har beskrevet ovenfor, blir en slik tilnærming for snever.

De aller fleste av de arbeidsgiverpolitiske virkemidlene blir utøvet - og må med nødvendighet utøves – relativt desentralisert. Det vil si på foretaksnivå. NAVO vil ha sin hovedrolle knyttet til å etablere selve forhandlingssystemet, til lønns- og tariffspørsmål og til overordnet avtaleverk. NAVO er avtalepart på helseforetakenes vegne i de sentrale forhandlinger og avtalespørsmål. Når vi senere i rapporten omtaler NAVO, menes NAVO som medlemsorganisasjon.

Arbeidsgiverpolitikken på helseforetaksnivå består av i hvert fall følgende elementer:

3.2.1 Mål og strategi

Av målene og strategiene for arbeidsgiverpolitikken må det framgå hva foretakene ønsker å oppnå ved hjelp av de virkemidler som står til rådighet. *Eksempler* på slike mål og strategier kan være:

- Fremme effektivitet og produktivitet
- Stimulere til fleksibel utnyttelse av personalressursene
- Bedre utnyttelsen av foretakenes infrastruktur
- Fremme mobilitet mellom virksomheter i foretaket
- Bruke lønn som incitament for å oppnå helsepolitiske mål
- Sikre at så stor del av lønnsdannelsen som mulig skjer lokalt
- Skape konkurransedyktige arbeidsplasser
- M.v.

Det er også vesentlig å ha en bevisst strategi med hensyn til hvordan prosessen med å utvikle målene og strategiene skal være.

3.2.2 Organisering, fullmaktstruktur og ledelse

Sykehusreformen forutsetter at ledere med resultatansvar også skal ha den myndighet og de fullmakter til å iverksette de tiltak som er nødvendige for å oppnå målene. Det setter krav til tydelig organisering, klare fullmakter og nødvendig opplæring av de lederne som skal utøve disse fullmaktene.

En viktig del av arbeidsgiverpolitikken er således å være tydelig på hvor i organisasjonen de ulike arbeidsgiverfullmaktene er plassert og forankret, og hvordan disse er forutsatt håndtert.

3.2.3 Overordnet personalpolicy

Med personalpolicy tenker vi her i hovedsak på de reglementer og retningslinjer som regulerer forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker og beskriver ansattes rettigheter og plikter. *Eksempler* på slike retningslinjer og reglementer kan være:

- Personalreglement
- Ansettelsesreglement
- Permisjonsreglement
- Etske retningslinjer
- Reglement for telefongodtgjøring
- Reglement for tildeling av ulike personalsosiale goder:
 - Personalboliger
 - Barnehageplass
- Reglement for godtgjøring på reiser
- M.v.

En viktig problemstilling i forhold til spørsmålet om arbeidsgiverpolitikken er i hvilken grad disse reglementene/retningslinjene gir detaljerte anvisninger på hvordan ulike spørsmål skal håndteres. Er de klart rettighetsorienterte og definerer hvordan saker skal håndteres, eller gir de den enkelte leder stor grad av frihet og mulighet til å utøve skjønn?

3.2.4 Avtaleverk og samarbeidsordninger

Hovedavtalen regulerer hvordan samarbeidet mellom tillitsvalgte og arbeidsgiver skal være. I tillegg til slike sentralt inngåtte avtaler, er det inngått avtaler mellom arbeidstakerorganisasjonene og arbeidsgiver både på RHF- og på HF-nivå. En vesentlig problemstilling ved slike lokale avtaler er å få avklart hvordan tillitsvalgte skal involveres i ulike typer saker på foretakene (prinsippsaker versus enkeltsaker), og på hvilket nivå fagforeningene skal trekkes inn (enkeltpersoner versus hovedsammenlutninger).

I tillegg til avtaler som regulerer samarbeidsforhold og medvirkning er det anledning til, innen rammen av overenskomstene, å inngå ulike typer særavtaler. Slike avtaler kan for eksempel dreie seg om rett til faglig fordypning, rekrutteringstillegg for vanskelig rekrutterbare stillinger, omstillingsavtaler m.v.

3.2.5 Lønn og belønningssystemer

Lønn og andre belønningssystemer er naturligvis en viktig del av arbeidsgiverpolitikken, og de virkemidler arbeidsgiver har til disposisjon for å oppnå helsepolitiske mål.

Spørsmålet om lønn i et arbeidsgiverpolitisk perspektiv reiser flere problemstillinger:

- Hvor stor del av lønnsdannelsen skal skje henholdsvis lokalt og sentralt?
- Hvordan skal den lokale rammen fordeles:
 - Mellom grupper
 - Mellom grupper og individer
 - Kriterier for individuelle tillegg
- Hvem skal ha hvilke roller og hvilke fullmakter på arbeidsgiversiden når det gjelder den lokale lønnspolitikken?

Belønning er med andre ord noe mer langt mer omfattende enn lønn. Belønning er alle de virkemidler arbeidsgiver råder over for å stimulere til og støtte opp under den innsats som bidrar til at foretaket når sine mål. Det er derfor viktig at det er sammenheng og konsistens i arbeidsgivers bruk av de ulike virkemidlene, slik at det blir forutsigbart hvilken type atferd, kompetanse, resultater m.v. som blir belønnet. Det er også viktig at fullmaktene på de ulike arbeidsgiverområdene i størst mulig grad samles hos de samme lederne, slik at de har forutsetninger for å drive en helhetlig arbeidsgiverpolitikk.

3.2.6 Ressursstyring

En vanlig definisjon av begrepet ledelse er at det går ut på å bruke medarbeidernes – og andre typer – ressurser for å oppnå virksomhetens mål. En viktig del av arbeidsgiverpolitikken går således ut på å bruke ressursene effektivt. Effektiv ressursstyring innebærer blant annet å ta standpunkt til følgende spørsmål:

- Hvilken kompetanse er nødvendig for å utføre ulike oppgaver?
- Hvilke arbeidstakere bør settes til ulike typer oppgaver?
- Hvor mye ressurser (antall personer og timeverk) er nødvendig for å skape den og den aktivitet/produksjon?
- Hvilken produksjons-/aktivitetsøkning er nødvendig for å kunne forsvare en gitt økning i ressursinnsats?
- M.v.

Ovennevnte problemstillinger er relevante i mange situasjoner hvor spørsmålet om disponering av personalet og bruk av ressurser står på dagsorden. Oppsett av vaktordninger, oppsett av turnus- og tjenestepplaner, etablering av ekstraordinære poliklinikker og produktivitetsavtaler, bruk av overtid og ekstravakter m.v.

3.2.7 Rekruttering

Spesialisthelsetjenesten er en svært arbeidskraftintensiv bransje. Selv om det svinger over tid, er det periodevis og i visse deler av landet mangel på kvalifisert personell i flere viktige yrkesgrupper som spesialisthelsetjenesten er avhengig av. Det gjør at behovet for en gjennomtenkt rekrutteringspolicy og -strategi blir en viktig del av arbeidsgiverpolitikken. En gjennomtenkt rekrutteringspolicy består både av praktiske rutiner og retningslinjer knyttet til annonsering, intervju, introduksjon o.s.v., men ikke minst til mer policyprege spørsmål som:

- Bruk av differensiert lønn som virkemiddel for å rekruttere og beholde nøkkelpersonell
- Bruk av andre incentiver enn lønn for å rekruttere og beholde nøkkelarbeidskraft (kompetanseutvikling, sosiale tilbud, faglig og annen type veiledning)
- Forholdet mellom intern og ekstern rekruttering
- Etablering av ordninger og incentiver for å ”dyrke fram” gode interne kandidater – både til lederstillinger og fagstillinger
- M.v.

Men også problemstillinger knyttet til medisinsk arbeids- og funksjonsfordeling og grad av spesialisering/subspesialisering må vurderes i et rekrutteringsperspektiv.

3.3 Noen forutsetninger for en lokal arbeidsgiverpolitikk

Vi vil i dette punktet beskrive de viktigste forutsetninger som må være på plass dersom det skal være mulig å gjennomføre en målrettet arbeidsgiverpolitikk – med det utgangspunkt og perspektiv som er beskrevet ovenfor.

3.3.1 Et hensiktsmessig forhandlingssystem

Som nevnt ovenfor var sykehusreformen både en ansvars- og en ledelsesreform. Den skulle sette helseforetakene i stand til å bruke innsatsfaktorene – herunder lønn og personell – på en måte som i størst mulig grad bidro til å støtte opp under viktige helsepolitiske mål og prioriteringer. Et viktig forutsetning for å realisere en slik målsetting er at det etableres et hensiktsmessig forhandlingssystem.

NAVO formulerte gjennom sine styringsorganer følgende mål for det forhandlingssystemet som skulle etableres etter sykehusreformen: ²

² Sitat fra NAVOs egenevaluering

- *Det skulle etableres et forhandlingssystem som understøttet forutsetningen om at helseforetakene har ansvar for egen økonomi*
- *Det skulle etableres et forhandlingssystem som så sammenhengen mellom innstatsfaktorene personell og lønn*
- *Det skulle etableres et forhandlingssystem som i større grad bygde opp om ledelsens legitimitet i beslutningsprosessene*

3.3.2 Klare mål og strategier

Dersom foretakene skal lykkes med en lokal arbeidsgiverpolitikk, må den baseres på klare mål og strategier. I det ligger flere forhold:

- Foretakene må ha en klar oppfatning av hva de ønsker å oppnå med arbeidsgiverpolitikken. Dette er noen eksempler/illustrasjoner:
 - Generelt å øke aktivitet og produksjon
 - Stimulere visse typer aktivitet og produksjon
 - Belønne visse typer innsats og/eller adferd
 - Rekruttere og/eller beholde spesielle yrkesgrupper
- Foretakene må ha en klar strategi for hvordan strategien skal kommuniseres og forankres, og hvem som skal ha ulike roller i å utøve strategien
- Foretakene må ha en systematisk oppfølging og evaluering av målene og strategiene, slik at de jevnlig kan justeres og korrigeres.

3.3.3 Organisatorisk klarhet, en hensiktsmessig fullmaktstruktur og tydelige roller

En målrettet arbeidsgiverpolitikk forutsetter organisatorisk klarhet og ryddighet på arbeidsgiversiden. Det må framgå hvilken rolle NAVO har, hvilken rolle de regionale helseforetakene har og hvilken rolle helseforetakene har. Internt på det enkelte helseforetak må selve organisasjonsstrukturen være klar og tydelig. I det ligger blant annet at det må være klart og tydelig hvilken leder som har ansvar for hvilken del av organisasjonen og hvilke resultatforventninger hver enkelt leder stilles til ansvar for. Dette er en grunnleggende forutsetning for å kunne gjennomføre en målrettet arbeidsgiverpolitikk.

Innenfor rammene av en tydelig organisasjon må fullmaktstruktur og roller defineres på en måte som klart definerer hvem som har myndighet til hva, og hvordan prosesser og systemer er forutsatt å fungere. Med prosesser og systemer tenker vi blant annet på hvordan prosessene rundt lokale lønnsforhandlinger er forutsatt lagt opp på det enkelte foretak, men også på samhandlingen mellom NAVO som sentral part og det enkelte medlem, dvs. helseforetak, i de forhandlinger som gjennomføres sentralt.

En viktig problemstilling internt på det enkelte foretak er samhandling og rollefordeling mellom styre, administrerende direktør, øvrig linjeledelse og stab/støtte. Hvem har hvilke fullmakter og hvilken støtte, service og oppfølging får linjeledelsen fra stabsfunksjoner som organisasjon/personal og økonomi?

3.3.4 Tilstrekkelig kompetanse i arbeidsgiverspørsmål

Det er et til dels komplisert avtalesystem som ligger til grunn for forhandlingene og andre arbeidsgiverspørsmål i spesialisthelsetjenesten. For å kunne utøve arbeidsgiverpolitikken i tråd med forutsetningene må ledere på alle nivåer både kjenne det faktiske innholdet i systemet, men også være fortrolige med de mål, intensjoner og forutsetninger som ligger til grunn for systemet. Det krever kompetanse, opplæring og trening.

3.3.5 Holdninger som fremmer målene med arbeidsgiverpolitikken

I tillegg til nødvendig fullmakter og kompetanse må lederne også ha de holdninger og det mot som er nødvendig for å gjennomføre arbeidsgiverpolitikken i praksis. Det vil si at de må være villige til å ta fullmaktene i bruk både i forhold til å styre ressursbruk, til å organisere virksomheten på en effektiv måte og til å bruke lønn som virkemiddel for å nå målene for virksomheten. Det krever mot, vilje og besluttosomhet – også når tradisjoner og innarbeidede holdninger utfordres.

4 Sentrale funn og analyse

4.1 Innledning

Et mål med denne evalueringen har vært å analysere og evaluere *”hvorvidt arbeidsgiversiden i spesialisthelsetjenesten har fått vedtatt tariffavtaler og gjennomført lønnsoppgjør som bidrar til at innsatsfaktorene lønn og personell brukes så effektivt som mulig for å realisere foretakenes mål”*³

Oppsummert viser funn i evalueringen følgende:

Helseforetakene har i stor grad organisert arbeidsgiverfunksjonene i samsvar med intensjonene i reformen. Det er stort samsvar når det gjelder hvordan foretaksledere og PO-sjefer er involvert i lønns- og arbeidsgiverspørsmål.

Det er derimot ulikt i hvilken grad RHF og styrene på foretakene involveres i den overordnede styringen av lønnsutviklingen. Når det gjelder styrenes involvering, ser det ut til å være større ulikheter innad i regionene enn mellom regioner.

Forankring av strategien, dvs kjennskap, eierskap og aksept varierer sterkt og tendensen er at den er sterkest forankret hos foretaksledere og PO-sjefer og minst forankret blant kliniksjefer.

Dette er et funn som representerer en rød tråd i undersøkelsen, nemlig at kjennskap, eierskap og aksept til sentrale strategier og føringer i mindre grad har nådd fram til de ledere som settes til å implementere nye overenskomster og verktøy, og som styrer arbeidskraftressursene i det daglige.

Implementeringen av systemendringer er varierende i den forstand at det både varierer i hvilken grad foretakene har tatt i bruk alle tilgjengelige virkemidler og i hvilken grad foretakene har endret avtalepraksis.

AGENDA mener at foretaksledelsens og NAVOs vektlegging av lokal lønnsdannelse er i samsvar med reformens intensjoner. Man kan imidlertid spørre om aktørene har undervurdert behovet for opplæring og ansvarliggjøring.

Evalueringen gir ikke noe entydig svar på i hvilken grad endret arbeidsgiverorganisering har påvirket helseforetakenes produksjon. Det er

³ AGENDAs tilbud oktober 2005

eksempler på foretak som har klart å holde lønnskostnadene under kontroll samtidig som produksjonen har økt. På den andre siden synes det å være belegg for å si at lønnsveksten, særlig for legene, har bidratt til de underskudd som er registrert på enkelte foretak.

4.2 Vurdering av aktørenes rolle og bidrag

I dette punktet vil vi kort beskrive og vurdere hvordan oppgaver og roller de ulike aktørene har fått på arbeidsgiverområdet etter helsereformen.

Våre vurderinger på dette punktet er følgende:

4.2.1 De regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene er eiere av helseforetakene, men er selv ikke part i lønnsforhandlingene. Også de regionale helseforetakene kan sies å ha to hovedfunksjoner:

- At de som eiere har en dialog med foretaksgruppen om innretning og rammer for lønnsoppgjørene.
- At de utvikler en felles arbeidsgiverpolicy på tvers av foretakene.

Undersøkelsen AGENDA har gjort viser ikke noen klar tendens når det gjelder involveringen til det regionale helseforetak i lønnsoppgjør og arbeidsgiverpolitikk. Noen helseforetak opplever å bli sterkere styrt av RHF enn andre, og det ser ut til å være større forskjeller på dette punkt innad i hver region enn mellom regioner.

4.2.2 Styrene på helseforetakene

De fleste fylkeskommunene hadde avvirket ordningen med styrer for sykehusene da sykehusreformen ble vedtatt. De nye styrene som ble etablert i 2002, var en viktig del av sykehusreformen. Deres rolle i arbeidsgiverpolitikken ligger på det overordnede og strategiske nivå:

- Drøfte rammer og hovedinnretning for lønnsoppgjør
- Vedta overordnede og prinsipielle retningslinjer for personalpolitikk og HR-området

De funn vi har knyttet til styrenes involvering i personal- og lønnspolitikken er meget sprikende. For eksempel sier om lag 40 % av PO-sjefene at styrene ikke har vært involvert. En del av de som har svart har også kommentert at det ikke har vært intensjonen at styret skulle involveres. Med den ulike praksis som tydeligvis eksisterer på dette punkt anbefaler AGENDA at styrenes rolle i større grad avklares av RHFene, evt at det også er behov for avklaring fra HOD som eierdepartement.

4.2.3 Administrerende direktører på helseforetak

De administrerende direktørene på helseforetakene har det overordnede ansvaret for utformingen og gjennomføringen av arbeidsgiverpolitikken i helseforetaket.

Det synes ikke å være noen uenighet om denne forutsetningen. Våre funn er at alle foretaksledere også drøfter forutsetninger for og konsekvenser av lønnsoppgjør i sin ledergruppe. De ulikheter vi ser, knytter seg hovedsakelig til to forhold, nemlig forholdet til styret, jfr. avsnittet foran og i hvilken grad foretaksledere har lagt forhandlingsfullmaktene ut på klinikker og avdelinger.

4.2.4 PO-avdelingene

Personal- og organisasjonsavdelingene har i hovedsak fire funksjoner når det gjelder arbeidsgiverpolitikken:

- De har et hovedansvar for å utforme systemer, policy og retningslinjer
- De er i en del sammenhenger selv utøvende, ved f.eks å lede lønnsforhandlingene, og forhandlingene knyttet til inngåelse av lokale særavtaler
- De skal gi råd, støtte, opplæring og support til linjeledelsen i deres utøvelse av arbeidsgiveransvaret.
- De skal enten selv eller via administrerende direktør formidle synspunkter og holdninger til det regionale helseforetaket og NAVO.

Vår spørreundersøkelse viser at PO-sjefene er en gruppe som i stor grad føler seg involvert og at de føler eierskap til denne delen av helse-reformen. Det eksisterer et tett nettverk mellom denne gruppen og NAVOs sekretariat. Deres rolle i forhold til å bistå i og/eller lede lokale lønnsforhandlinger er også gjennomgående likt praktisert. Vår hypotese basert på både dybdeintervjuer og spørreundersøkelsen er at der variasjonene er størst er i hvilken grad PO-sjefene har prioritert og lykkes i å informere og lære opp linjeledelsen/klinikksjefene.

4.2.5 Linjeledelsen

Som nevnt var sykehusreformen ikke minst en ledelsesreform. I det lå at linjeledelsen var forutsatt å ha en sentral rolle i utøvelsen av arbeidsgiverfunksjonen.

Etter vår mening ser vi her mange tegn til at reformen ikke er kommet langt nok. Vår vurdering er at både foretaksledelsen, RHFene og NAVO kan ha undervurdert kompleksiteten i denne del av reformen. De hindringer som har ført til at det er svært varierende i hvilken grad

linjeledere har tatt utfordringene som arbeidsgivere knytter seg til flere forhold:

- At det er tradisjoner og kulturer som er formet gjennom lang tid
- At behovene for opplæring ikke har vært tilstrekkelig oppfylt
- At det ikke har skjedd tilstrekkelig rolleavklaring, særlig mellom rollen som representant for en yrkesgruppe og arbeidsgiverrollen
- At det til dels er kompliserte systemer å forholde seg til

4.3 Strategi og eierskap

4.3.1 Innholdet i strategien

Utgangspunktet for lønnsoppgjøret 2002 for arbeidsgiver var den strategi som ble lagt av de eieroppnevnte styremedlemmene i de regionale helseforetakene i november 2001.

Strategien for lønnsoppgjørene i den perioden vi snakker om må også kobles til det oppdrag helseforetakene oppfatter å ha fått fra Stortinget gjennom Ot. Prp 66 og Helseforetaksloven. Dette oppdraget har NAVO gjengitt i form av følgende punkter ⁴⁾:

- *Det skulle etableres et forhandlingssystem som understøttet forutsetningen om at helseforetakene har ansvar for egen økonomi*
- *Det skulle etableres et forhandlingssystem som så sammenhengen mellom innstatsfaktorene personell og lønn*
- *Det skulle etableres et forhandlingssystem som i større grad bygde opp om ledelsens legitimitet i beslutningsprosessene*

Følgende suksesskriterier ble definert i forhold til lønnsoppgjøret:

- *lønnsoppgjøret skulle primært ligge innenfor rammen av 4 - 4, 25 %, jf statsbudsjettets forutsetninger, sekundært følge oppgjørene i offentlig sektor. Frontfaget skulle gi normen og ble beregnet til i underkant av 5% ⁵⁾*
- *avtaleløsningene skulle bygges opp nedenfra og opp (minst mulig regulert på nasjonalt nivå II)*
 - *minst mulig generelle tillegg*
 - *færrest mulig stillingsbeskrivelser*
 - *ingen lønnstabeller i de overgripende avtalen*
- *avtalene skulle utfordre felleseiekulturen*
- *avtalene skulle ha de åpninger som er nødvendige for å få endringer over tid*

⁴ Sitatet er hentet fra evalueringsrapport utarbeidet av NAVO.

⁵ Med "Frontfaget" menes her offentlig sektor

- *avtalene skulle bidra til å belønne kompetanse, produktivitetsfremmende arbeidsprosesser, produktivitetsutvikling og ønsket atferd*

For oppgjøret i 2004 beholdt man samme strategiske utgangspunkt som for oppgjøret i 2002:

”Hovedgrunnlag for lønnsoppgjøret i 2004 var fortsatt det strategidokumentet som ble utarbeidet og vedtatt av de eieroppnevnte styremedlemmene i RHF-ene høsten 2001, hvor hovedutfordringene ble definert til å være mer desentralisert lønnsdannelse på bakgrunn av behovet for å understøtte ansvaret for egen økonomi, og lederansvar for styring og utvikling av personalressursene. Strategien ble bekreftet av RHF-direktørene vinteren 2004, og i gjentatte møter i Faglig råd helse”.

4.3.2 Hvordan vurderer helseforetakene strategien?

Spørreundersøkelsen viser at et flertall mener at strategien for lønnsoppgjørene har vært nokså klar og at denne tendensen er mest tydelig i gruppen personal- og organisasjonssjefer (PO-sjefer). Vi har på dette punktet trukket fram noen synspunkter som går igjen i besvarelsene, så som:

- At det har vært en læreprosess for alle parter, og at denne prosessen vil fortsette
- At strategien kanskje overvurderte kompetansen på helseforetakene
- At visjonen om at en stor andel av lønnsmassen skulle fordeles lokalt ikke lot seg realisere
- Strategiene har vært klar, men forankringen og prosessen av strategien ble lagt av et utvalg av styreledere i 2001
- RHF’ene var for lite offensive ved utarbeidelse av strategien.

I forhold til punkt 1 i mandatet om *”hvilke mål og prinsipper ble lagt til grunn for lønnsoppgjørene i 2002 og 2004”*, har vi lagt følgende til grunn:

- rammer ift statsbudsjettets forutsetninger
 - avtaleløsningene skulle bygges opp nedenfra og opp
 - minst mulig generelle tillegg
 - færrest mulig stillingsbeskrivelser
 - ingen lønnstabeller i de overgripende avtalene
 - avtalene skulle utfordre felleseiekulturen
 - avtalene skulle ha de åpninger som er nødvendige for å få endringer over tid
-

- avtalene skulle bidra til å belønne kompetanse, produktivitetsfremmende arbeidsprosesser, produktivitetsutvikling og ønsket atferd

AGENDA er av den oppfatning at de valgte strategiene er i samsvar med helsereformens intensjoner, jfr. kap 3. Vi mener at foretaksledelsens og NAVOs vektlegging av lokal lønnsdannelse er i samsvar med de politiske mål som lå til grunn. Man kan imidlertid spørre om aktørene har undervurdert behovet for opplæring og ansvarliggjøring. På den andre siden er det heller ikke grunnlag for å si at mer sentralisert styring ville gitt bedre økonomiske resultater. Basert på våre funn eksisterer det nå en viss uro på foretakene over at lønnsdannelsen er blitt for sentralisert.

4.4 Overordnet styring

Med overordnet styring mener vi her på hvilken måte RHF-nivået, styrer i foretakene og administrerende direktør har vært involvert i utøvelse av arbeidsgiverrollen og styring av lønnspolitikk og lønnsoppgjør. Kilden er her hovedsakelig spørreundersøkelsen samt dybdeintervjuer med nøkkelpersoner.

Våre data tyder på at de formelle strukturene i hovedsak er på plass, dvs at foretaksledelsen både har det formelle ansvaret og at de ser ut til å praktisere dette ansvaret på omtrent samme måte. De ulikheter vi har sett i måten foretaksledelsen involverer styrene kan gjøre det nødvendig med presiseringer fra HOD som eierdepartement. Basert på våre opplysninger synes det å være en viss uenighet og uklarhet i forhold til om og hvordan styret skal involveres i arbeidsgiverspørsmål. Det gjelder både strategier og planer i forkant av lønnsoppgjør og arbeid med konsekvenser i etterkant.

4.5 Endringer i de sentrale avtaler 2001 - 2004

Følgende forhandlingsaktiviteter og prosesser er gjennomført i perioden 2001 – jan 2005:

- Forhandlinger med NSF 2001-2002
- Etablering av midlertidige hovedavtaler
- Hovedoppgjøret 2002
- Forhandlinger om produktivitetsavtalen med NSF
- Etablering av hovedavtaler
- Forhandlinger om ny legeavtale
- Mellomoppgjøret 2003
- Hovedoppgjøret 2004
- Lønnsoppgjøret for leger og Akademikere i 2004

4.6 Avtalemessige endringer lokalt

Svarene viser her at 79,6 % sier det er gjort endringer i lønssystemene lokalt mens 67,3 % nevner endringer i arbeidstidsordninger.

På spørsmål om hvilke avtalemessige endringer som er gjort lokalt nevnes ellers følgende typer endringer:

- Avtaler ifm vaktordninger/tjenesteplaner
- Produktivitetsavtaler med enkelte grupper
- Avtaler i forhold til å rekruttere og beholde personell
- Avtaler ift individuell avlønning
- Etablering av lønnskriterier for B-dels overenskomstene
- Etablering av arbeidstidsordninger
- Etablering av felles sosiale bestemmelser
- Avtaler ift ledere, bl.a. at de tas ut av overenskomstene
- Reduksjon av stillingskoder og lønnskategorier
- Systemer for kompetansebasert opprykk
- Utvikling av verktøy for lønssamtaler

4.6.1 I hvilken grad er tidligere lokale overenskomster/særavtaler bortfalt?

Svarene på dette spørsmålet viser at 40,7 % av respondentene sier at alle tidligere lokale overenskomster/særavtaler er bortfalt mens 59,3 % melder at det kun er noen tidligere overenskomster/særavtaler som er bortfalt.

I forhold til den siste gruppen synes det å være to ulike forhold. Det ene knytter seg til hvorvidt arbeidsgiver har rett til å fravike særavtaler som er inngått under det tidligere regime før avtalen utløper.

Det andre forholdet er at noen foretak er kommet kortere enn andre i endringsprosessen. Noen sitater fra spørreundersøkelsen belyser dette:

- *Spesielle lønnsvilkår som går på rekruttering og stabilisering i enkelte grupper samt vaktordninger.*
 - *Gamle særavtaler avvikles fortløpende - også etter 2004.*
 - *Vi jobber aktivt hele veien for å avvikle særavtaler som skriver seg fra før 2002.*
 - *Skringsbestemmelse m.h.t. Oslo kommunes gamle system*
-

4.6.2 Bibehold av tidligere avtalepraksis

På dette spørsmålet fordeler svarene seg slik at 41 % sier at tidligere avtalepraksis benyttes ”i noen grad” mens en like stor andel sier ”i liten grad”. Hva som ligger i dette får vi svar på gjennom klartekst-kommentarene. Her peker mange på at det er et ”mentalt etterslep hos ledere” og motstand fra enkelte yrkesgrupper

Flere peker også på at manglende kompetanse hos arbeidsgiver bidrar til at gammel tenkning og kultur videreføres.

Foretak som mener de har lyktes med å etablere en ny avtalepraksis trekker fram at ledere som er arbeidsgivere har brukt tid på å lære seg modellen både i forhold til ansvar og myndighet.

4.7 Implementering av overenskomster

Spørsmålet om prosessen rundt implementering av nye overenskomster ⁶ viser samme trend som for strategien, nemlig at PO-sjefene er de mest positive og klinikk-sjefene de mest negative. For foretakslederne er synspunktene på prosessen nokså delt.

Mange peker her på at informasjon til ledere og ansatte kunne ha vært bedre og for dårlig inkludering av ledere i forkant av prosessen. Det pekes også på at PO-avdelinger fikk nye store oppgaver de ikke har vært forberedt på. For dårlig strategisk forankring på klinikk- og avdelings-nivåene nevnes også som en mangel i prosessen.

Når det deretter stilles spørsmål om hvor godt man vurderer resultatet av implementeringen av nye overenskomster, er trenden den samme som i det som er tatt nevnt foran, nemlig at klinikk-sjefene er mer reserverte til resultatene.

Basert på gjennomgang av skriftlig materiell, spørreundersøkelsen og dybdeintervjuene har AGENDA vurdert implementering av nye overenskomster i forhold til de mål som ble satt, jfr. også mandatets pkt 2 og 3.

På den positive siden mener vi å kunne konstatere at det er skapt et fundament for å kunne nå målene om at avtalene skulle utfordre felleseiekulturen ⁷ og til å gi tiltrekkelig fleksibilitet. Det er også skapt et grunnlag for å kunne belønne kompetanse, produktivitetsfremmende arbeidsprosesser, produktivitetsutvikling og ønsket atferd. Selv om man kan stille spørsmål om ledere i helseforetak og NAVO har overvurdert kompetanse og nødvendig modenhet for denne delen av reformen, viser eksempler at mange helseforetak er kommet lang på å legge dette fundamentet. At det også er store variasjoner, viser at det kunne vært lagt

⁶ Tariffavtaler som kan gjøres til gjenstand for arbeidskamp.

⁷ At hovedtariffavtalen oppfattes å være et ”felleseie” mellom organisasjonene.

mer vekt på opplæring, erfaringsutveksling og holdningsskapende arbeid fra RHF-nivå overfor de enkelte helseforetak.

Helseforetakene er i særlig grad kommet kortere enn det strategien la opp til når det gjelder belønning av produktivitetsfremmende tiltak og ønsket atferd, i særlig grad når dette krever tiltak ned på individnivå. Årsakene til dette synes også rimelig klare, jfr. funn både i spørreundersøkelsen og dybdeintervjuene om at ledere på klinikknivå og tilsvarende i for liten grad har akseptert og tilegnet seg de holdninger som arbeidsgivere som er en forutsetning for slike endringer.

Et spørsmål som ble stilt i tilknytningen til implementering av nye overenskomster var *"I hvilken grad er det oppstått uheldige økonomiske konsekvenser av implementeringen av nye overenskomster?"*

Svarene her viser en liten overvekt av positive vurderinger og personal-sjefene er de mest positive, dvs at det i liten grad har oppstått uheldige økonomiske konsekvenser som kan tilskrives overenskomstene.

AGENDA vurderer at dette er en oppfatning som ikke fullt ut har støtte i den faktiske utvikling. Blant annet har vi i andre deler av rapporten påpekt at legeoppgjøret hadde en kostnad som var høyere enn forventet og forutsatt. De av respondentene som har en annen oppfatning enn flertallet peker også på det samme. Noen peker også på at det ligger farer i hvordan det enkelte helseforetak tilpasser seg de sentrale overenskomstene.

4.8 Styring av personalbruk og kostnader

Spørreundersøkelsen viser om lag halvparten av respondentene mener at implementering av nye overenskomster i noen grad har bidratt til å styre aktiviteten i ønsket retning. Gruppen klinikkjefer er mer reserverte til dette, ved at 57,1 % mener at dette i liten grad er tilfelle.

Undersøkelsen stiller også spørsmål om nye overenskomster har bidratt til å styre ressursbruken på en kostnadseffektiv måte. Her er respondentenes svar delt på midten mellom "i noen grad" og "i liten grad". Her svarer opp mot 60 % av klinikkjefene "i liten grad".

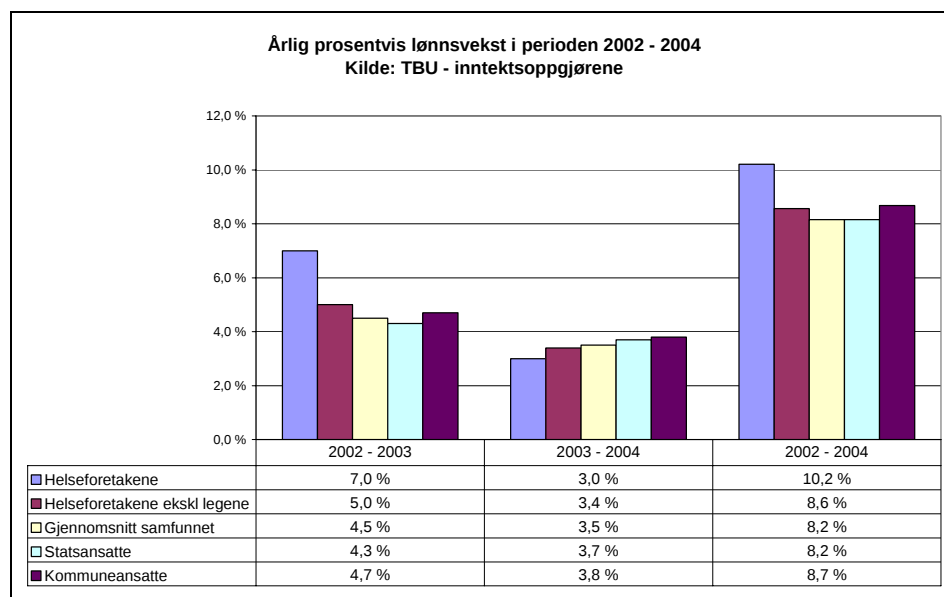
AGENDA ser her en bekreftelse på tendensen i materialet når det gjelder å se på de muligheter som ligger i nytt avtaleverk og overenskomster som styringsverktøy, nemlig at toppledelsen og PO-sjefene er betydelig mer positiv til de effekter slike verktøy har hatt. Vi ser her klare sammenhenger med spørsmålet om endret avtalepraksis, dvs. at flere helseforetak ikke klarer å utnytte de muligheter som har åpnet seg for å styre personalbruken bedre, og at det kan skyldes manglende bevissthet om arbeidsgiverrollen på nivå ledernivå 2 og lavere i foretakene.

4.9 Lønns-, kostnads- og produksjonsutvikling

Hele dette avsnittet tar for seg utviklingen på nasjonalt nivå fordi det ikke finnes tilgjengelige tall for utviklingen av lønnsnivå per regionale foretak eller per foretak.

4.9.1 Lønnsutvikling

Figuren under viser anslag for lønnsvest for perioden 2002 til 2004 gjennomført av Teknisk beregningsutvalg (TBU) for inntektsoppgjørene.

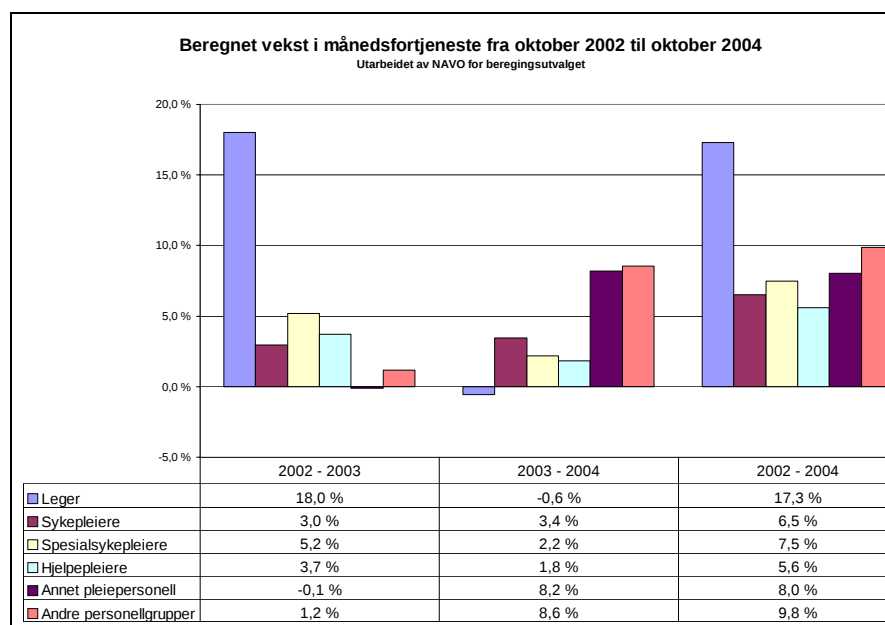


Figur 4.9.1 Årlig prosentvis lønnsvekst i perioden 2002 -2004

Fra figuren, som også beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten⁸ brukte som grunnlag for sine konklusjoner, ser vi følgende:

- Årslønnsveksten i helseforetakene anslås til 7 % fra 2002 til 2003 og 3 % fra 2003 til 2004 – totalt 10,2 prosent for perioden 2002 – 2004. Dette er høyere enn i samfunnet for øvrig fra 2002 til 2003, men noe lavere fra 2003 til 2004. Samlet anslår utvalget en lønnsvekst i disse to årene i helseforetakene som ligger omlag 2 % over lønnsutviklingen i samfunnet for øvrig

⁸ Årsrapport fra beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten, juni 2005, revidert august 2005.



Figur 4.9.2 Beregnet vekst i månedfortjeneste fra 2002 til 2004

Fra figur 4.9 ser man at beregnet vekst i månedfortjeneste før overtid fra oktober 2002 til oktober 2004⁹ for leger var på 17,3 %, klart høyere enn øvrige grupper som ligger mellom 5,6 % (hjelpepleiere) og 9,8 % for gruppen som ikke er helsepersonell. Veksten i lønn for leger skyldes alene veksten fra 2002 til 2003.

Pga. den høye lønnsveksten for leger har TBU også beregnet veksten for foretakene dersom en holder legene utenfor.

Holder vi legene utenfor, ser vi fra figur 6.1 at endringene for helseforetakene eksklusive leger anslås til 5 % fra 2002 til 2003 og 3,4 % fra 2003 til 2004 – totalt 8,6 prosent for perioden 2002 – 2004.

Dette innebærer at lønnsveksten i helseforetakene eksklusiv legene i disse to årene har vært lik utviklingen i kommunesektoren (8,7%) og marginalt høyere enn utviklingen i samfunnet for øvrig (8,2%) og i staten (8,2%).

Utviklingen i lønnskostnader

Den beskrevne endringen i lønnsnivå på 10,2 % samlet for foretakene har sammen med økt volum på arbeidskraft gitt en nominell økning i lønnskostnader på 15,2% fra 2002 til 2005¹⁰. I dekomponeringen av

⁹ Månedfortjeneste inkludert avtalt lønn og uregelmessige tillegg beregnet av NAVO for beregningsutvalget i arbeidet med årsrapporten.

¹⁰ Rapporten fra TBU som igjen baserer seg på revisorgodkjente årsregnskap og Sintef Helse som kilder der det også angis at det ligger en viss usikkerhet i dele endringen i lønnskostnader i endring av lønnsnivå og volum av utført arbeid.

årsakene¹¹ til endring av lønnskostnader på yrkesgrupper og høyere lønn/flere ansatte bekreftes legenes spesielt gode lønnsutvikling på følgende måte:

- Selv om legene bare utgjør 10%¹² av antall ansatte medførte legeoppkjøret 02/03 at 31% av de økte lønnskostnader som skyldes økt lønnsnivå fra 2002 til 2004 gikk til leger.

Beløpsmessig ble økte lønnskostnader til alle personellgrupper på grunn av høyere lønn beregnet til 2,5 milliarder kroner per år eksklusive sosiale utgifter. For legene var beløpet 786 millioner kroner, et beløp som med påslag av 30% sosiale utgifter utgjør ca 1 milliard kroner per år

Konklusjoner

Ut fra dette trekker vi følgende konklusjoner:

- Legeoppkjøret 02/03 medførte en lønnsvekst langt utover gjennomsnittet for andre grupper innenfor foretakene og bidro nesten alene til at lønnsveksten for perioden 02-04 lå over gjennomsnittet i samfunnet
- Lønnsutviklingen for andre grupper totalt har i 02-04 ligget omtrent på nivå med staten, kommunesektoren og samfunnet for øvrig.

4.9.2 Forholdet mellom utvikling av kostnader og produksjon

Mens lønnskostnadene som tidligere omtalt økte nominelt med 15,2 % økte driftskostnadene fra 2002 til 2004 med 19,9%. I og med at lønnskostnadene utgjør drøye 60% % av de totale kostnadene betyr det at økningen i lønnskostnadene stod for ca knappe 50% av økningen av de samlede kostnadene.

Et tema som forhold mellom utvikling av kostnader og produksjon er svært komplekst og står sentralt i de årlige Samdata-publikasjonene og i rapporten fra TBU. Vi nøyer oss derfor med å gjengi noen av hovedkonklusjonene fra disse rapportene.

Teknisk beregningsutvalg har bl a beskrevet utviklingen i lønns- og kostnadsnivå, inntektsnivå, aktivitetsnivå og foretakenes resultat. De finner det ikke formålstjenlig å trekke noen bastante konklusjoner vedrørende utviklingen i forholdet mellom kostnader og produksjon/ aktivitetsnivå og konkluderer med følgende når det gjelder forholdet mellom utviklingen i lønnsnivå i forhold til foretakenes resultat:

¹¹ Presentert i rapporten fra TBU med NAVO som kilde.

¹² Pga høyere lønn utgjør legenes andel en høyere andel av lønnskostnadene, grovt estimert av oss til ca 17,5% (2002) til ca 19,5 prosent (i 2003) ut fra opplysningene i TBU

- *Lønnsveksten har vært sterk i helseforetakene i perioden fra 2002 til 2004 i en situasjon hvor det også har vært vedvarende og til dels store underskudd.*
- *Samtidig kan lønnsveksten variere mellom år, og det er nødvendig å vurdere denne over en lengre periode før man kan konkludere om lønnsvekstens effekt på produktivitet og kostnader.*

I SAMDATA somatikk 2004 har en beregnet at en fra 2002 til 2004 har hatt en økning i teknisk effektivitet¹³ på 3,8 % og en økning på 4,9 % i kostnadseffektivitet ved bruk av DEA-metoden.

Begrepene er definert på følgende måte:

- Teknisk effektivitet måler forholdet mellom arbeidskraftsinnsats og produksjon¹⁴
- Kostnadseffektivitet måler forholdet mellom kostnader og produksjon.

Metoden går ut på å måle forskjellen mellom de mest produktive enhetene (de som definerer best practice) og øvrige enheter. Noe som gjør at metoden er velegnet til å finne relativ produktivitet ved å fortelle hvor godt de ulike sykehusene gjør det i forhold til hverandre. Utviklingen over tid blir imidlertid sterkt avhengig av hvordan produktivitetsutviklingen for de enhetene som har best produktivitet (dvs de enhetene som utgjør fronten) utvikles over tid. Vi er derfor forsiktig med å dra noen bastante konklusjoner ut fra disse funnene.

Denne usikkerheten skyldes også de feilkilder som er avdekket, senest gjennom Riksrevisjonens undersøkelse.¹⁵ av DRG-kodingen i helseforetakene, som igjen utløser en stor andel av helseforetakenes inntekter.

Konklusjon

Det er ikke mulig å dra noen bastante konklusjoner vedrørende forholdet mellom utviklingen av lønnskostnader og produksjon. Imidlertid er det mulig å si at lønnsveksten, hovedsakelig pga høy lønnsvekst for legene, har vært høyere enn i samfunnet for øvrig i perioden fra 2002 til 2004 i en situasjon hvor det også har vært vedvarende og til dels store underskudd.

Ut fra denne konklusjonen har vi valgt å se nærmere på lønnskostnader for leger med hovedvekt på legeoppgjøret 02/03.

¹³ Som begge er produktivitetsbegrep eller indre effektivitetsbegrep da de måler forholdet mellom ressursinnsats og produksjon.

¹⁴ Produksjonsmålet er sammensatt og består av døgnopphold, dagbehandling, antall liggedager over trimpunkt, og poliklinisk aktivitet, definert likt for begge begrep

¹⁵ Dokument nr. 3:7 (2005-2006)

4.10 Legeoppgjøret 2002 – 2003

En mer utførlig beskrivelse av legeoppgjøret 2002–2003 finnes i Vedlegg 2.

Innledningsvis har vi oppfattet at arbeidsgivernes (dvs helseforetakene og NAVO) ambisjon med lønnsoppgjøret som ble iverksatt fra 1.2 2003 var todelt:

- (1) Få til en systemomlegging som forbedret arbeidsgivers styringsrett, forenklet systemet for å gjøre det mer forståelig og lettere å administrere og endret vektingen vedrørende hvilken innsats som skulle honoreres.
- (2) Gjennomføre et oppgjør innenfor en økonomisk ramme tilsvarende lønnsoppgjøret for andre grupper

Vår vurdering er at en i stor grad har fått til en ønsket systemomlegging og at en har nådd målet på dette området. Denne *systemomleggingen ble forhandlet fram sentralt*.

Oppgjøret ble imidlertid *langt dyrere enn forutsatt* og medførte et høyere lønnsnivå for legene enn antatt – i hvert fall for 2003 og 2004.

Når det gjeldt spørsmålet om hvorvidt det var de sentrale eller lokale prosessene som førte til at legeoppgjøret ble dyrere enn forutsatt har vi fått fram følgende årsakssammenheng.

Lønnsnivå for den fast avtalte arbeidsplanen

Endringen av lønnsnivå for assistentlegene for den fast avtalte arbeidsplanen (forutsatt uendret lengde på tjenesteplan) ble *i realiteten forhandlet fram sentralt*.

Forhandlingene med overlegene var mer reelle lokalt, både vedrørende nivå på sentrale satser og når det gjeldt muligheter til reell individuell lønnsfastsettelse gjennom bruk av individuelle tillegg. I realiteten ble imidlertid den økonomiske rammen og satsene for assistentlegene ”normgivende” også for overlegeoppgjøret.

I realiteten ble derfor alle de viktigste elementene som bidro til endringene i lønnsnivå (gitt undret nivå på tjenesteplaner og vakansvakter) for legene *forhandlet sentralt*.

Uttak av effekter av den forbedrede muligheten til styringsrett

Effektene av den *forbedrede styringsretten* som det var lagt til rette for i de sentrale forhandlingene, skulle tas ut lokalt. I etterkant har en oppsummert at en ikke har klart å ta ut så store effekter som en forutsatte. Årsaken til dette er todelt, dels at anslagene var for optimistiske og dels skyldes det manglende vilje og evne til å ta i bruk de styrings-

mulighetene¹⁶ som de nye avtalene legger til rette for på de ulike organisasjonsnivå i foretakene.

Vi har ikke hatt mulighet til å fastslå hvor stor andel som skyldes det ene eller det andre. Vi kan imidlertid konstatere at forbedret styringsrett gjennom avtaler er en viktig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for bedre styring. *Viljen og muligheten* til å styre er etter vårt inntrykk imidlertid den vesentligste biten som skal på plass for å sikre en god styring med legenes arbeidstid.

Dette betyr at videre satsing på styrking av arbeidsgiverrollen i alle ledernivå for å forbedre viljen og evnen til å styre på tiltak for å bedre rekrutteringen (der den er svak) for å bedre muligheten for å styre vil være avgjørende for å få forbedre styringen av legeressursene framover.

Forholdet mellom endring av lønnskostnader og endring av aktivitet

Vi har holdbare data fra et av våre case, nemlig Medisinsk avdeling ved Sykehuset Telemark HF. Beregningen fra Telemark er selvsagt ikke representativ, men viser at det gjennom bevisst styring av ressursbruken er oppnådd en produksjonsøkning som er større enn økningen i lønnskostnader.

Eksempelet fra Telemark avviker imidlertid klart fra det hovedinntrykket vi har fått fra våre informanter både gjennom bredde- og dybdeundersøkelsen og beregninger med indikasjoner på nasjonalt nivå.

Generelt mener vi å kunne påvise at lønnsoppgjøret for leger for 02/03 førte til at økningen i lønnskostnader for leger ble større enn aktivitetsveksten i 2003 og 2004 og dermed bidro til forverring av foretakenes resultat.

Basert på denne konklusjonen ser det ut til at det bare er unntaksvis at foretak eller enkeltklinikker har klart å styre aktiviteter og ressursbruk slik at det oppnås en produksjonsvekst som minst oppveier økte lønnskostnader.

¹⁶ De er på det rene at potensiale til å ta ut effekt av en forbedret styringsrett av nye avtaler var svært avhengige av hvordan en styrte denne virksomheten før en innførte

5 Konklusjoner

5.1 Mål og strategier

Vår vurdering er at det neppe er mangelen på mål og strategier som hindrer en bedre utnyttelse av mulighetene lokalt. Undersøkelsen viser for det første at arbeidsgiverrepresentanter i foretakene har hatt rimelig bra kjennskap til de overordnede strategiene, og også til arbeids- og rollefordelingen mellom de ulike aktørene på arbeidsgiversiden. Det har også vært stor grad av tilslutning fra arbeidsgiverrepresentanter på ulike nivåer til de mål og strategier som er trukket opp. Noen bruker endog uttrykk som at det har vært entusiastisk tilslutning til strategiene, og at disse har pekt i retning av en mer moderne og offensiv arbeidsgiverholdning. For det andre rapporteres det at de aller fleste foretak har hatt strategier for hva man ønsket å oppnå lokalt. Disse strategiene synes i stor grad å være basert på de overordnede strategiene. Som nevnt i kap 4, er AGENDAs konklusjon at de valgte strategiene er i godt samsvar med intensjonene bak helsereformen.

Det er likevel et par viktige utfordringer når det gjelder arbeidet med mål og strategier. For det første uttrykkes det fra mange at forankringen av strategiene nok ikke stakk så dypt eller var så god i realiteten som den verbale tilslutningen kunne tyde på. Eierskapet til strategiene og forståelsen av hva de reelt sett innebærer, var ikke så sterk som ønskelig. Ikke minst mangler det en god del når det gjelder involveringen av kliniksjefer og avdelingsledere i forhold til strategiene og kjennskapet til dem.

Hovedproblemet har nok likevel vært en manglende forståelse av hva de nye målene og strategiene reelt sett innebærer for utøvelsen av arbeidsgiverpolitikken på foretaksnivå. Det har også vært manglende kompetanse og vilje til å sette strategiene ut i livet. Dette kommer vi tilbake til i punktet nedenfor.

5.2 Forhandlingssystemet

Det skulle etableres et forhandlingssystem som understøttet forutsetningen om at helseforetakene har ansvar for egen økonomi. Vår vurdering er at målet her bare delvis kan sies å være oppfylt. Forhandlingssystemet er på mange måter etablert, men fungerer fremdeles ikke fullt ut etter intensjonen. For det første er den andel av lønnsmassen som fordeles lokalt lavere enn intensjonen var, og det er store skjevheter mellom organisasjonene når det gjelder graden av sentralisering.

Strategien om at avtaleløsningene skulle ”bygges opp nedenfra og opp” er også i mindre grad oppfylt. Det erkjennes at en stor andel av oppgjørene (og andel av lønnsmassen) i realiteten er avgjort på sentralt nivå, og med relativt liten innvirkning fra foretakene. Tendensen er også at systemet har blitt gradvis mer sentralisert de siste årene; stikk i strid med det som har vært intensjonen fra arbeidsgiversiden.

For det andre viser undersøkelsen at helseforetakenes evne til å praktisere et nytt forhandlingssystem varierer sterkt. Noen foretak har kommet langt og vist betydelig evne til å ta i bruk de muligheter som ligger i nytt forhandlingssystem, mens tidligere systemer og holdninger i større grad har fortsatt ved andre foretak.

Det skulle videre etableres et forhandlingssystem som så sammenhengen mellom innsatsfaktorene personell og lønn. I det ligger blant annet at det skulle være lettere å se de lønsmessige konsekvenser av ulike måter å disponere personellet på, men naturligvis også å bruke lønn som strategisk virkemiddel for å utvikle og bruke personellet. Her vurderer vi at helseforetakene har fått mulighetene til bedre oversikt over de lønsmessige konsekvenser av ulike måter å disponere personellet på, men at det er ulikt i hvilken grad disse mulighetene utnyttes til faktisk bedre styring.

Det skulle etableres et forhandlingssystem som bidro til å bygge opp under og forsterke ledelsens legitimitet. På dette området har det etter vår oppfatning skjedd en positiv utvikling rent generelt i helseforetakene. Det er liten tvil om at lederautoriteten og ledelsens legitimitet rent generelt har blitt styrket etter sykehusreformen. Men når det gjelder ledelsens legitimitet i forhold til selve forhandlingssystemet gjenstår fortsatt betydelig arbeid. Blant annet viser spørreundersøkelsen at det fremdeles eksisterer rolleblanding på arbeidsgiversiden. Ledere oppfattes ikke fullt ut å ha tatt arbeidsgiverrollen og det etterspørres mer kompetanse i forhold til å fylle denne rollen.

Når det gjelder selve avtalesystemet, tyder undersøkelsen på at det er gjennomført endringer i lønssystemene lokalt i betydelig grad. Det samme er tilfellet når det gjelder arbeidstidsordningene. For øvrig synes overgangen fra gamle til nye overenskomster/ særavtaler å gå ”litt stykkevis”. Ganske mange tidligere avtaler er sagt opp/bortfalt, men det er også ganske mange som fortsatt eksisterer. I tillegg tyder spørreundersøkelsen på at det fortsatt er en del ”kulturell treghet” i systemet, ved at tidligere praksis og tidligere holdninger har ”blitt med på lasset” inn i nye avtaler.

5.3 Organisering, fullmaktstruktur og ledelse

Som nevnt i punkt 3.3, er det viktig med en tydeliggjøring av organisasjonsstruktur, fullmaktstruktur og lederroller dersom det nye systemet skal fungere etter hensikten. På dette området er det gjort mye i tiden etter sykehusreformen. Mange helseforetak har arbeidet mye med selve organisasjons- og ledelsesstrukturen og klargjort denne. Fullmakter – både når det gjelder fastsetting av lønn og andre arbeidsgiverspørsmål – er gjennomgått og flere fullmakter er lagt ut i linjen. Det er også etablert systemer for gjennomføring av lokale forhandlinger. Det vanlige synes å være at disse kjøres ”i regi” av PO-avdelingene, men supplert med representanter for linjeledelsen. De fleste foretak har også tett dialog mellom forhandlingsdelegasjonen og direktørens ledergruppe underveis i forhandlingene.

Det varierer noe mellom foretakene når det gjelder hvilke fullmakter som er lagt til henholdsvis klinikk- og avdelingsnivået. Til tross for at helseforetakene har gjort noe ulike valg når det gjelder fullmakter i arbeidsgiverspørsmål, vurderer vi at det ikke er vesentlige strukturelle hindringer for en målrettet bruk og utvikling av arbeidsgiverrollen.

5.4 Utvikling av arbeidsgiverholdninger

Endringene i arbeidsgiverorganisering og målet om å ansvarliggjøre ledere på alle nivåer er en kulturendringsprosess som må forventes å ta tid. Det er mye som tyder på at denne prosessen vil ta ytterligere flere år. Prosessen forstyrres også av at det har vært så mye uenighet både mellom ulike arbeidstakerorganisasjoner og mellom NAVO og noen sentrale organisasjoner. Mange rapporterer om at det er lagt til rette for større ansvarliggjøring av den enkelte leder, men variasjonene mellom helseforetak og klinikker/avdelinger er her stor.

Strategien om at avtalene skulle ”utfordre felleseiekulturen” er en prosess som har startet, men som i varierende grad er gjennomført. Mye tyder på at den nye arbeidsgiverpolitikken på mange måter er ”akseptert” hos arbeidsgiverne. Det gjelder også langt ut i linjesystemet. Utfordringen er å få denne aksepten omsatt i praktisk handling, slik at de muligheter som ligger i systemet til å utforme en lokal og differensiert arbeidsgiverpolitikk blir tatt i bruk. Dette krever både strategiske ferdigheter, innsikt i systemets muligheter og ikke minst mot. Det synes nokså åpenbart at en del av fagforeningene også har bidratt til å bremse denne utviklingen.

Vi har notert oss at NAVO er i gang med et større endringsprogram kalt ”Rullende steiner samler ikke mose”. Hensikten med dette tilbudet til foretakene er å støtte opp under strategi- og kompetanseutviklingsprosesser innenfor arbeidsgiverfunksjonen i helseforetakene der blant

annet utvikling av holdninger er et viktig element. Vi tror behovet for denne type tiltak – der både utvikling av handlingsrom, holdninger og virkemiddelbruk blir drøftet og utfordret – er stort. Det er særdeles viktig at slike tiltak og prosesser også omfatter linjeledelsen (klinikkjefer og avdelingssjefer), da det særlig er på dette nivå arbeidsgiverfunksjonen blir utøvet i praksis, og hvor kanskje også den såkalte ”felleseiekulturen” er mest rotfestet. ”Rullende steiner samler ikke mose” vil kunne være et verdifullt bidrag i arbeidet med å utvikle kompetanse og skape holdninger. I tillegg vil det være avgjørende viktig at det enkelte foretak har en bevisst strategi for å arbeide med denne type spørsmål også i egen regi.

5.5 Lønn og personalbruk som integrert virkemiddel

Vi vurderer at det er lagt til rette for at arbeidsgiverpolitikken og lønn/personalbruk kan inngå som et integrert virkemiddel for helseforetakene. Bevisstheten rundt dette er sannsynligvis en god del større enn i det tidligere regimet. Vi har tidligere omtalt at andelen av lønnsmassen som fordeles lokalt er mindre enn det som har vært intensjonene. På grunn av at så mye av lønnsmassen fordeles sentralt, mener mange foretak at de ikke gis muligheter til å utnytte lønn som virkemiddel i en integrert og lokalt tilpasset arbeidsgiverpolitikk. Det er et synspunkt vi deler. Det er likevel et åpent spørsmål om mer lokal fordeling hadde gitt et dramatisk annet utfall. Det er fortsatt mange eksempler på at den del av lønnsmassen som tross alt brukes til individuelle tillegg i hovedsak brukes ut fra såkalt ”objektive kriterier”. Det vil si som tillegg for å inneha visse funksjoner, som kompensasjon for å inneha en viss kompetanse o.s.v. Noen foretak har riktignok gått relativt langt i retning av å fordele deler av de lokale tilleggene ut fra kriterier som resultatoppnåelse, definert atferd, holdninger o.s.v., men utviklingen synes generelt ikke å ha kommet veldig langt på dette området. Dette skyldes nok i stor grad ”kulturell treghet”, og liten aksept for en mer bevisst lønnsdifferensiering enn hva det har vært tradisjon for tidligere. I tillegg synes det å være grunnlag for å si at de sentrale oppgjørene naturlig nok har dannet mye av premissene for de lokale tilleggene.

I betydelig grad skyldes konklusjonen i avsnittet ovenfor naturligvis også at mange av arbeidstakerorganisasjonene ikke ønsker en utvikling i retning av en mer individuelt tilpasset lønnspolitikk. Men det er også organisasjoner som har ivret for og vært villige til å være med på ordninger hvor en stor del av lønnsmassen fordeles lokalt og med individuelle tillegg.

Konklusjonen i avsnittene ovenfor dreier seg om bruk av individuelle lønnstillegg i ordinære lønnsforhandlinger. Spørsmålet om lønn er

imidlertid aktuelt også ved nytilsetninger og i situasjoner hvor nøkkelpersoner er i ferd med å si opp sine stillinger og hvor lønn kan være et viktig virkemiddel for å rekruttere og beholde. På dette området har det skjedd en betydelig endring etter reformen. Under fylkeskommunen måtte slike spørsmål ofte gjennom mange runder ”oppover i systemet”, og fleksibiliteten var ofte liten. Mange foretak har i dag gitt linjeledelsen betydelige fullmakter til å fastsette lønn ved nyrekruttering og når de står i fare for å miste nøkkelpersonell. Det virker som om denne friheten blir brukt i betydelig grad, og er en viktig del av en lokal og individuelt tilpasset lønnspolitikk.

5.6 Rekruttering og utvikling

En vesentlig del av arbeidsgiverpolitikken er å rekruttere, beholde og utvikle personellressursene. Vi fastslo i punktet ovenfor at linjeledelsens fullmakter til å fastsette lønn ved nyrekruttering og når nøkkelpersonell sto i fare for å slutte var betydelig større enn under det tidligere regimet. Også på andre viktige områder som har betydning for å rekruttere og utvikle personell, organisasjon og arbeidsmiljø har linjeledelsens fullmakter økt, men også kravene til dem. Dette kan illustreres med *noen eksempler*:

- Myndigheten til å ansette har blitt delegert
- Ansvar for å utvikle arbeidsmiljøet har blitt tydeligere plassert i linjeorganisasjonen, men også fullmaktene til å iverksette nødvendige tiltak for å sikre et godt arbeidsmiljø
- Ansvar for å styre kompetanseutviklingen har også blitt tydeligere plassert i linjeorganisasjonen, men dermed har også forventningene økt om at kompetanseutviklingen primært skal skje med utgangspunkt i en strategi og en plan for hva organisasjonen trenger
- Fullmaktene til å organisere egen enhet og til å disponere personalet på en mest mulig hensiktsmessig måte er tydeligere plassert

De data vi har gir ikke grunnlag for å trekke entydige konklusjoner i forhold til spørsmålet om rekruttering til foretakene og mulig konkurransevidning i forhold til andre sektorer. Svarene i spørreundersøkelsen på om endringene har påvirket mulighetene til å rekruttere er sprikende. På den andre siden er det grunn til å tro at mulighetene til å tiltrekke seg ønsket kompetanse gjennom høyere lønn kan gi en uheldig konkurranse mellom foretak.

5.7 Ressursstyring og effektivitet

Det meldes om klare forbedringer og bedre verktøy når det gjelder å innrette personalbruken etter behov og når det gjelder å bruke personalet ”etter plan”. Dette har skjedd gjennom blant annet:

- Avtale med den enkelte lege (i hovedsak gjelder slike ordninger leger) om lønn og om arbeidstidsinnretting. Ved noen foretak er det gjennomført individuelt orienterte tjenesteplaner med utgangspunkt i arbeidsgivers behov for individualisering. I de fleste tilfellene synes imidlertid de individuelle avtalene hovedsakelig å være basert på legenes ulike ønsker om arbeidstid og lengde på tjenesteplanene
- Tiltak som reduserer både belastningen og de økonomiske kostnadene knyttet til vakansvakter, overtid og annen ikke planlagt ressursbruk. Dette har blant annet skjedd ved å ta i bruk hjelpeturnuser/ hjelpetjenesteplaner
- Mer dynamisk turnusplanlegging og bruk av tjenesteplaner.

Undersøkelsen tyder likevel på at det for det første varierer i hvilken grad disse mulighetene utnyttes. For det andre mener mange at det kreves en holdningsendring på arbeidsgiversiden dersom man skal få full effekt av de muligheter som ligger i nytt avtalesystem; inklusive muligheten til å skille mellom enkeltmedarbeidere. I spørreundersøkelsen sies det fra nær halvparten at nye overenskomster i liten grad har påvirket ressurs-utnyttelsen.

Et vesentlig siktemål med det nye forhandlings- og avtalesystemet var at *”avtalene skulle bidra til å belønne kompetanse, produktivitetsfremmende arbeidsprosesser, produktivitetsutvikling og ønsket atferd.”* Av disse synes avtalesystemet å ha fått mest gjennomslag i forhold til kompetanse og styring av arbeidsprosesser; jfr. det vi skrev ovenfor om styring av tjenesteplaner. Helseforetakene synes å ha kommet kortere når det gjelder produktivitetstiltak og individuell belønning. Det er likevel grunn til å presisere at det er gjennomført mange tiltak av typen ekstraordinære poliklinikker m.v., men slike tiltak var det mange av også i den tiden fylkeskommunen eide sykehusene. Det kreves antakelig betydelig holdningsendring for i større grad å belønne ønsket atferd. Individuell belønning tas således mest i bruk i forbindelse med nyrekruttering til stillinger, da dette oppleves som mindre ”kontroversielt” og utfordrende for kulturen enn individuell differensiering mellom arbeidstakere som allerede er ansatt.

Et av de viktigste siktemålene med det nye avtalesystemet var at det skulle bidra til at lønn, ressursbruk og produksjon/aktivitet i større grad ble sett i sammenheng. En av forutsetningene for å få dette til er at det gjennomføres analyser av disse sammenhengene, blant annet i form av

produktivitets- og effektivitetsvurderinger. Undersøkelsen tyder på at det i *noen grad* gjennomføres slike analyser i forbindelse med ekstraordinære poliklinikker og andre slike avgrensede tiltak. Mer grunnleggende og omfattende analyser av sammenhengen mellom ressursinnsats og produksjon synes i lite grad å være tatt i bruk.

En viktig forutsetning for å ha kontroll på økonomi, ressursbruk og aktivitet for helseforetakene er at de har gode styringssystemer. På dette området tyder undersøkelsen på at det har skjedd en klar kvalitetsheving etter sykehusreformen. I spørreundersøkelsen rapporteres det om betydelig bedre oversikt over ressursbruk og aktivitet enn tidligere. Forutsetningene for å gjøre analyser av sammenhenger mellom ressurser og aktivitet skulle derfor være gode.

5.8 Dialogen og samarbeidet med arbeidstakerorganisasjonene

Som nevnt var et av siktemålene med sykehusreformen å støtte opp under og forsterke ledelsens autoritet i helseforetakene – på alle nivåer. Det var også et siktemål og styrke arbeidsgivers styringsrett. Som nevnt ovenfor mener vi at ledelsens autoritet og legitimitet har blitt styrket etter reformen. Dette gjelder ikke nødvendigvis på alle områder og i alle deler av systemet. Men vi mener konklusjonen holder som en hovedtendens.

I en del situasjoner kan det være vanskelig å unngå at målsettingen om en styrket ledelsesautoritet bare kan oppnås gjennom en eller annen form for ”konfrontasjon” med arbeidstakerorganisasjonene. Men dette er etter vår oppfatning unntaket. Mange av de viktige arbeidsgiverpolitiske målsettingene kan best oppnås gjennom god dialog og et konstruktivt samarbeid med de ansattes organisasjoner.

Vi har ikke grunnlag for å trekke noen entydig konklusjon når det gjelder forholdet mellom arbeidsgiver og de ansattes organisasjoner. Vi vil likevel trekke fram *noen hovedpunkter*:

- Hovedinntrykket er at forholdet er preget av ryddighet og god struktur, og at partene gjennomgående har kommet fram til gode samarbeidsmodeller og –systemer
- Det er også vårt inntrykk at de ansattes organisasjoner nå er *noe mindre* involvert i enkeltsaker og *noe mer* i overordnede og prinsipielle spørsmål enn tidligere
- Det virker som om samarbeidsformer og deltakelse/involvering er håndtert relativt pragmatisk. Også internt på det enkelte foretak er det ulik praksis med hensyn til hvordan de ansattes organisasjoner trekkes inn i saker på de ulike klinikker. Det virker også som om

utformingen av samarbeidsordningene varierer noe fra organisasjon til organisasjon

- Det har vært gjennomført til dels betydelige omstillinger i helseforetakene i tiden etter at sykehusreformen ble gjennomført. Det er vårt inntrykk at de ansattes organisasjoner i betydelig grad har vært involvert i disse prosessene. Det gjelder både i formelle, avtalebestemte fora og i mer uformelle og ad hoc pregede sammenhenger. Dette gjelder både på RHF- og på HF-nivå.
- Et vesentlig siktemål med det nye forhandlingssystemet var at mer av lønnsdannelsen skulle skje lokalt, og at helseforetakene dermed skulle få større innflytelse over egen økonomi. På dette området har utviklingen i perioden fra 2002 heller gått i motsatt retning. Med noen unntak ønsker flere arbeidstakerorganisasjonene nå at en så stor del som mulig av lønnsmassen skal fordeles sentralt. I et slikt system blir det naturligvis umulig å bruke lønn som virkemiddel for å stimulere og belønne individuell innsats og prestasjon.

5.9 Lønns- og produksjonsutviklingen

Som nevnt i kap 5, er det ikke mulig å dra noen bastante konklusjoner vedrørende forholdet mellom utviklingen av lønnskostnader og produksjon.

Vi støtter oss til konklusjonen fra Teknisk beregningsutvalg som sier at lønnsveksten, hovedsakelig pga høy lønnsvekst for legene, har vært høyere enn i samfunnet for øvrig i perioden fra 2002 til 2004, i en situasjon hvor det også har vært vedvarende og til dels store underskudd.

Vi legger også til grunn at en fra 2002 til 2004 har hatt en økning i teknisk effektivitet på 3,8 % og en økning på 4,9 % i kostnadseffektivitet.

Det er forventet at en lavere lønnsutvikling for leger fra 2004 vil kunne kompensere noe for den høyere lønnsutviklingen i forrige tariffperiode.

Om vi ser på situasjonen på det enkelte foretak, synes det å være to motstridende forhold som påvirker foretakenes mulighet til å styre kostnader og produksjon.

På den ene siden dokumenterer denne evalueringen at det er mulig å bruke avtalesystemet til å innrette personalressursene på den måte som gir størst effekt på prioriterte områder.

På den andre gis ikke helseforetakene mulighet til fullt ut å ta ansvar for styring av kostnadene ved at det økonomiske handlingsrom helseforetakene har er svært begrenset ved at en stor del av lønnskostnadene bestemmes sentralt.

Evaluering av den valgte organiseringen av arbeidsgiversiden innenfor spesialisthelsetjenesten

Vedlegg 1 - Resultater fra spørreundersøkelsen

AGENDA Utredning & Utvikling AS
Malmskrivervn 35 • Postboks 542 • 1302 Sandvika
Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01
Ref: 5230

Innhold

1	INNLEDNING	5
2	STRATEGIEN	6
2.1	Formidling av strategien	6
2.2	Eierskap til strategien	7
2.3	Hvor klar er strategien?	7
2.4	Ble målene i strategien oppfylt?	9
3	IMPLEMENTERING AV NYE OVERENSKOMSTER	10
3.1	Prosessen	10
3.2	Resultatet av implementeringen	11
3.3	Uheldige økonomiske konsekvenser av nye overenskomster?	13
4	BIDRAG TIL STYRING AV PERSONALBRUK OG KOSTNADER	15
4.1	Bidrag til styring av aktivitet	15
4.2	Bidrag til å styre ressursutnyttelsen	16
5	OVERORDNET STYRING	19
5.1	Har helseforetakene drøftet alternative utfall av lønnsoppgjør?	19
5.2	Har konsekvenser av lønnsoppgjør utviklet seg i henhold til budsjettforutsetninger?	20
5.3	På hvilken måte har styret vært involvert?	21
6	OM LOKALE PRODUKTIVITETSFREMMEDE TILTAK	25
7	AVTALEMESSIGE ENDRINGER	29
7.1	Hvilke avtalemessige endringer er gjort lokalt?	29
7.2	I hvilken grad er tidligere lokale overenskomster/særavtaler bortfalt?	30
7.3	Bibebehold av tidligere avtalepraksis	31
7.4	Effekter ift å rekruttere og beholde	32
8	FORANKRING OG KOMPETANSE	33

1 Innledning

I dette vedlegget gjengir vi de resultater fra spørreundersøkelsen og dybdeintervjuene som særlig dreier seg om endringsprosessen ifm skiftet av arbeidsgivertilknytning, inngåelse av nye overenskomster og respondentenes vurdering av resultatene.

Et elektronisk spørreskjema ble sendt til alle helseforetak (inklusive RHF) og til følgende kategorier personale:

- Alle foretaksdirektører
- Alle personal- og organisasjonssjefer (eller tilsvarende)
- Et utvalg av ledere på klinikknivå eller tilsvarende

I forhold til den siste gruppen ble foretakene bedt om å plukke ut to klinikkssjefer fra sitt foretak.

Svarprosenten på denne undersøkelsen har vært noe varierende. Totalt er det innkommet 66 svar, dvs en svarandel på ca. 56 %. Det er særlig en stor variasjon i oppslutningen blant foretaksledere, med særlig lav oppslutning fra Region Midt og Region Nord. Det gjør at vi må være forsiktige med å analysere forskjeller mellom regionene. For øvrig mener vi oppslutningen er rimelig bra. Totalt er svarfordelingen følgende (en respondent har ikke oppgitt stilling):

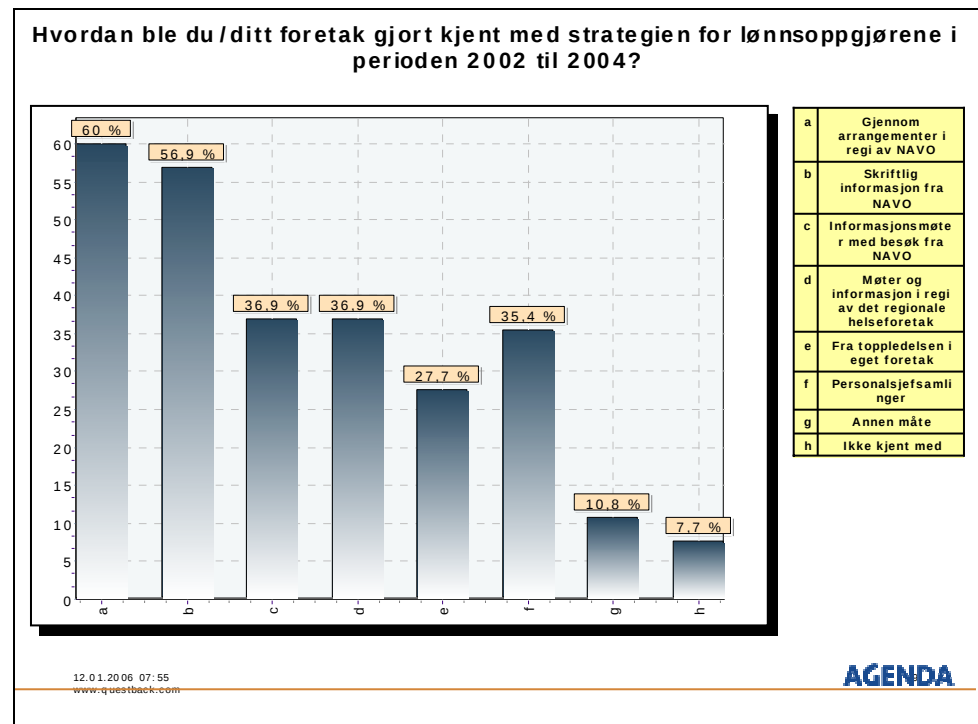
Foretaksledere:	15
Personaldirektører/- sjefer:	29
Klinikkssjefer:	22

2 Strategien

2.1 Formidling av strategien

I spørreundersøkelsen stilte AGENDA først spørsmål om på hvilken måte respondentene ble kjent med strategien for lønnsoppgjørene.

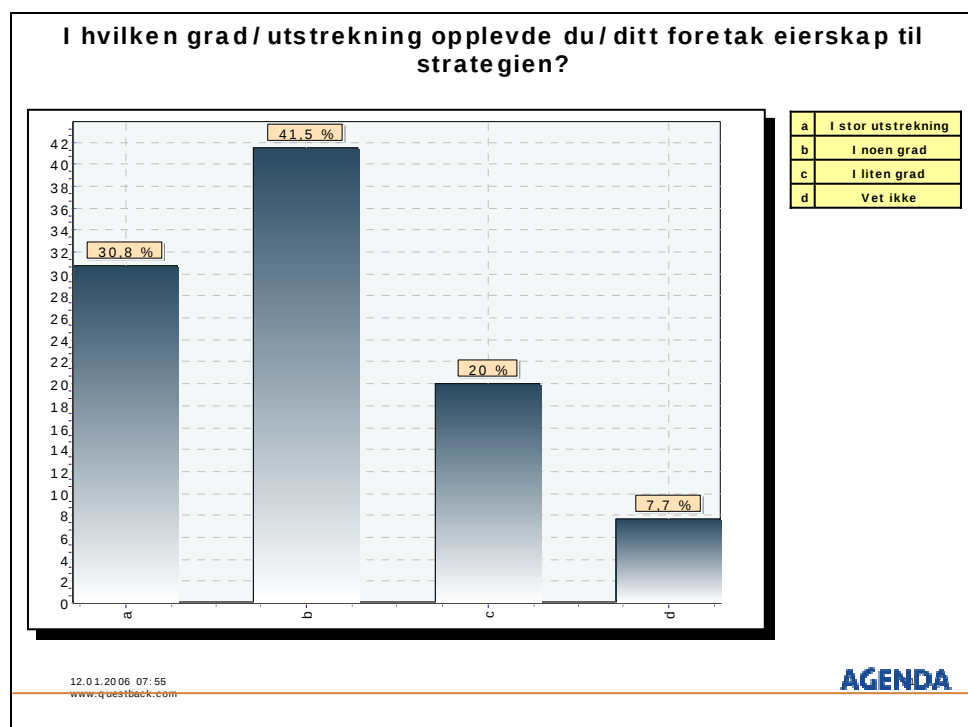
Totalresultatet ser slik ut:



Når vi går nærmere inn i dette materialet, ser vi ikke overraskende at den andelen som sier de ikke er blitt informert knytter seg til gruppen kliniksjefer. Denne gruppen har også i mye mindre grad deltatt på arrangementer i regi av NAVO, men 63 % sier de har mottatt informasjon om strategien fra egen ledelse. Blant administrerende direktører sier 80 % at de har deltatt på arrangementer i regi av NAVO.

2.2 Eierskap til strategien

På spørsmålet om i hvilken grad respondentene opplevde eierskap til strategien svarer 20 % ”i liten grad”.

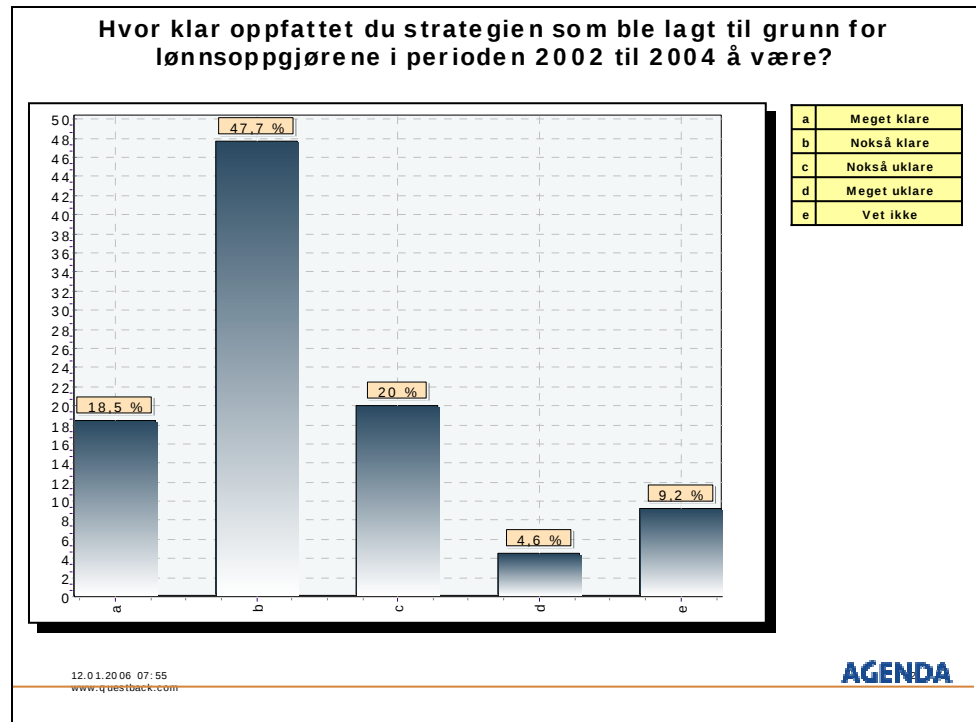


Her viser dybdeanalysen at 22,7 % av klinikksjefene sier at de i liten grad opplevde eierskap til strategien, og 18,2 % har svart ”vet ikke”. 13,6 % av klinikksjefene sier de ”i stor grad” opplevde eierskap til strategien og 45,6 % sier ”i noen grad”.

26,7 % av adm. direktørene sier at de ”i liten grad” opplevde eierskap til strategien og 46,7 % av direktørene som sier at de ”i stor grad” opplevde eierskap.

2.3 Hvor klar er strategien?

På spørsmålet ”Hvor klar oppfattet du strategien som ble lagt til grunn for lønnsoppgjørene i perioden 2002 til 2004 å være?” ble det følgende svarfordeling:



Svarfordelingen blant foretakslederne er omtrent lik gjennomsnittet vist over. Blant klinikksefene er det imidlertid 40,9 % som svarer ”nokså uklare” og 4,5 % som svarer ”meget klare”.

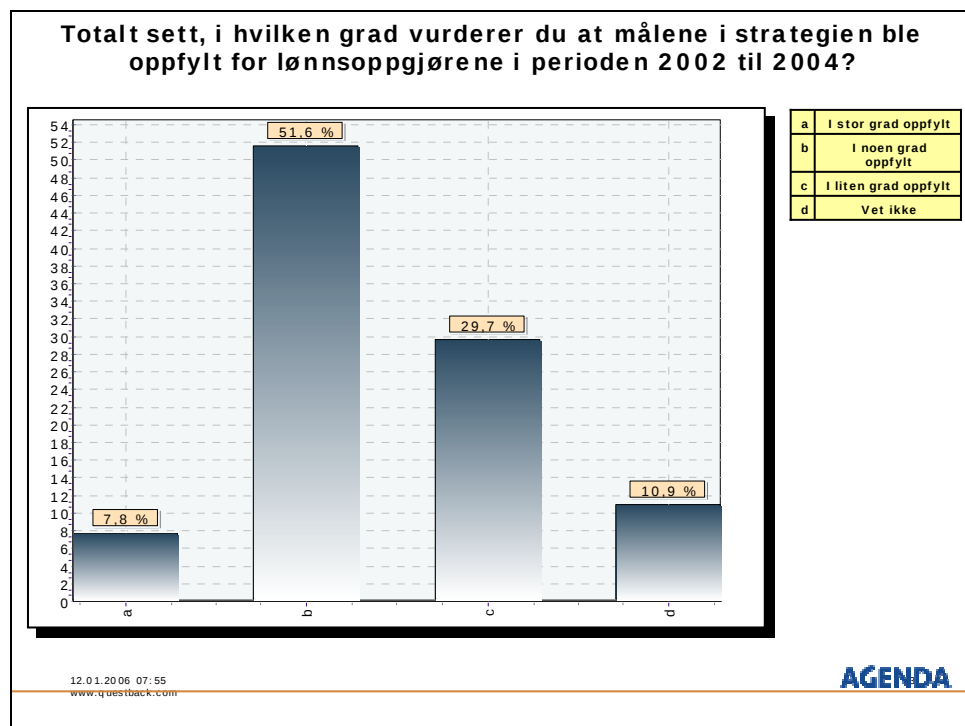
Personalsjefene er den gruppen som oppfatter strategiene som mest klare. Kun 8 % svarer ”nokså uklare” og 88 % svarer enten ”meget klare” eller ”nokså klare”.

Når det ble spurt om kommentarer til dette spørsmålet, grupperer disse kommentarene seg i noen hovedpunkter:

- At det har vært en læreprosess for alle parter, og at denne prosessen vil fortsette
- At strategien kanskje overvurderte kompetansen på helseforetakene
- At visjonen om at en stor andel av lønnsmassen skulle fordeles lokalt ikke lot seg realisere
- Strategiene har vært klar, men forankringen og prosessen av strategien ble lagt av et utvalg av styreledere i 2001
- RHF’ene var for lite offensive ved utarbeidelse av strategien.

2.4 Ble målene i strategien oppfylt?

Svarfordelingen i forhold til dette spørsmålet ser slik ut:



Totalt sier 297 % at målene i liten grad ble oppfylt. Blant kliniksjefer er denne andelen 36,4 % og andelen ”vet ikke” er 27,3 %.

Blant foretakslederne sier 26,7 % at målene i liten grad ble oppfylt og 13,3 % sier at målene i stor grad ble oppfylt. Kategorien ”i noen grad oppfylt” velges her av 53,3 %.

Vi ønsket å se om de av respondentene som enten har eller har hatt tillitsverv i NAVO har en annen oppfatning enn gjennomsnittet. Det synes helt klart at det er tilfeller.

På spørsmålet om eierskap til strategien svarer 81,3 % av disse enten ”i stor utstrekning” eller ”i noen grad”.

På spørsmålet om strategien var klar svarer 71,3 % denne gruppen på samme måte.

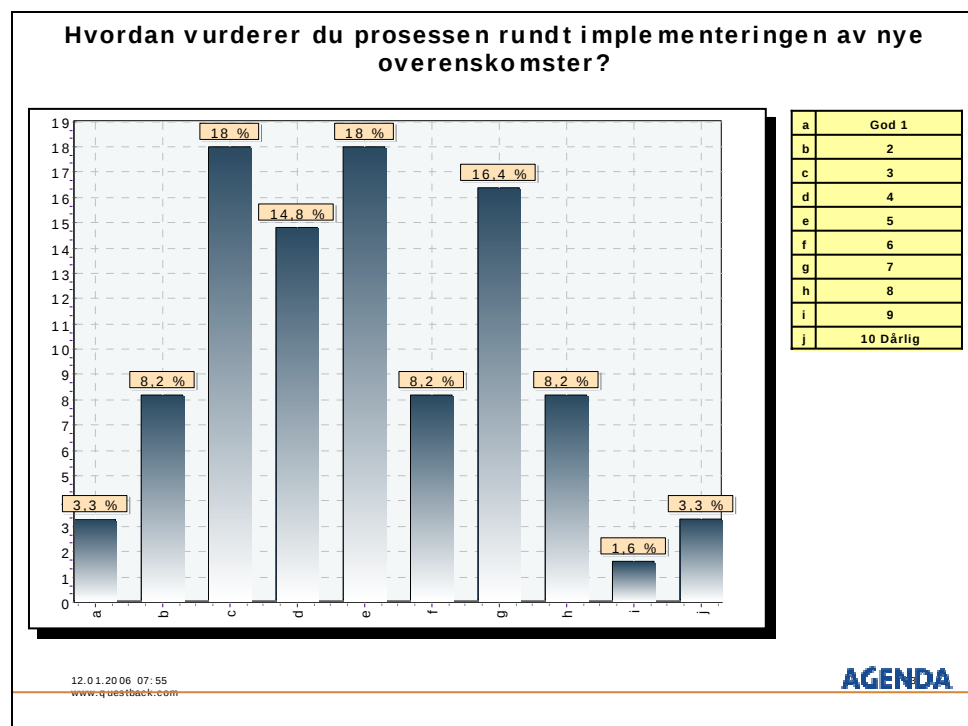
I forhold til om målene i strategien ble oppfylt svarer tilsvarende 81,3 % enten ”i stor grad” (18,8 %) eller ”i noen grad” (62,5%).

Det viser seg altså at en overveiende andel som har sittet tettest på arbeidet med strategien mener de har følt eierskap til strategien. En stor, men noe mindre andel, mener strategien har vært klar. Denne gruppen mener også at målene i strategien for lønnsoppgjørene i noen grad kan sies å være oppfylt.

3 Implementering av nye overenskomster

3.1 Prosessen

På spørsmålet "Hvordan vurderer du prosessen rundt implementering av nye overenskomster?" er svarfordelingen følgende:



På en 10-delt skala fra "godt" til "dårlig" bruker respondentene hele skalaen. Personalsjefene er i utgangspunktet positive til implementeringen, og 64 % velger svaralternativene 3 – 4, og 20 % velger svaralternativene 7 – 10.

Blant foretakslederne er bildet mer sammensatt. Om lag 40 % velger svaralternativene 1 – 4 og 33,4 % velger alternativene 6 – 8.

Klinikkssjefene er de mest negative på dette spørsmålet. 42,2 % velger svaralternativene 6 – 10 og 31,7 % velger alternativene 2 – 4.

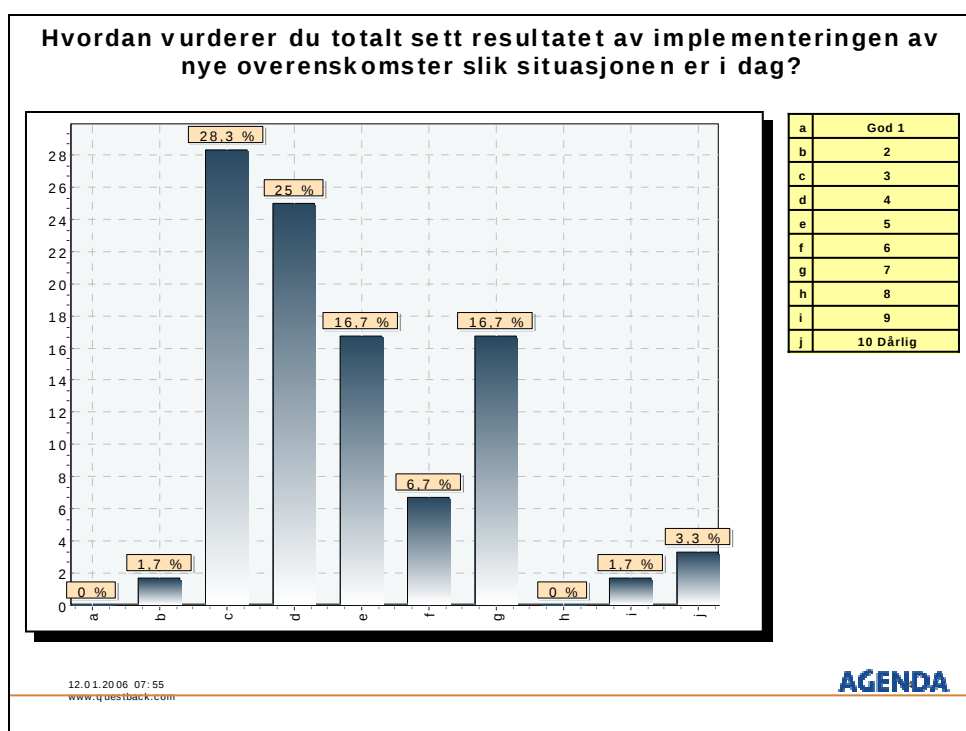
I kommentarfeltet til dette spørsmålet sies blant annet:

- *Nye overenskomster skapte nye arenaer for uenighet - etter at overenskomstene var fremforhandlet. NAVO-regimet stiller større krav til arbeidsgiverfunksjonen, og organisasjonen har ikke vært tilstrekkelig oppmerksom på dette. De tillitsvalgte var heller ikke forberedt godt nok, - noe som førte til stadig "omkamper".*

- *Informasjon til ledere og ansatte kunne ha vært bedre. For dårlig inkludering av ledere i forkant av prosessen.*
- *Undervurderer betydningen av oppfølging og kompetanseheving ift alle ledere - ressurskrevende; PO avd har fått nye store oppgaver de ikke har vært forberedt på*
- *I hovedsak for dårlig lokalt grep og for stabstunge prosesser*
- *Stor kompleksitet - Bra informasjon - Unødvendige tvistesaker i ettertid på grunn av tvetydig overenskomsttekst. - For dårlig strategisk forankring på avdelingsnivåene*
- *Ledere må veiledes til å forstå og anvende nytt avtaleverk.*
- *Prosesen rundt implementering av nye overenskomster har ikke vært god nok lokalt. Skyldes bl.a. at opplæringen på enhets-ledernivå ikke har vært god nok mht forståelse for arbeids-giverrollen.*

3.2 Resultatet av implementeringen

Dette spørsmålet fokuserer på respondentenes totalvurdering, dvs hvor godt vurderes resultatet av implementeringen av nye overenskomster.



Vi ser at 55 % er rimelig positive med en hovedvekt på svaralternativ 3 – 4, og 28,4 % heller til at resultatene ikke er så gode, med en hovedvekt på svaralternativene 6 – 7.

Foretakslederne har omtrent samme svarfordeling som gjennomsnittet. Klinikksjefene er noe mer negative, med 39,9 % på svaralternativene 6 – 10, men eller med en tyngde på midten av skalaen.

I kommentarfeltet til dette spørsmålet sies det blant annet:

- *Forventningene om lokal initiativ har ikke blitt innfridd. Alt for mye sentralt. Forhandlingene har dradd ut i tid og gitt uheldige konsekvenser og et bilde av famling og "useriøsitet". Oppmerksomhet på prosessen i stedet for resultatet er uheldig.*
- *Vi har ikke vært flinke nok til å lære opp våre ledere i de nye avtalene og mulighetene som ligger deri. Dette er i vesentlig bedring da vi blant annet har introdusert elektronisk personalhåndbok med tilgang til alle avtaler.*
- *Ledere har ansvar for å etterleve alle sider ved tariffavtalene, ikke bare deler av dem. En skal avlære gammel kunnskap og erstatte denne med ny. Avlæring er vanskeligere enn læring.*
- *Alt for mye tid brukes på et lite lokalt handlingsrom. De store organisasjonene som avtaler det meste sentralt, legger indirekte føringer for de som vil forhandle lokalt. Akademikeroppgjøret 2004 har tatt skandaløst lang tid, og har ført til mye uro lokalt.*
- *Totalt sett er implementeringen av nye lokale overenskomster god..*
- *Det har kanskje vært satt for lite fokus på opplæring av ledere, lønnsoppgjøret og forhandlinger var i det gamle systemet mye en stabsjobb.*
- *Modellen bygger på ansvarliggjøring av ledere, disse lederne fikk kanskje ikke kunnskap om modellen fort nok.*

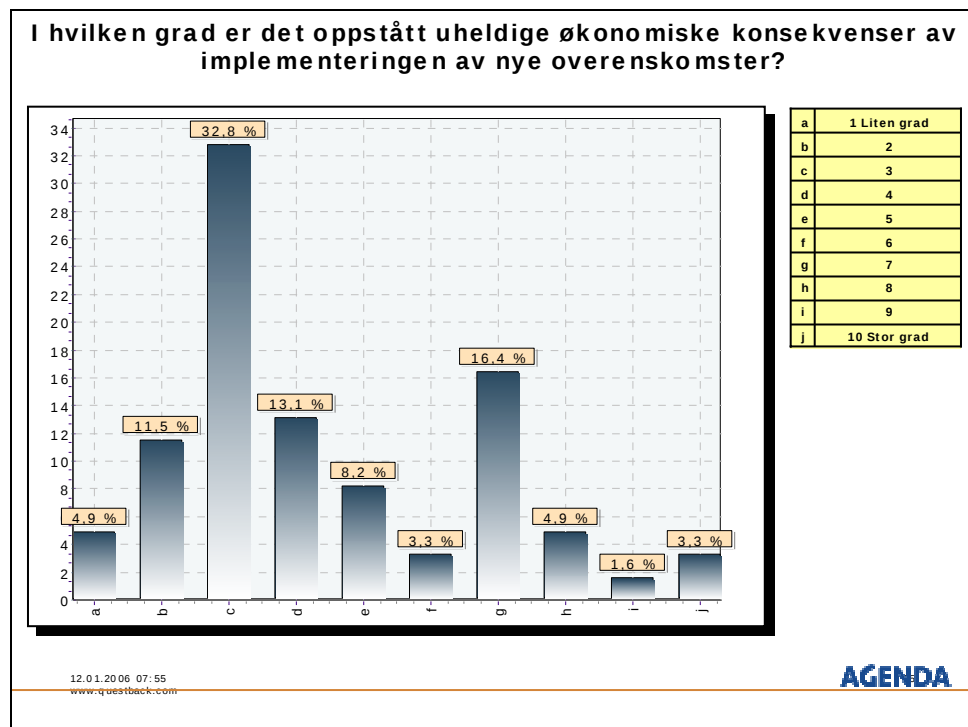
Når det gjelder disse to spørsmålene om implementering av overenskomster, har vi sett på svarene til de av respondentene som har vært ansatt lengst, dvs ansatt fra 2002 eller tidligere.

Her viser svarene at denne gruppen er noe mindre positive til prosessen, men like positive til resultatet enn gjennomsnittet.

39,5 % av denne gruppen velger svarkategori 1 – 4 på spørsmålet om prosessen. Gjennomsnittet er her 44 %. På spørsmålet om resultatet etter implementering av nye overenskomster svarer 54 % av de som har vært ansatt fra 2002 at resultatet er rimelig godt (svarkategori 1 – 4). Gjennomsnittet er her også 54 %.

3.3 Uheldige økonomiske konsekvenser av nye overenskomster?

I dette spørsmålet spør vi om det er oppstått uheldige økonomiske konsekvenser av implementeringen av nye overenskomster.



Dette bildet gir ikke noe entydig svar, men har en liten overvekt av positive vurderinger ved at 62,3 % velger svaralternativene 1 – 4. Her er klinikkssjefene omtrent av samme oppfatning med en fordeling på 57,9 % på svaralternativene 3 – 4.

Personalsjefene er de mest positive ved at 68 % velger svaralternativene 1 – 4, dvs at det i liten grad har oppstått uheldige økonomiske konsekvenser som kan tilskrives overenskomstene.

Når det spørres om årsaker til eventuelle uheldige økonomiske konsekvenser nevnes eksempelvis følgende:

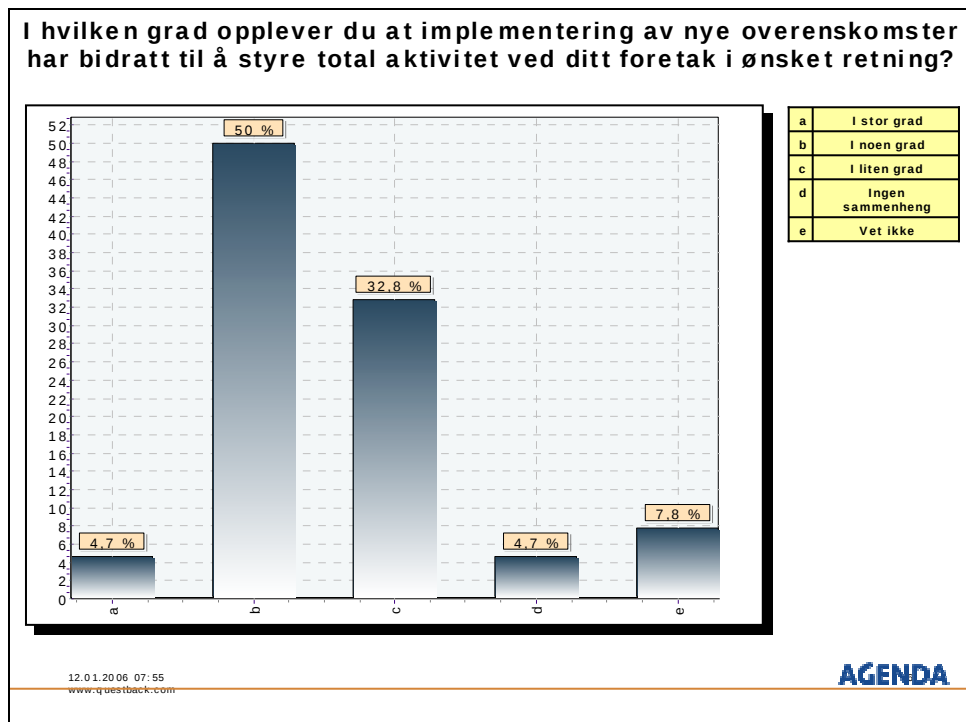
- *Press fra grupper som har vanskeligheter med å akseptere forskjeller ut fra lokale forhold, basert på "rekruttere og beholde-problematikk"*
- *Manglende styring av de lokale forhandlingene med spesielt Dnlf i 2002.*
- *Samordning av lønn mellom sykehusene internt i foretaket. I all hovedsak er høyeste lønnsnivå blitt innført i hele foretaket.*

- *Innføring av nytt minstelønnssystem for bl.a. sykepleiere i 2002 medførte i vårt foretak et dyrere lønnsoppgjør enn for gjennomsnittet*
 - *Noen overenskomster stiller krav til ledelse og driftsmessig oppfølging. Dårlig lokal oppfølging av sentrale (A2)gir kostnadsbomber*
 - *Legeavtalen 2002 ble dyr. Foretaket lokalt sto på 9,5% som ramme. Da NAVO ble trukket inn for å gi bistand, solgte de inn kreative løsninger med urealistisk inndekning. Rammen økte til over 15%.*
 - *I 2002 ble det gitt politiske føringer, signaler fra myndighetene om at utdanningsgruppene måtte få et solid løft. I 2003 endret en legeavtalen, dette gav et midlertidig høyt lønnsoppgjør i 2003, dette ble hentet inn i 2004 -05*
-

4 Bidrag til styring av personalbruk og kostnader

Nedenfor følger noen spørsmål som kartlegger i hvilken grad endringene i overenskomster og avtaler har bidratt til bedre styring.

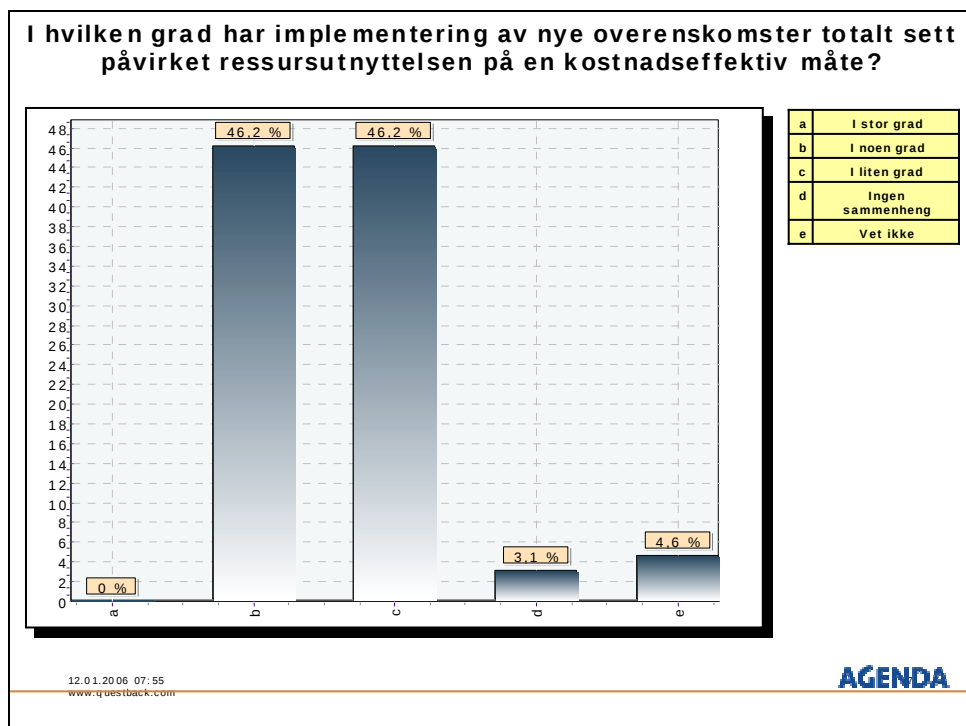
4.1 Bidrag til styring av aktivitet



På dette spørsmålet svarer 50 % at implementering av nye overenskomster har bidratt til å styre total aktivitet ved foretaket i ønsket retning, mens 32,8 % mener at bidraget er ”i liten grad”.

Brutt ned på stillingstyper ser vi at 53,3 % av foretakslederne vurderer at bidraget til styring av aktivitet er ”i noen grad” og 26,7 % sier ”i liten grad”. Blant klinikksjefer er den tilsvarende fordelingen 23,8 % (i noen grad) og 57,1 % (i liten grad). Personalsjefene er de mest positive, med en fordeling på 72 % (i noen grad) og 20 % (i liten grad).

4.2 Bidrag til å styre ressursutnyttelsen



I svaret på dette spørsmålet deler respondentene seg i to like store grupper. 46,2 % sier at implementering av nye overenskomster har påvirket ressursutnyttelsen på en kostnadseffektiv måte mens en like stor andel mener at dette har skjedd ”i liten grad”.

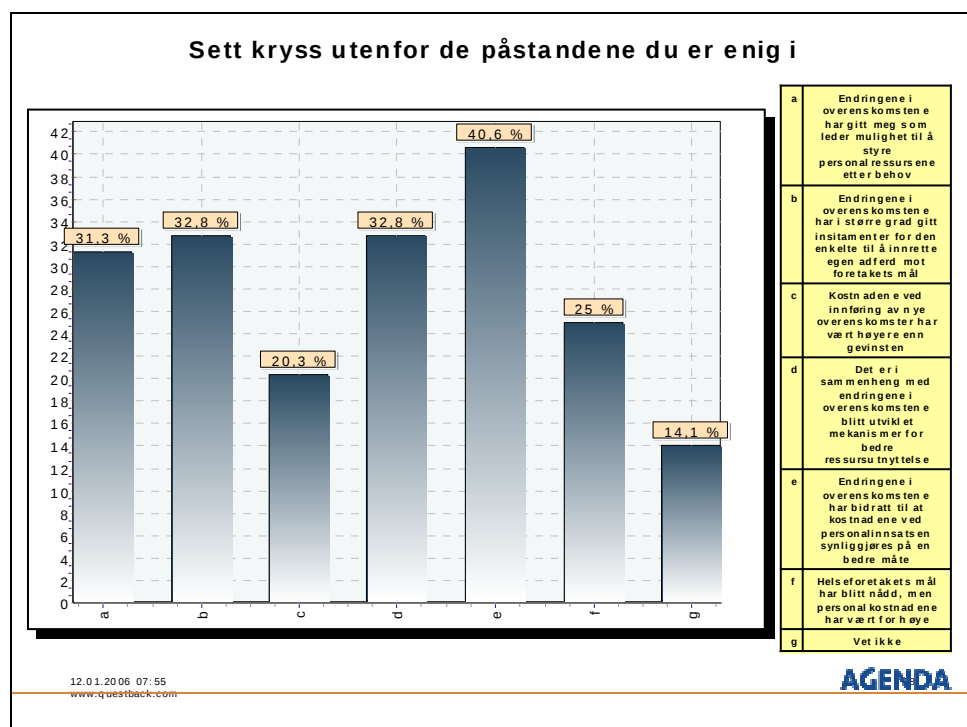
Når vi bryter ned svarfordelingen på dette spørsmålet, ser vi at det er de samme forskjeller som på foregående spørsmål. 53 % av foretakslederne sier ”i noen grad”. Klinikksjefene er betydelig mer negative, med 59,1 % som svarer ”i liten grad” og 22,7 % som svarer ”i noen grad”.

Blant personalsjefene er svarfordelingen 60/40, dvs at 60 % mener at implementering av nye overenskomster ”i noen grad” har påvirket ressursutnyttelsen på en kostnadseffektiv måte.

I neste spørsmål ber vi respondentene ta stilling til følgende hypoteser

- (a) Endringene i overenskomstene har gitt meg som leder mulighet til å styre personalressursene etter behov
- (b) Endringene i overenskomstene har i større grad gitt insitamenter for den enkelte til å innrette egen atferd mot foretakets mål
- (c) Kostnadene ved innføring av nye overenskomster har vært høyere enn gevinsten

- (d) Det er i sammenheng med endringene i overenskomstene blitt utviklet mekanismer for bedre ressursutnyttelse
- (e) Endringene i overenskomstene har bidratt til at kostnadene ved personalinnsatsen synliggjøres på en bedre måte
- (f) Helseforetakets mål har blitt nådd, men personalkostnadene har vært for høye
- (g) Vet ikke



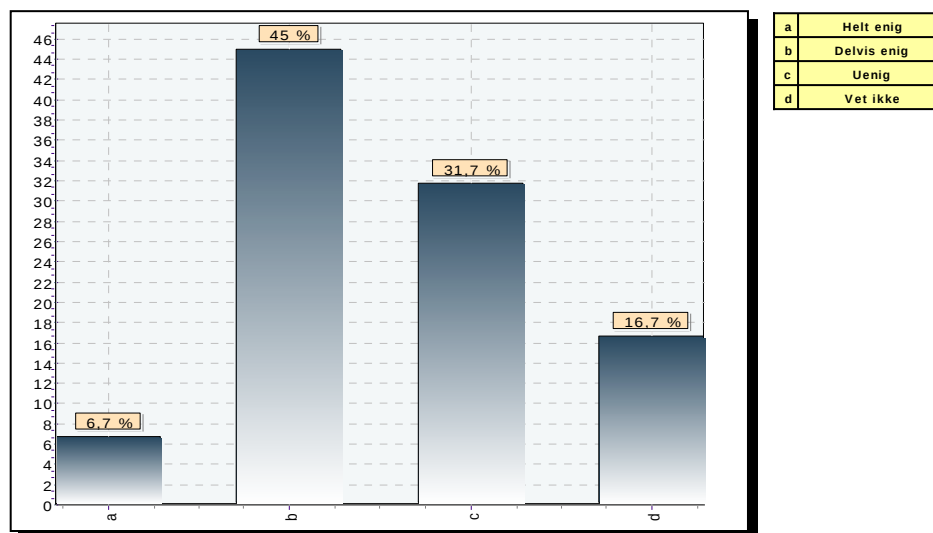
Når vi går inn i dette materialet og ser på svarfordelingen blant ulike stillingsgrupper, ser vi følgende:

- 40,6 % mener at personalinnsatsen synliggjøres på en bedre måte enn før;
- 32,8 % sier at det i større grad gis insitamenter til å rette atferd mot foretakets mål;
- 32,8 % mener at det er utviklet mekanismer for bedre ressursutnyttelse
- En andel på 20,3 % mener at kostnadene ved innføring av nye overenskomster har vært høyere enn gevinsten.

Det synes å være positivt at bare 20,3 % mener at kostnadene ved innføring av nye overenskomster har vært høyere enn gevinsten. Her ser det ikke ut til å være særlig forskjell i svar mellom de ulike personalgruppene. Det mest interessante er at klinikkjefene er betydelig mer

reserverte til om det er utviklet mekanismer for bedre ressursutnyttelse, med en svarandel på 5,8 % på dette spørsmålet.

Har bruk av overtid og vakansvakter gått ned som en konsekvens av at rammebetingelsene for oppsett av tjenesteplaner er blitt endret?



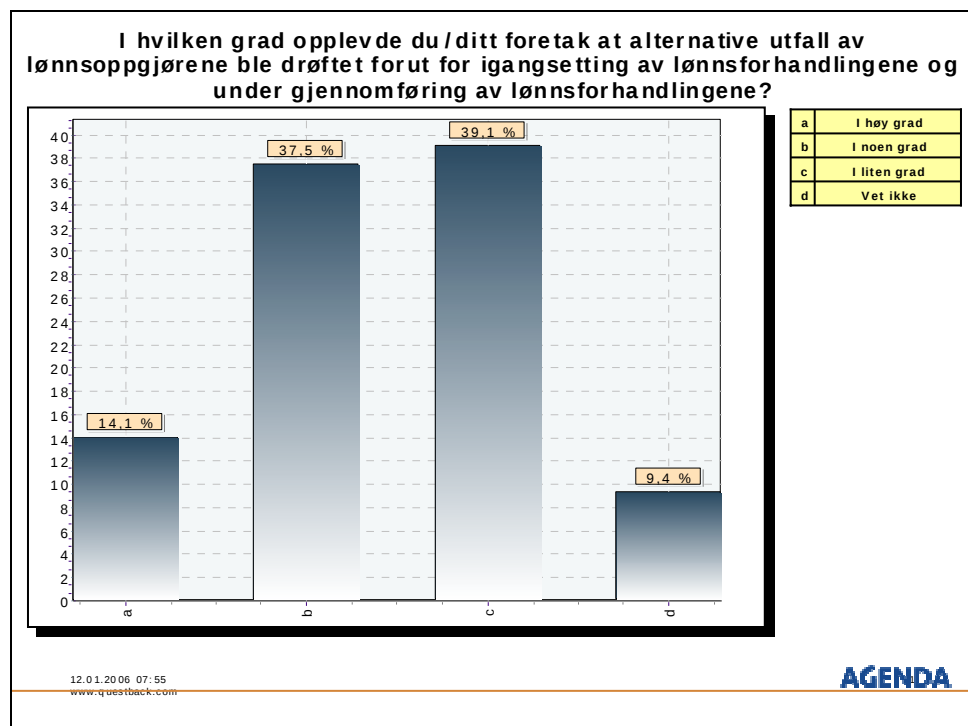
12.01.2006 07:55
www.questback.com

AGENDA

Et flertall på litt over 50 % mener at bruken av overtid og vakansvakter har gått ned. Blant klinikkssjefene er svarfordelingen noe mer negativ, ved at 38 % sier seg uenig og 19 % ikke vet om det har hatt noen effekt.

5 Overordnet styring

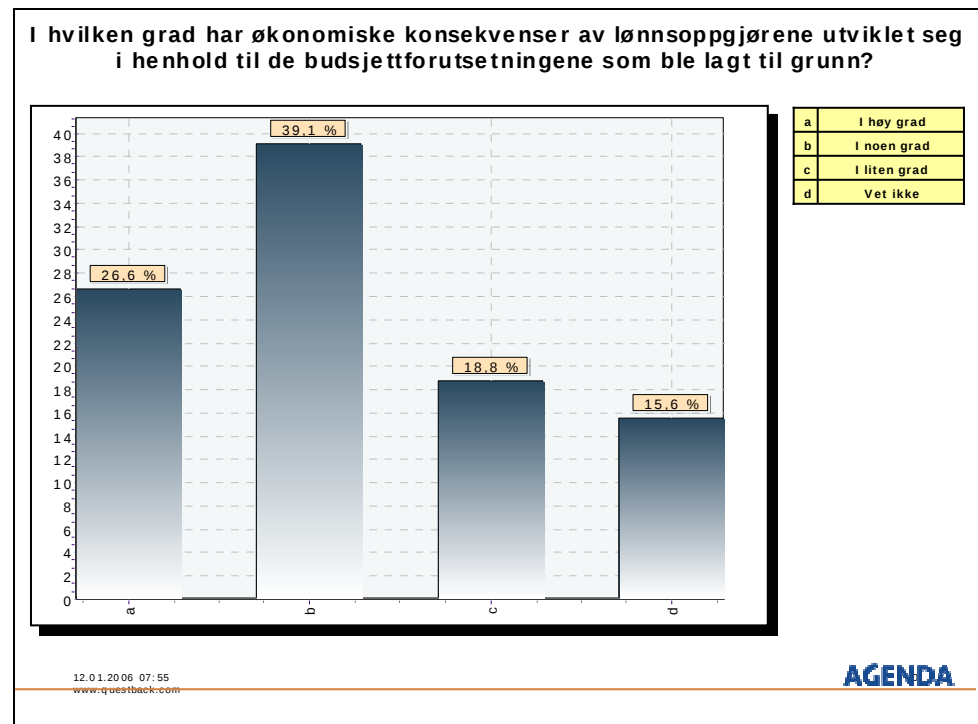
5.1 Har helseforetakene drøftet alternative utfall av lønnsoppgjør?



Det mest interessante ved denne svarfordelingen er kanskje at 39,1 % sier at alternative utfall av lønnsoppgjør ”i liten grad” ble drøftet. Når vi går nærmere inn i dette, viser det seg at 59,1 % av klinikk-sjefene svarer ”i liten grad”. Tilsvarende andel for foretaksledere er 28,6 %. For personalsjefer er andelen 32 %. Det viser seg altså at de personalsjefer og foretaksledere med stort flertall sier at slike saker ble drøftet forut for og i gjennomføringen av lønnsoppgjør. At svarene er annerledes fra klinikk-sjefene tyder på at de ikke har deltatt i eller vært informert om slike drøftinger.

Om vi her ser på den gruppen som har hatt verv i NAVO, blir bildet enda mer tydelig ved at kun 23,5 % sier at slike drøftinger i liten grad fant sted.

5.2 Har konsekvenser av lønnsoppgjør utviklet seg i henhold til budsjettforutsetninger?

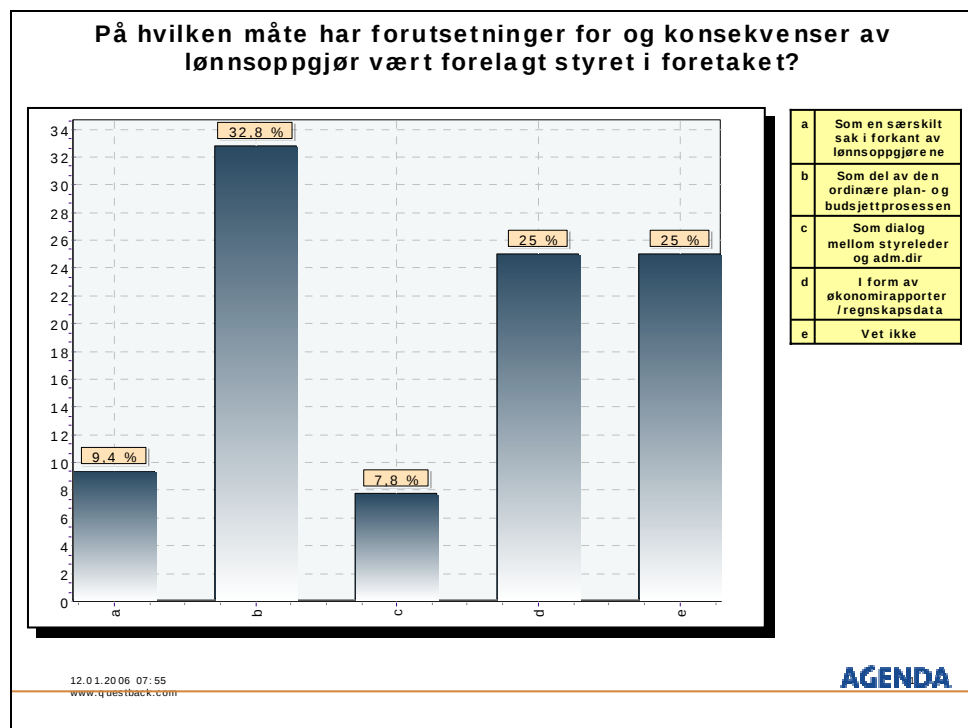


Det ser ut til at det for de fleste helseforetak er slik at de økonomiske konsekvenser i høy eller noen grad har utviklet seg i henhold til de budsjettforutsetninger som lå til grunn. På den andre siden kan man si at det er en del usikkerhet når 18.8 % sier "i liten grad og 15.6 % sier de ikke vet. Gruppen "vet ikke" domineres av klinikkssjefer.

Neste spørsmål tar opp spørsmålet og om på hvilken måte forutsetninger for og konsekvenser av lønnsoppgjør er blitt forelagt styret.

Noen respondenter mener at det ikke har vært intensjonen at styrene i særlig grad skulle involveres i forkant av lønnsoppgjør. Prosedyren er i så fall at arbeidstakerrepresentanter ikke skal delta i denne del av møtet.

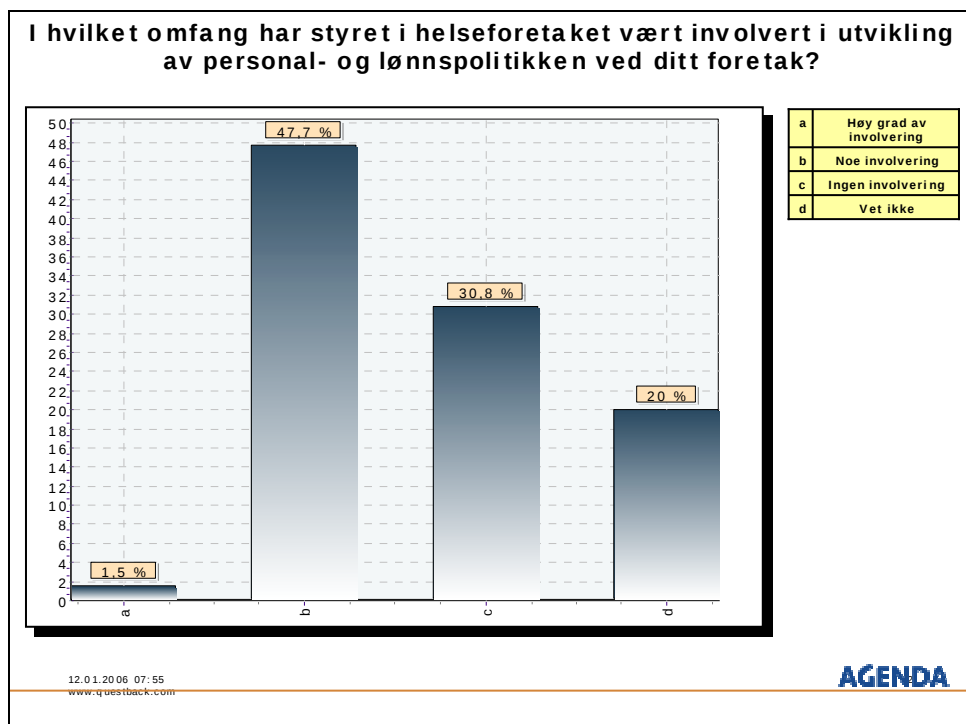
5.3 På hvilken måte har styret vært involvert?



Om vi her begrenser analysen til den gruppen som har best forutsetninger for å svare på dette spørsmålet, nemlig foretakslederne, ser vi at det interessante at 20 % sier at det har vært dialog mellom styreleder og foretaksleder og 6,7 % sier at det har vært særskilt sak i forkant av oppgjørene. Vi har undersøkt om det er forskjeller mellom regionene på dette punkt. Det ser ut til at disse formene for involvering i forkant ikke er benyttet i Helse Sør. I Helse Øst er det i noen grad benyttet muligheten til dialog mellom styreleder og foretaksleder (ved ett av fem foretak). Helse Vest rapporterer å ha benyttet begge disse formene med. På ett foretak har det vært særskilt styresak i forkant, og ved to foretak har det vært dialog med styreleder.

Vi har gått litt videre i analysen av styrets rolle ved å spørre: ”I hvilket omfang har styret i helseforetaket vært involvert i utvikling av personal- og lønnspolitikken i ditt foretak?”

Den totale svarfordelingen på dette spørsmålet er som følger:



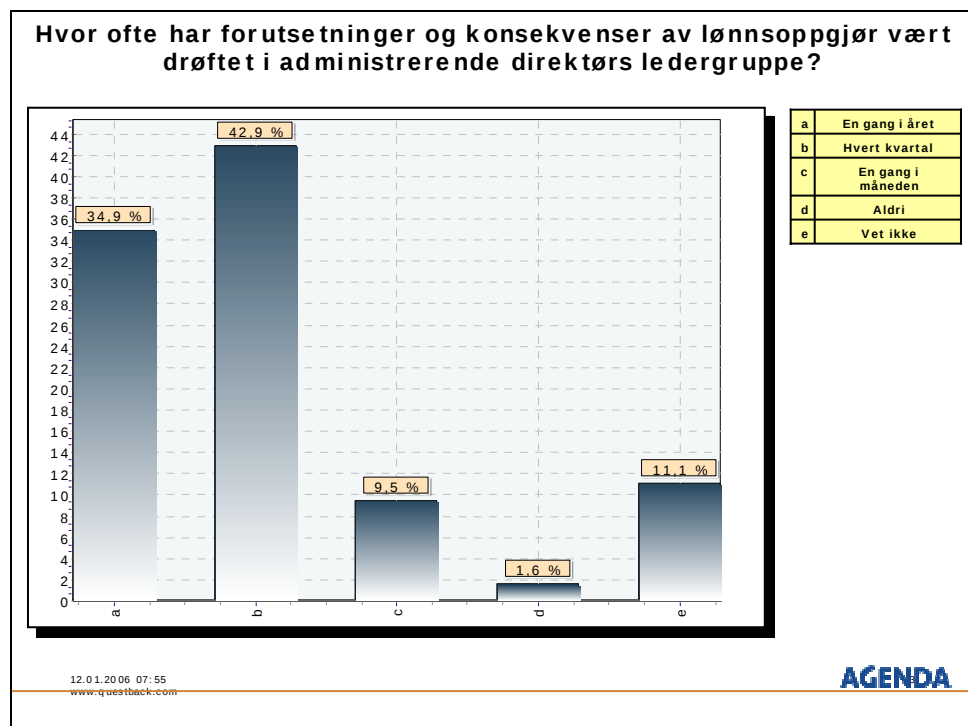
Vi har her en hypotese om at personalsjefene burde være godt informert om dette og har sett på svarfordelingen i denne gruppen.

Svarfordelingen er her at 60 % sier "noe involvering" og 40 % sier "ingen involvering". Det ser ikke ut til å være noen signifikante forskjeller mellom regionene på dette spørsmålet, dvs at det i alle regioner er en spredning mellom "noe involvering" og "ingen involvering". Vi regner med at svarfordelingen gjenspeiler svarene på spørsmålet foran, dvs at styrene involveres som del av den ordinære plan- og budsjettprosessen og i form av økonomi- og regnskapsrapporter.

Det er også forutsatt at lønns- og personalpolitikk i stor grad skal være delegert til administrasjonen.

Neste spørsmål tar opp frekvensen i drøftinger av saker vedrørende lønnsoppgjør i direktørens ledergruppe.

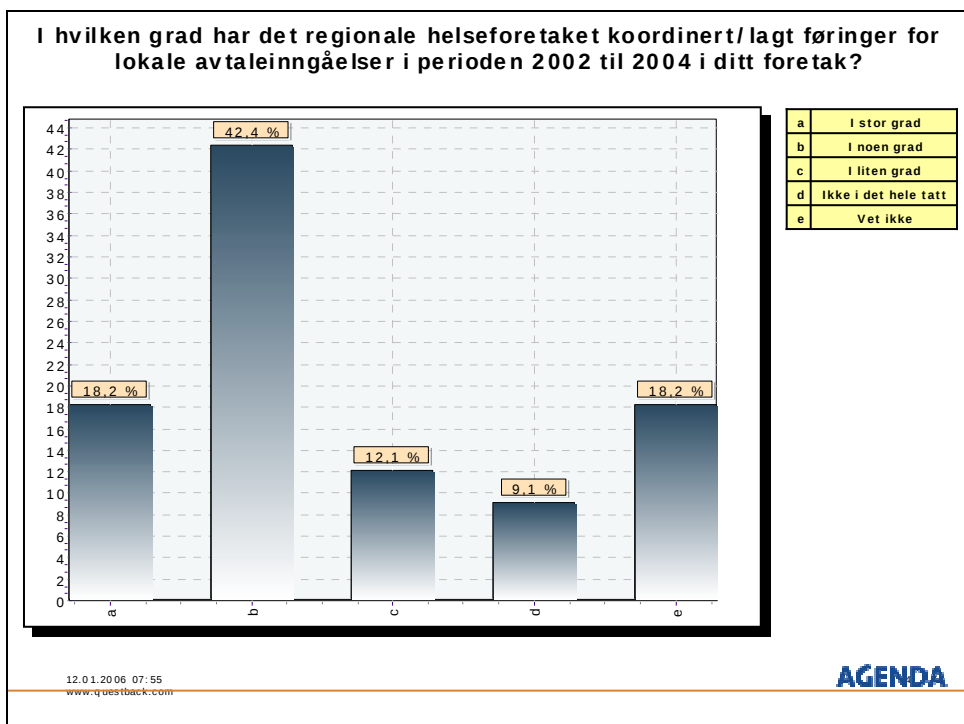
Her får vi følgende svarfordeling:



Om vi her ser på svarfordelingen blant foretaksledere, ser vi at bildet er omtrent det samme som i grafen over. 50 % rapporterer at det skjer drøftinger hvert kvartal og 28,6 % sier at det skjer en gang i året. Ingen av foretakslederne svarer "aldri".

Vi har registrert hypoteser om at de regionale helseforetakene i ulik grad har koordinert og/eller lagt føringer for lokale avtaleinngåelser.

På bakgrunn av dette stilte vi spørsmålet: "I hvilken grad har det regionale helseforetaket koordinert/lagt føringer for lokale avtaleinngåelser i perioden 2002 til 2004 i ditt foretak".



Tendensen i materialet er at dette har skjedd ”i noen grad”. For å se om det er regionale forskjeller har vi sett på gruppen foretaksledere og personalsjefer regionvis.

Svarene er her ikke lett å tolke fordi det er ulike oppfatninger av spørsmålet i alle regioner. I både Sør, Øst og Vest er det en mindre andel respondenter som svarer ”i stor grad” mens også her ligger tyngdepunktet på ”noen grad”. I Sør og Øst er det også en mindre andel som svarer ”i liten grad”. For Nord og Midt er svarfordelingen om lag jevn mellom ”i stor grad” og ”i noen grad”.

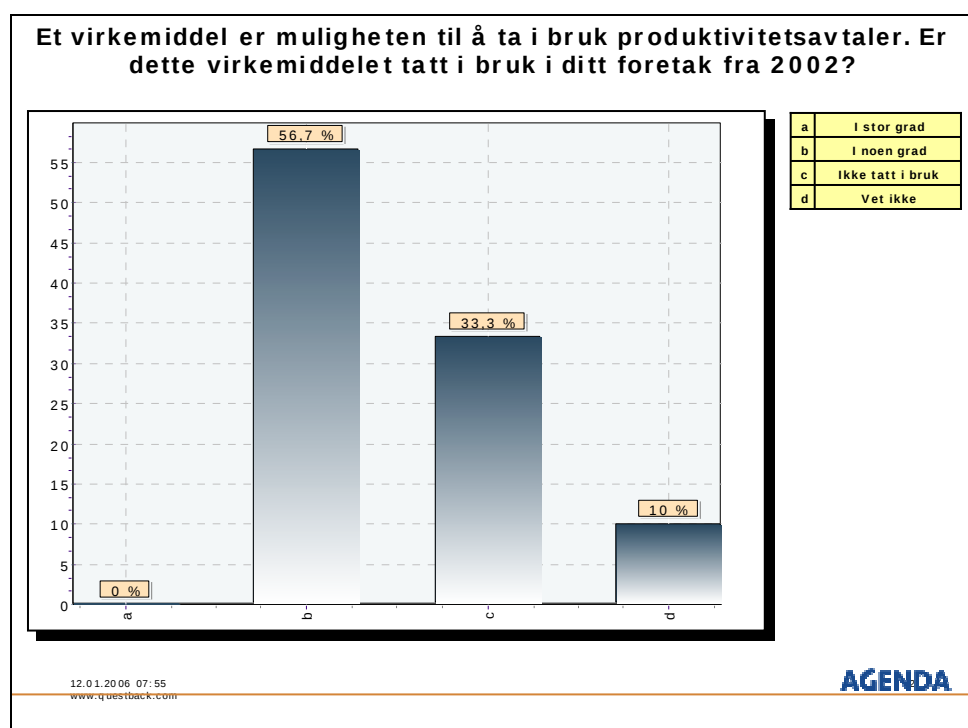
På bakgrunn av denne spredningen er det vanskelig å ha en klar oppfatning om graden av styring fra RHF, unntatt det at det synes å være en oppfatning at det har skjedd koordinering i alle regioner.

6 Om lokale produktivitetsfremmede tiltak

Dette underkapitlet viser resultatene på de spørsmål som omhandler det lokale avtaleverkets innvirkning på styring av produktiviteten.

Som nevnt foran vurderer respondentene at implementering av overenskomstene i noen grad har påvirket eller lagt grunnlag for styring av aktiviteter og ressursbruk. Det er derfor naturlig å gå videre å se nærmere på de lokale virkemidlene.

Innledningsvis spør vi om produktivitetsavtaler er tatt i bruk.



Her er svarfordelingen slik at det fordeler seg mellom ”i noen grad” og ”ikke tatt i bruk”. Om vi ser på hva personalsjefene har svart på dette spørsmålet, er svarfordelingen omtrent den samme som i grafen over.

Sju av personalsjefene har benyttet muligheten til å kommentere dette spørsmålet. Vi gjengir disse merknadene i sin helhet fordi de gir innsikt i noen sentrale problemstillinger.

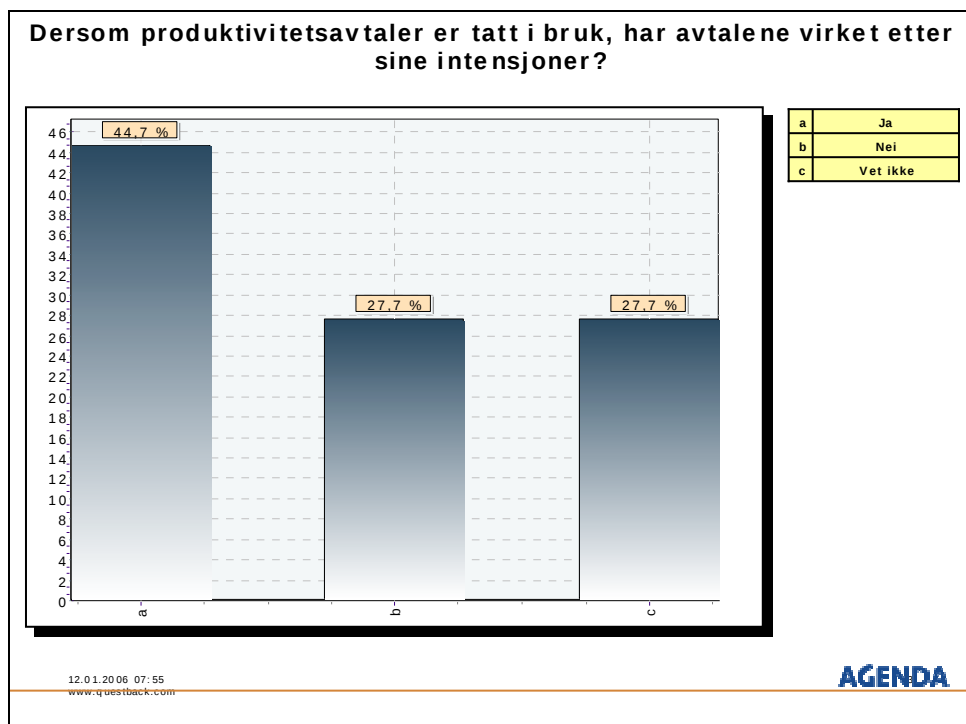
- *Benyttes for ulike grupper til særskilte pasientrettede tiltak utover den ordinære arbeidstid. Avtalene inngås lokalt i samråd med aktuelle arbeidstakerorganisasjoner*

- *Tanken var bra. Problemet var at NSF sentralt skulle styre bruken av disse og dermed blei timene ein skulle kjøpe utover normal arbeidstid for kostbare.*
- *Relaterer spørsmålet til legegruppen og da er svaret nei.*
- *Produktivitetsavtaler for Dnlf har lett overslag for andre grupper som deltar i produksjonen og er derfor avhengig av sterk lokal styring og oversikt*
- *Her må en se på sammenhengen og forståelsen av produktivitetsavtaler. Dersom en skal etablere kostbare produktivitetsavtaler som innebærer utnyttelse av ressursene på f.eks. kveldspoliklinikker må ikke dette føre til at deler av tiden på kvelden skal avspaseres på ordinær dagtid.*
- *Enkelte fagforeninger ønsker ikke at det skal inngås lokale produktivitetsavtaler, men ønsker at fagforeningene sentralt skal kontrollere disse avtaler. Dette gjelder primært Norsk Sykepleierforbund. Vi som lokal arbeidsgiver ønsker ikke å skulle måtte forholde oss til fagforeningen sentralt i slike saker.*
- *For SAN er det gjort ved mange helseforetak. For leger er det inngått aktivitetsbaserte avtaler, ofte i tidsavgrensede prosjekter.*

Fra to av klinikkjefene er det gitt følgende merknader:

- *Dette ble stort sett avtaler som gav mer lønn og liten endring i produktiviteten.*
- *Avtaler har vært benyttet til å ta unna ventelister m.m. - har oppnådd dette.*

I det neste spørsmålet spør vi de som har tatt i bruk produktivitetsavtaler om disse har virket etter intensjonen.



Her viser svarfordelingen at en stor andel ikke vet og en like stor andel svarer nei. Andelen som svarer ja er 44,7 %.

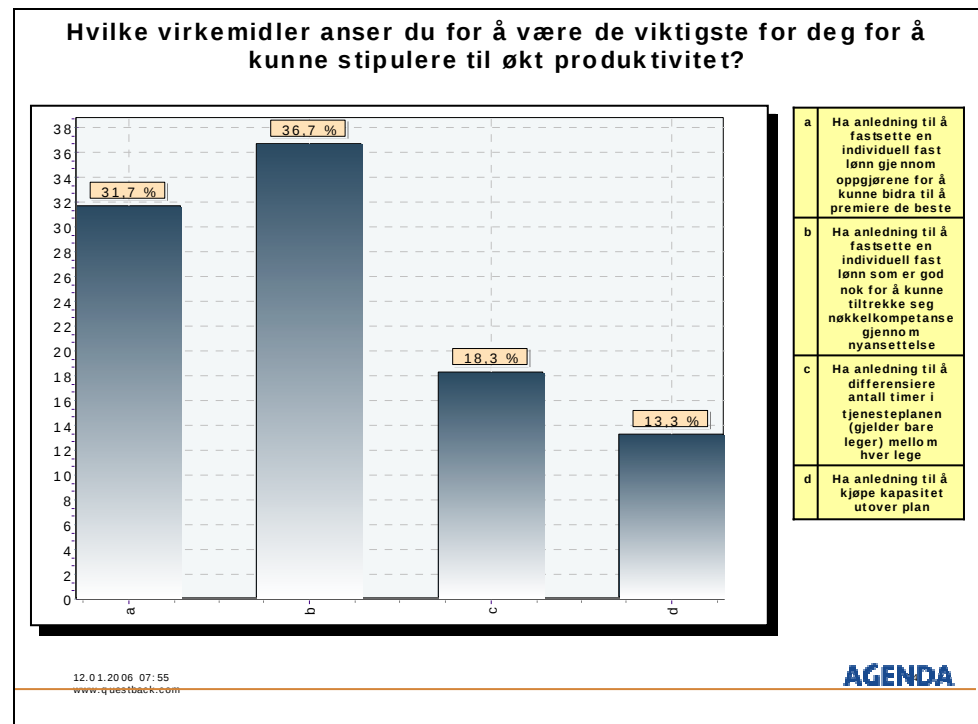
De få som har kommentert dette faller i to grupper. Noen sier at det har fungert i forhold til å ta unna ventelister mens andre er skeptiske til resultatene og ser tendenser til at det ga ”mer lønn og liten endring i produktivitet”.

Vi har forsøkt å se om det er regionale ulikheter i synet på om produktivitetsavtaler har virket etter intensjonene. Vi ser her at respondentene fra Helse Sør er det som er mest positive. Her svarer 66,7 % at avtalene har virket etter intensjonene. For Helse Midt er det 44,4 % som er positive. Tilsvarende svarfordeling for Øst og Vest er 37,5 % og 28,6 %. På grunn av lav svarandel fra Helse Nord er svarene her ikke angitt.

Produktivitetsavtaler er ikke det eneste virkemidlet som kan påvirke produktiviteten. I det neste spørsmålet lanseres fire hypoteser:

- (a) Ha anledning til å fastsette en individuell fast lønn gjennom oppgjørene for å kunne bidra til å premiere de beste
- (b) Ha anledning til å fastsette en individuell fast lønn som er god nok for å kunne tiltrekke seg nøkkelkompetanse gjennom nyansettelse
- (c) Ha anledning til å differensiere antall timer i tjenesteplanen (gjelder bare leger) mellom hver lege
- (d) Ha anledning til å kjøpe kapasitet utover plan

Her er svarfordelingen følgende.



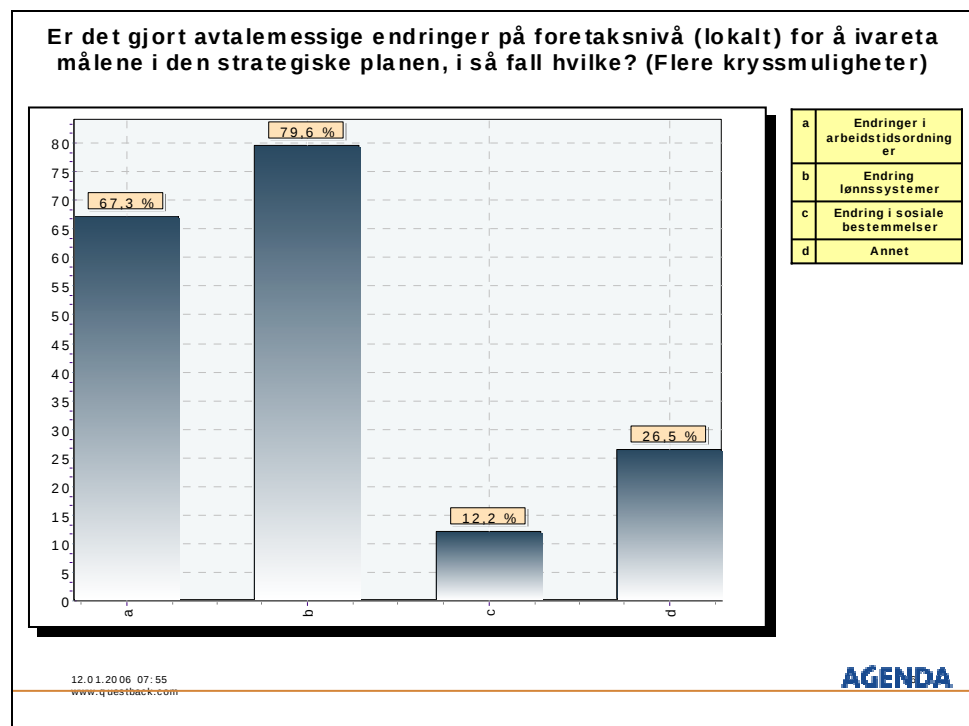
Det er særlig to virkemidler som får tilslutning, nemlig å kunne premiere de beste gjennom individuell lønn og å skaffe kompetanse gjennom nytilsetting.

Det kan her være interessant å se på svarene til klinikksefene, som sitter nærmest driften. Det viser seg her at de i stor grad stiller seg positive til nyrekruttering som virkemiddel, mens differensiering av tjenesteplaner får svært liten tilslutning, med 4,8 % og kjøp av kapasitet utover plan med 14,3 %. Dette kan gi en bekreftelse av hypotesen om at det synes vanskelig for klinikksefer å ta i bruk muligheten til i større grad å differensiere mellom enkeltpersoner ved oppsett av tjenesteplaner. Dette understøttes også av informasjon fra dybdeintervjuene.

7

Avtalemessige endringer

7.1 Hvilke avtalemessige endringer er gjort lokalt?

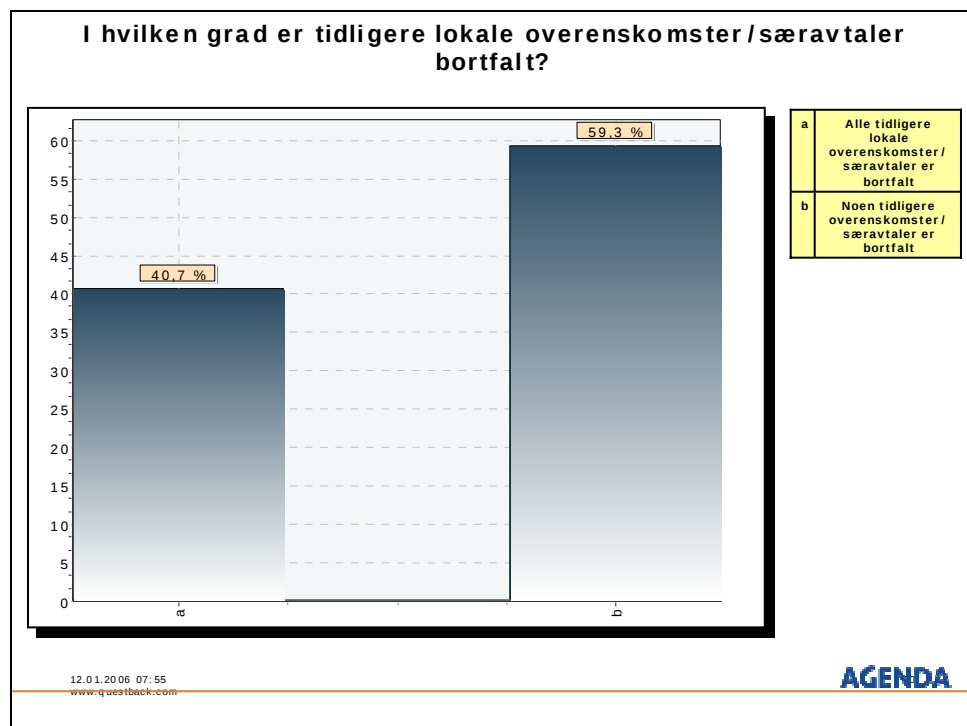


Svarene viser her at 79,6 % sier det er gjort endringer i lønssystemene lokalt mens 67,3 % nevner endringer i arbeidstidsordninger.

På spørsmål om hvilke avtalemessige endringer som er gjort lokalt nevnes ellers følgende typer endringer:

- Avtaler ifm vaktordninger/tjenesteplaner
- Produktivitetsavtaler med enkelte grupper
- Avtaler i forhold til å rekruttere og beholde personell
- Avtaler ift individuell avlønning
- Etablering av lønnskriterier for B-dels overenskomstene
- Etablering av arbeidstidsordninger
- Etablering av felles sosiale bestemmelser
- Avtaler ift ledere, bl.a. at de tas ut av overenskomstene
- Reduksjon av stillingskoder og lønnskategorier
- Systemer for kompetansebasert opprykk
- Utvikling av verktøy for lønssamtaler

7.2 I hvilken grad er tidligere lokale overenskomster/særavtaler bortfalt?



Svarene på dette spørsmålet viser at 40,7 % av respondentene sier at alle tidligere lokale overenskomster/særavtaler er bortfalt mens 59,3 % melder at det kun er noen tidligere overenskomster/særavtaler som er bortfalt.

I forhold til den siste gruppen synes det å være to ulike forhold. Det ene knytter seg til hvorvidt arbeidsgiver har rett til å fravike særavtaler som er inngått under det tidligere regime før avtalen utløper.

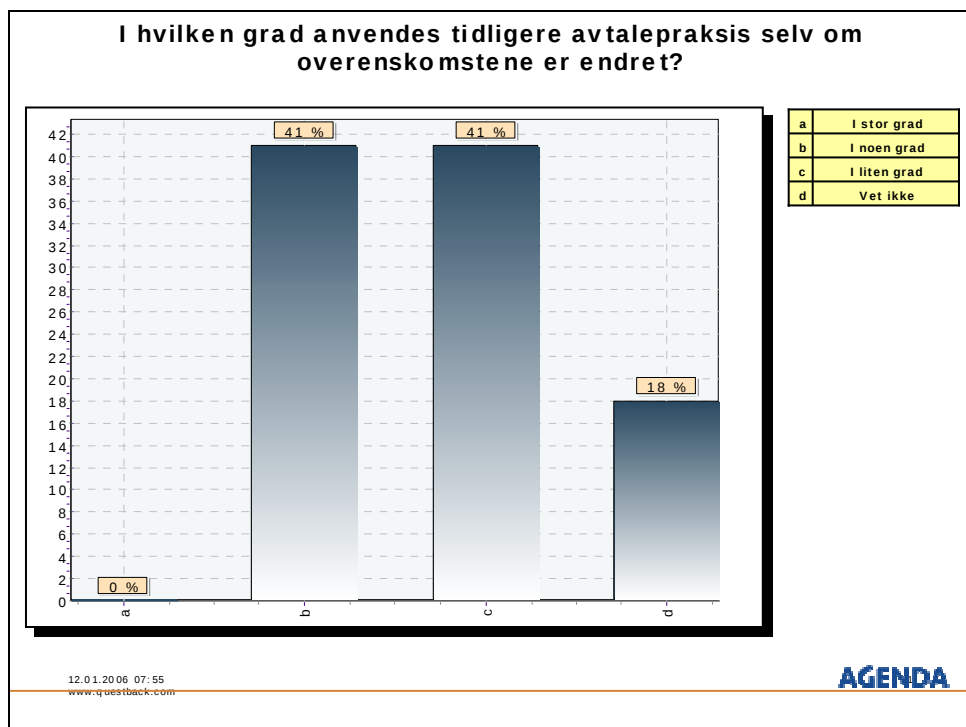
- Dnlf hevder at avtalene ikke er korrekt sagt opp.
- Vi har ikke lyktes å fjerne alle tidligere "bonuser" for å veksle mellom arbeidssted på ulike sykehus i foretaket
- Avtaler om kompetanseutvikling og støtte til dette (leger).
- Særavtale om kompensasjon for arbeid ved sikkerhetsavdeling. 7000,- pr år

Det andre forholdet er at noen foretak er kommet kortere enn andre i endringsprosessen.

- Spesielle lønnsvilkår som går på rekruttering og stabilisering i enskille grupper samt vaktordninger.
- Gamle særavtaler avvikles fortløpende - også etter 2004.

- *Vi jobber aktivt hele veien for å avvikle særavtaler som skriver seg fra før 2002.*
- *Sikringsbestemmelse m.h.t. Oslo kommunes gamle system*

7.3 Bibebehold av tidligere avtalepraksis



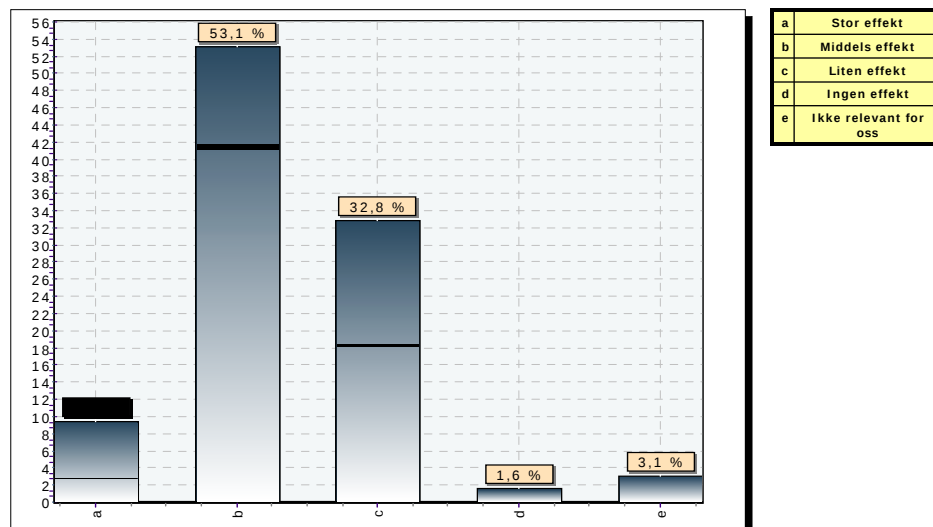
På dette spørsmålet fordeler svarene seg slik at 41 % sier at tidligere avtalepraksis benyttes ”i noen grad” mens en like stor andel sier ”i liten grad”. Hva som ligger i dette vår vi svar på gjennom klartekst-kommentarene. Her sies det blant annet:

- *Mentalt etterslep hos ledere (mange kommentarer)*
- *Motstand fra legene*
- *Felles forståing av praktisering av enskilte reglar der kor dette er uklart*
- *Manglende kompetanse på alternative muligheter*
- *Arbeidsgivers kompetanse (manglende) bidrar til at gammel tenkning og kultur videreføres*
- *Implementering tar tid i en stor organisasjon. Manglende kontrollordninger*
- *Manglende kompetanse på arbeidsgiversiden - Tett kobling mellom enkelte ledere og tillitsvalgte*
- *Dårlig lokal forankring - grad av regeltro forvaltningsregime*

- *Avtaleforståelse og etterlevelse krever godt lederskap og ledelse over tid*
- *Ikke hatt kapasitet til å gjennomgå/rydde opp i all tidligere avtalepraksis*
- *Ledere som er arbeidsgivere har brukt tid på å lære seg modellen både i forhold til ansvar og myndighet*
- *Organisasjonene har ønsket opprettholdt gammel praksis inntil en kan skape trygghet for at ny praksis kan gjennomføres der det er god kompetanse hos begge parter*

7.4 Effekter ift å rekruttere og beholde

Vurder lønnsoppgjørenes og de lokale virkemidlenes effekt for rekruttering og beholde nøkkelpersonell i ditt helseforetak

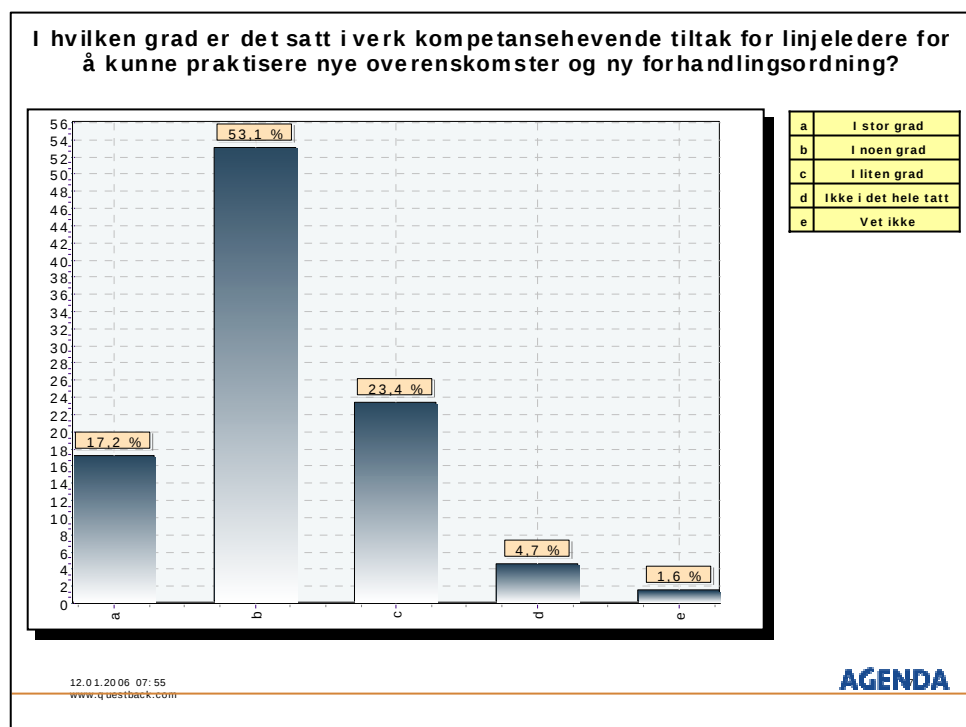


12.01.2006 07:55
www.questback.com

AGENDA

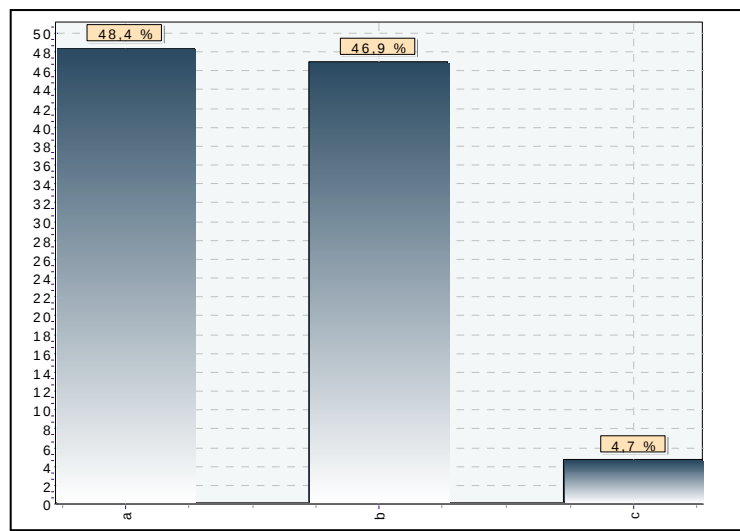
Om lag 60 % av respondentene mener at lønnsoppgjør og lokale virkemidler har hatt stor eller middels effekt. I underkant av 35 % sier at det har hatt liten eller ingen effekt.

8 Forankring og kompetanse



Oppfatningen blant et flertall på rundt 70 % er at det er satt i verk kompetansehevende tiltak for linjeledere. Om vi ser på linjeledere på nivå 2, er svarfordelingen noe annerledes, ved at de positive svarandelen synker til 52 %.

Er det iverksatt tilstrekkelige tiltak innenfor ledelse og styring for å kunne ta i bruk / følge opp endringer gjort i det samlede avtalesystemet?



a	Ja
b	Nei
c	Vet ikke

12.01.2006 07:55
www.questback.com

AGENDA

På dette spørsmålet deler respondentene seg i to like store grupper, ved at 46,9 % svarer nei på spørsmålet. På dette spørsmålet er det ikke signifikante forskjeller mellom ulike grupper.

Evaluering av den valgte organiseringen av arbeidsgiversiden innenfor spesialisthelsetjenesten

Vedlegg 2 - Legeoppgjøret 2002 - 2003

AGENDA Utredning & Utvikling AS
Malmskrivervn 35 • Postboks 542 • 1302 Sandvika
Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01
Ref: 5230

Innhold

1	INNLEDNING	5
2	FAKTISKE ENDRINGER I AVTALEN	5
2.1	Hvordan var det system NAVO og foretakene overtok fra KS-systemet, staten og Oslo kommune?	5
2.2	Hvilke endringer er gjort i tariffavtaler og lønssystemer?	7
2.3	Hvordan har lønnsoppgjørene rent faktisk blitt gjennomført?	8
2.3.1	Hva ble forhandlet sentralt versus lokalt	8
3	LOKALE PROSESSER	10
3.1	Organisering og gjennomføring av de lokale forhandlingene	10
3.1.1	Assistentleger	11
3.1.2	Overleger	11
3.2	Hvordan og i hvilken grad har en brukt den forbedrede styringsretten?	12
3.2.1	Viktigste grep for å styre lønnskostnader for leger	12
3.2.2	Tilpasninger av tjenesteplanen	14
3.2.3	Individuell differensiering av lengden på tjenesteplanen	14
3.2.4	Mindre bruk av dyrt betalte vakansvakter	15
3.2.5	Bruk av produktivitetsavtaler	15
4	FAKTISKE ENDRINGER I LØNNSNIVÅ	16
4.1	Resultater fra dypdykkene	16
4.1.1	Endring i lønnsnivå og lønnskostnader for leger	16
4.2	Endring på nasjonalt nivå	18
4.2.1	Endring fra 2002 til 2004	19
4.2.2	Årsaker til avvik	19
4.2.3	Resultatet av oppgjøret og forhandlingen framover	20

5	FORHOLDET MELLOM ENDRING AV LØNNS- KOSTNADER OG ENDRING AV AKTIVITET	21
5.1	Sykehuset Telemark HF- medisinsk avdeling	21
6	KONSULENTENES VURDERING	22
6.1	Lønnsoppgjøret 2002/03	22
6.1.1	Lønnsnivå for den fast avtalte arbeidsplanen	22
6.1.2	Uttak av effekter av den forbedrede muligheten til styringsrett	22
6.1.3	Forholdet mellom endring av lønnskostnader og endring av aktivitet	23

1 Innledning

Dette dokumentet er delt i fem deler:

- I avsnitt 2 tar vi for oss de faktiske endringene i avtalene, prosessen sentralt og hvilke forhold som ble forhandlet fram lokalt og sentralt. Dette er i stor grad bygget på eksisterende informasjon, blant annet fra NAVOs egen evaluering ¹
- Avsnitt 3 tar for seg de lokale prosessene, både selve forhandlingene, men også hvordan en lokalt har brukt mulighetene i den nye avtalen. Dette er først og fremst en oppsummering fra inntrykkene vi har fått gjennom dypdykkene.
- I avsnitt 4 ser vi på effektene av avtalen, i form av endring av lønnsnivå, først ut fra dybdedykkene, deretter nasjonalt, bl a annet basert på NAVOs evaluering
- I avsnitt 5 ser vi på endring i lønnskostnader samt innvirkning på produksjon i den utstrekning datamaterialet rekker.
- I avsnitt 6 gir vi vår vurdering av årsakene til utviklingen.

2 Faktiske endringer i avtalen

2.1 Hvordan var det system NAVO og foretakene overtok fra KS-systemet, staten og Oslo kommune?

De ulike særavtalene for leger fra KS-systemet, staten og Oslo kommune var ved inngangen til 2002 oppbygd på nesten identisk måte.

I prosessene som ble gjennomført av NAVO for å få analysert legeavtalene opp mot ledelsesambisjonene i reformen, ble følgende problemer definert:

- At arbeidsgiver i realiteten ikke kunne håndheve sin styringsrett, fordi tidligere legeavtale var sterkt forankret i kollektive løsninger:
 - Ved at løsningen med kjøp av frivillig utvidet arbeidstid (FUA), var basert på kollektive prinsipper som ga lite rom for å kjøpe utvidet arbeidstid fra den enkelte lege.
 - Ved at justeringer på arbeidstid etc internt på avdelinger eller i divisjoner på et helseforetak, måtte aksepteres av tillits-

¹ NAVOS egen evaluering av arbeidet med å etablere avtaleløsninger for helseforetakene 2002 - 2004

- valgtapparatet. Fordi den tidligere kollektive særavtalen bidro til at legene oppfattet lønnen knyttet til slik utvidet arbeidstid som "fastlønn", førte dette til dels til krevende prosesser for å få aksept fra legene. NAVO fikk beskrevet tallrike eksempler på at sykehusene aldri kom til målet i slike prosesser
- Ved at arbeidsgiver ikke hadde styringsrett etter tidligere legeavtaler for den delen av tjenesteplanen som var bygget på timer ut over den regulerte alminnelig arbeidstid.
 - Den tidligere legeavtalen hadde en rekke tillegg som i ulik grad bidro til faste og delvis variable lønnselementer Dette gjorde avtalen administrativt krevende å forvalte, og foretakene ønsket derfor en forenkling av strukturen.
 - I tillegg innebar tidligere avtaler at arbeidsgiver lokalt var avskåret fra å inngå lokale avtaler med andre vilkår, ordninger og betalingssatser. Bestemmelser som først og fremst skyldes behovet for kostnadskontroll.
 - I tjenesteplanene oppsatt etter tidligere legeavtaler, steg timebetalingen etter omfanget av frivillig utvidet arbeidstid. Dersom legene arbeidet mer enn 10 timer frivillig utvidet arbeidstid per uke, fikk legene 200 % overtid i tillegg til timelønnen. Dette gjaldt også for annen type overtid – eksempelvis vakansvakter.
 - Dette innebar at lengden på tjenesteplanen var en svært viktig kostnadsfaktor for sykehusene og lønnsmessig for legene.
 - For å komme fram til en enighet om "totallønn" for en lege ble derfor etablering av kunstig lange tjenesteplaner brukt som et virkemiddel enkelte steder. Der dette ble brukt bidro dette til å underkrave tjenesteplanen som et styringsredskap for arbeidsgiver.

Konklusjonen etter en grundig gjennomgang med helseforetakene, var at det var nødvendig *for arbeidsgiversiden* å få koplet ut sentrale sider ved de tidligere kollektive avtalene, og komme over på større frihet for lokal lønnsfastsettelse og større individuell avtalefrihet.

Gjennom dialog med Dnlf, kom man blant annet på bakgrunn av en slik problemforståelse, etter hvert frem til enighet om flere grep som ville være hensiktsmessige i nye løsninger. Spesielt ble det fokusert på følgende forhold:

- Gi åpning for at man kan gjøre avtale med den enkelte lege om lønn og om arbeidstidsinnretting
 - Forenkle tidligere struktur med pålagt utvidet arbeidstid, tid til fordypning, diverse vakttillegg, kjøp av frivillig utvidet arbeidstid.
-

- Finne tiltak som reduserer både belastningen for legene og de økonomiske kostnadene knyttet til vakansvakter (i ny avtale i tilpasset form kalt uforutsette vakter).
- Legge forholdene til rette for mer dynamisk turnusplanlegging med "hjelpeturnuser" ved ferieavvikling, langvarig sykefravær etc.

2.2 Hvilke endringer er gjort i tariffavtaler og lønnssystemer?

Gjennom forhandlinger ble det oppnådd enighet om å etablere en helt ny struktur.

For det første ble arbeidsgivers styringsrett forbedret gjennom:

- Åpning for full avtalefrihet med den enkelte lege.
- Full styringsrett over innretting og lengde på tjenesteplanene

Når det gjaldt de enkelte lønnselementene ble det både gjort forenklinger og justeringer av nivå på følgende måte:

- (1) En innførte en "Basislønn" som skulle dekke:
 - Tidligere lønnstrinns plassering
 - Ulike rekrutteringstillegg
 - Utkvittering av alle tidligere lønnselementer knyttet til PUA
 - Utkvittering av tidligere "fiktive" lange tjenesteplanerBasislønnen består av en minimumslønn (avtalt gjennom A2 forhandlingene) + individuelle tillegg. Dette totale fastlønnselementet (som vesentlig er betaling for dagtid) ble økt for øke betalingen for dagtid og for å kunne redusere betalingen for utvidet arbeidstid (2) og vakansvakter (4)
 - (2) Én sats (andel av basislønn) for kjøp av utvidet arbeidstid, dels for at ta bort differensieringen ut fra lengden på tjenesteplanen og helst redusere nivået for betaling for utvidet arbeidstid og vakansvakter
 - (3) Bortfall av tidligere kompensasjon for arbeid på lørdag, søndag, natt, kveld, helligdag, med omlegging til en standard vaktlønn (andel av basislønn)
 - (4) Redusert avlønning for vakansvakter
 - (5) Spesiell avlønning av tidsavgrensede prosjekter som kunne bidra til ønsket midlertidige økninger i kapasiteten i form av produktivitetsavtaler
-

2.3 Hvordan har lønnsoppgjørene rent faktisk blitt gjennomført?

Selve lønnsoppgjøret for leger 02/03 ble gjennomført i følgende trinn/faser:

- Fase 1 (nasjonalt nivå I): A1-forhandlingene - overenskomstens generelle del som skulle forhandles mellom NAVO og hovedorganisasjonene og var felles for alle virksomheter innenfor overenskomstområdet (her NAVO-Helse).
 - A1-forhandlingene pågikk i perioden 9. april - 3. mai 2002 mellom NAVO og Akademikerne.
- Fase 2 (nasjonalt nivå II): A2-forhandlingene - særskilte lønns- og arbeidsvilkår for den enkelte forenings medlemmer som ble forhandlet mellom NAVO-helse og Den norske Lægeforening (Dnlf) (det eneste forbundet i Akademikerne som ønsket å føre nivå II (A2) forhandlinger).
 - A2-forhandlingene med Dnlf startet 3. mai og pågikk frem til 2. juni, etter en pause om sommeren i perioden fram til 5. september 2003
- Fase 3: B-forhandlingene - overenskomstens spesielle del som skulle forhandles mellom helseforetaket og Dnlf.
 - Ble gjennomført lokalt i tiden fram til fase 4.
- Fase 4: Resultatet av B-forhandlingene ble sendt de sentrale parter (Akademikerne og NAVO) som avsluttet forhandlingene om overenskomsten.
 - Avsluttende forhandlingsmøte med undertegning ble holdt 31.1. 2003.

2.3.1 Hva ble forhandlet sentralt versus lokalt

I oppgjøret sentralt (A2- forhandlingene) ble det forhandlet fram:

- En endret lønnsstruktur og forbedret styringsrett for arbeidsgiver
 - Minimum basislønn for overleger og assistentleger
 - For assistentleger differensiert etter lengden av gjennomført spesialisering
 - Satser for de fleste av de øvrige sentrale lønnsselementene for *assistentlegene* i form av:
 - 0,025 % av basislønn per time i vaktlønn som tillegg for vakttid (enten aktiv eller omregnet tid, hvor omregningsfaktoren også er forhandlet fram sentralt)
 - 0,13 % av basislønn per timer for uforutsatte vakter som et minimum
-

- 0,08 % av basislønn per time for tilfeldige vakter som et minimum

Ett unntak var satser for utvidet arbeidstid, men her man i realiteten lagt satsen for tilfeldig overtid til grunn som et minimum²

Oppgaven lokalt (B-forhandlingene) inneholdt følgende elementer:

- Forhandle fram basislønn (individuelt) og satser (angitt ovenfor) som ikke var forhandlet sentralt
- Innarbeide avtaleforhold og utarbeide tiltak for blant annet å få til:
 - Lavere uttelling og omfang av ekstravakter
 - En effektivisering av arbeidstiden i forhold til tjenesteplaner

Den allmenne oppfatning er imidlertid at de *minimumssatser som ble forhandlet fram sentralt for assistentlegene var så høye* at det ikke var rom for vesentlige³ tillegg utover dette i de lokale forhandlingene. Dvs at endringen av lønnsnivå for assistentlegene for den fast avtalte arbeidsplanen (forutsatt uendret lengde på tjenesteplan) *i realiteten ble forhandlet fram sentralt.*

Forhandlingene med overlegene var mer reelle lokalt, både vedrørende nivå på sentrale satser og når det gjeldt muligheter til reell individuell lønnsfastsettelse gjennom bruk av individuelle tillegg.

- Alle representantene fra foretakene vi har snakket med hadde, bl a ut fra større problem vedrørende rekruttering, et ønske om å gi minst like god uttelling for overlegene som for assistentlegene.
- Uttellingen ble derfor mer avhengig av forholdet mellom dette ønske og behovet/kravet om stramhet i oppgjøret.

I realiteten ble derfor alle de viktigste elementene som bidro til endringene i lønnsnivå (gitt undret nivå på tjenesteplaner og vakansvakter) for legene *forhandlet sentralt*, mens en lokalt skulle søke å få effekt av den forbedrede muligheten til styringsrett som var lagt til rette for i de sentrale forhandlingene.

² Dog ikke helt uten unntak, da en ved i hvert fall ett foretak har lagt seg under når det gjelder sats. (0,075 %)

³ Det finnes noen unntak. Enkelte steder har men av bl.a. av rekrutteringsmessige hensyn gått utover de sentrale avtalen lokalt.

3 Lokale prosesser

Som det framgår av foregående avsnitt ble de viktigste elementene som bidro til endringene i lønnsnivå (gitt uendret nivå på tjenesteplaner og vakansvakter) for legene *forhandlet sentralt*, mens en lokalt skulle søke å få effekt av den forbedrede muligheten til styringsrett som var lagt til rette for i de sentrale forhandlingene.

I dette avsnittet ser vi derfor nærmere på hvordan en organiserte og gjennomførte forhandlingene, hvorfor en opplevde at rammene vedrørende lønnsnivå (gitt uendret nivå på tjenesteplaner og vakansvakter) ble lagt sentralt og i hvilken grad en har utnyttet den forbedrede styringsretten.

3.1 Organisering og gjennomføring av de lokale forhandlingene

Det typiske er at de lokale forhandlingene ledes og organiseres fra personalavdelingen og at en har nivå 2 ledere (avdeling/klinikkssjef) med i forhandlingsdelegasjonen. Et av foretakene avviker fra dette ved at det er administrerende direktør, økonomi- og personaldirektør som utgjør ledelsens forhandlingsdelegasjon – et fast utvalg også utenom også forhandlingene.

Under forhandlingen – inklusive de to rundene med legeforhandlinger – er det ved alle foretakene løpende kontakt mellom administrerende direktør og forhandlingsleder (hvis dette ikke er administrerende direktør) vedrørende rammer. Dette forankres ved noen av foretakene også til styret i form av uformell kontakt mellom administrerende direktør og styreleder.

Den typiske forhandlingen i forbindelse med legeoppgjørene⁴ foregikk på følgende måte⁵:

- (1) Først ble det forhandlet på foretaksnivå om rammer
 - Fordelt til generelle tillegg. Utformet konkret i form av minimumslønn med eventuelle generelle tillegg, satser for forlenget arbeidstid, vaktlønn med mer. I tillegg var kriterier for bruk av uforutsette vakter viktig
 - Fordelt til individuelle tillegg

⁴ Hovedsakelig er dette bygget på informasjon fra 02/03 oppgjøret, da oppgjøret i 05 ikke var i havn før i slutten av prosjektperioden og vi derfor bare har fått informasjon basert på denne erfaringen fra et par av foretakene.

⁵ Her brukes termer som rammer, tillegg og potter som ikke hører hjemme i et system bygget på individuell lønnsdannelse. Disse er imidlertid brukt her fordi det er disse begrepene som våre respondenter har brukt overfor oss.

- (2) Deretter laget en eventuelle kriterier for individuelle tillegg, f eks
 - Funksjon
 - Utdanning
- (3) Deretter diskuterte en som regel pottens fordeling mellom klinikker /avdelinger
- (4) Deretter gjennomførte lederne en prosess ute i sine klinikker/avdeling
- (5) Til slutt ble det avholdt et sluttmøte, hvor man kontrollerte at kriteriene partene ble enig om ble fulgt i praksis.

3.1.1 Assistentleger

Ved 2002/03 oppgjøret for leger oppgir alle foretakene at de minimums-satser som ble forhandlet fram sentralt for assistentlegene var så høye at det ikke var rom for vesentlige tillegg utover dette i de lokale forhandlingene. Det betydde at rammen for assistentlegene var av generell art og at det ikke var rom for individuelle tillegg (dvs at punkt 2-4 ikke ble gjennomført for leger under utdanning).

Foretakene oppgir at den eneste måten å påvirke lønnsnivået (gitt uendret nivå på tjenesteplaner og vakansvakter) for assistentlegene gjennom B-dels forhandlingene var:

- Kompensasjon for utvidet arbeidstid. Her har de fleste foretakene lagt seg på den sentralt avtalte satsen for tilfeldig overtid
- Definisjon av uforutsett vakt, som er viktig for hvor stor andel av vakansvaktene som blir uforutsette og tilfeldige vakter. Dette var viktig for kostnadsnivået fordi uforutsatte vakter godtgjøres vesentlig bedre enn tilfeldige vakter. I sin karakter oppfatter vi at dette ligger i begrepet forbedret styringsrett og derfor er tatt med der.

3.1.2 Overleger

For overlegene var det store forskjeller i hvordan prosessen har foregått både vedrørende graden av reell lønnsfastsettelse og reel innflytelse fra klinikk/avdelingssjefsnivå:

- Ved to av foretakene har den foregått via de fem angitte stegene. Dvs at det har vært klinikkssjef/avdelingssjef som har hatt den reelle beslutningsmyndigheten vedrørende den lokal lønnsfastsettelsen.
 - Ved ett av disse foretakene er også klinikkleder formell avtalepart.
 - Ved ett av de andre foretakene ble også prosessen gjennomført via de fem beskrevne stegene. Her var imidlertid regien sentralt med begrenset innflytelse fra avdelings/klinikkssjefnivå.
-

- Ved ett av foretakene har en ikke praktisert reel individuell lønnsfastsettelse, men fordelt alt i steg (2) i form av en kombinasjon av tillegg etter funksjon, ansiennitet etc.
- Ved det siste av de fem foretakene ble alt fordelt i steg 2 i oppgjøret for 2002/03, mens en i oppgjøret i 05 har kjørt en prosess via de fem angitte stegene.

Tilbakemeldingen fra klinikk/avdelingsledernivå er at en er svært positiv der en har gjennomført prosessen med individuell lønnsfastsettelse i egen regi – i tråd med intensjonen om lokal lønnsdannelse.

Ved de øvrige foretakene er avdelings-/ klinikkssjefene misfornøyd med den manglende mulighet til lokal individuell lønnsfastsettelse. Spesielt misfornøyd var en i foretaket som også gjennomførte den samme prosessen i sykepleieroppgjøret for 2002 – da en i motsetning til oppgjøret for 2004 fordelte noe av tilleggene lokalt.

Når det gjelder nivået på oppgjøret og forholdet til det sentraliserte oppgjøret opplyser fire av foretakene at oppgjøret for overlegene ble på nivå med det sentralt forhandlede assistentlegeoppgjøret – et oppgjør som alle oppfattet ble for dyrt. Dette skyldes at en ikke ønsket å gi overlegene, som de er sterkest avhengig av, et dårligere oppgjør enn assistentlegene.

For det femte foretaket ble økonomien tillagt noe mer vekt, slik at en endte ut med et oppgjør for overlegene som var noe lavere enn oppgjøret for assistentlegene.

3.2 Hvordan og i hvilken grad har en brukt den forbedrede styringsretten?

Dette underavsnittet er todelt:

- Innledningsvis redegjør vi for de viktigste grepene som skal til for å styre lønnskostnadene for leger og hvordan våre respondenter mener den nye avtalen har forbedret muligheten til det.
- Deretter beskriver vi i hvilken grad foretakene har tatt i bruk den forbedrede styringsretten.

3.2.1 Viktigste grep for å styre lønnskostnader for leger

Det er generell enighet om at de viktigste grepene for å styre lønnskostnadene for leger er følgende:

- (1) Bruke lokal "pott" til å premiere medarbeidere som i best mulig grad bidrar til å nå målene.
 - Som det framgikk av foregående avsnitt har dette i varierende grad blitt gjennomført

- (2) Få kontroll over disponeringen av arbeidstiden ved å omgjøre lengden av tjenesteplanen fra å være et lønsspørsmål⁶ til å bli ett uttrykk for behovet for arbeidskraft. Når det er plass:
 - Differensiere lengden på tjenesteplanen mellom ulike leger ut fra behov for spesialkunnskap og dyktighet
 - Etablere hjelpeturnuser i tiden med mindre aktivitet, dvs først og fremst ved ferieavvikling
- (3) Målrette bruken av tid utenfor planen til å ta ekstraordinære topper, eksempelvis ekstraordinær poliklinikk for å få ned lange ventelister
 - Bruk av produktivitetsavtaler har her vist seg som et godt egnet redskap for å ta slike topper – spesielt for oppgaver som gir grunnlag for deling av ekstrainntekter, dvs først og fremst poliklinikk og dagkirurgi
- (4) Få redusert ekstravakter, og når det inntreffer, sørge for et laveste betalingssats gjelder.
 - Dette innebærer bl.a. styring av når en skal ha anledning å gå på kurs, ta ferie etc (og tidspunktet for varsling av kurs m.v.)
 - Innføring av hjelpeturnuser i forbindelse med ferieavvikling er her viktig.
 - Utforming av kriterier for kunne utløse en uforutsett vakt (som er godt honorert i motsetning til ledige vakter som er mindre honorert).

I forhold til utøvelse av styringsretten synes det å være stor enighet fra våre informanter⁷ at følgende forhold påvirker muligheten til å styre legeressursene:

- Ledernes holdinger og skoloring i arbeidsgiverspørsmål, dvs *viljen og evnen til å være arbeidsgiver*
- Rekrutteringssituasjonen, som i sterk grad påvirker lederens *mulighet* til å bruke styringsretten

I den sammenheng oppfattes den forbedrede styringsretten som en fikk gjennom avtalen i 02/03 som et viktig bidrag.

Men det var ikke et mer vesentlig bidrag enn at:

- Klinikkk-/ avdelingssjefer som i sterk grad ivaretok rollen som arbeidsgiver før reformen i 2002, ikke hadde sett tidligere avtaler som noen vesentlig hindring for å kunne utøve styringen.
- Klinikkk-/ avdelingssjefer som leder avdelinger og klinikker med rekrutteringsproblemer ikke oppfatter den forbedrede styringsretten

⁶ Ved de enheter der en hadde denne problemstillingen

⁷ Basert på dybdeintervjuene og spørreundersøkelsen

til å være tilstrekkelig til at det er mulig å styre ressursbruken fullt ut.

I resten av avsnittet beskriver vi hvordan representanter for foretakene beskriver viljen og muligheten til å gjennomføre de ulike styringsgrepene.

3.2.2 Tilpasninger av tjenesteplanen

- Ved ett av foretakene (stor klinisk enhet) har en gjort mindre tilpasninger ved å knipe noen timer her og der underveis.
- Ved en noe mindre avdeling har en hatt en gradvis økende aktivitet som har gjort det mulig å øke lengden av planen litt etter hvert, dels gjennom en økning av antall leger, dels gjennom en endring av lengden av tjenesteplaner.
- Ved en tredje avdeling (liten enhet) har en ikke gjort endringer i planen fordi den både før og etter reformen har hatt en plan en som oppfatter er godt tilpasset
- Ved en fjerde enhet (laboratorienhet) ble legeoppgjøret meget vanskelig, fordi avtalen først og fremst er utformet for kliniske avdelinger. De kom i mål med et lønnsoppgjør på akseptabelt nivå først etter at deler av den forlengede tjenesteplanen ble ”omgjort” til beredskapstillegg med et kronebeløp. Denne planen er senere ikke endret.
- Ved den siste enheten har en hatt store rekrutteringsproblemer, slik at det ikke er ”trimming” av planen, men å få leger nok til å gjennomføre planen, som har vært den viktigste utfordringen. I andre deler av det samme foretaket har en foretatt en gjennomgang av alle turnus- og tjenesteplaner (med sentral godkjenning og ved bruk av felles elektronisk turnusplansystem) for å sørge for felles mal og at vernebestemmelsene blir overholdt.

3.2.3 Individuell differensiering av lengden på tjenesteplanen

- Ett av foretakene ønsket å differensiere lengden på tjenesteplanene i forbindelse med oppgjøret, men måtte gi opp på grunn av motstand fra legene.
 - Ved et annet foretak kan en se behovet for en viss differensiering, men oppfatter ikke ”gevinsten” til å være stor nok i forhold til den antatte misnøyen blant legene det antas å representere.
 - Flere av de andre foretakene oppfatter ikke dette som et egnet virkemiddel fordi lange tjenesteplaner ikke oppfattes som en rettighet, men en plikt for å få en drift med høy grad av vaktbelastning til å gå rundt.
-

3.2.4 Mindre bruk av dyrt betalte vakansvakter

To av foretakene har satset bevisst på å få redusert kostnadene til vakansvakter:

- Ett foretak har gjennom en snever avtalt definisjon av uforutsett vakt klarte å få andelen uforutsette vakter ned i ca 30% av totalt antall vakansvakter i 2004.
- Et annet foretak har, ved et bevist fokus på reduksjon av omfanget av vakansvakter gjennom tiltak som hjelpeplaner og streng praksis vedrørende premisser på å delta på kurs, fått redusert omfanget av vakansvakter betraktelig

Ved en tredje virksomhet opplyses det at betaling etter høyeste sats ved fravær/ferie er nødvendig som et gode i avdelinger med høy vaktbelastning.

3.2.5 Bruk av produktivitetsavtaler

Produktivitetsavtaler er i bruk i alle de fem foretakene. De brukes stort sett utelukkende når det oppstår uakseptable ventetider innenfor poliklinikk – og i særlig grad innenfor medisinsk poliklinikk. Foretakene opplyser at en bare har hatt avtaler ved kliniske avdelinger innenfor somatikken - med to unntak:

- Ett foretak opplyser at de brukte den sentralt inngåtte sykepleieavtalen innenfor anestesi og operasjon noe i starten.
- Ett annet foretak opplyser at det har hatt en avtale med kontorpersonell vedrørende avvikling av opphopping av behov for DRG-koding

Avtalene er ved noen foretak inngått i form av betaling per time, andre steder i form av en inntektsdeling. Noen steder bare for leger, andre steder for hele team.

Flere av foretakene opplyser at dette ikke er nytt med foretaksreformen, men at en hadde tilsvarende avtaler tidligere også.

Flere av foretakene oppgir at en har en avtakende bruk over tid, dels fordi en i større grad klarer å ta ”produksjonen” innenfor plan, dels fordi den reduserte satsen for dagkirurgi (redusert ISF) har gjort grunnlaget for deling av inntekter dårligere.

Flere av foretakene opplyser at det er viktig at foretaket får et netto tilskudd til driften av foretaket ved gjennomføring av produktivitetsavtaler. Dette innebærer at det nøye kontrolleres at ordningen medfører at aktiviteten gir et netto bidrag til sykehuset. Ved andre foretak godtas ”underskudd”, da en først og fremst ser på tiltaket som en del av sin forpliktelse med å holde ventelistene på et akseptabelt nivå.

4

Faktiske endringer i lønnsnivå

4.1 Resultater fra dypdykkene

Som et ledd i å finne fram hvilken effekt legeoppkjøret 02/03 har hatt for foretakenes produksjon og ressursutnyttelsen i pasientbehandlingen ble det lagt opp til å gjennomføre en utvalgsundersøkelse med følgende tre-delte formål:

- (1) Hvor stor var økningen i lønn til leger fra 2002 via 2003 til 2004 og hvor stor vil den bli i 2005 sammenliknet med produksjonen?
- (2) Hvor stor endring i lønnskostnader medførte innføring av ny avtale fra 1/1-2003 på basis av samme arbeidsplan/vaktordning, og hvordan ble denne prosessen gjennomført?
- (3) Hvilke endringer i arbeidsplan/vaktordning ble innført samtidig eller i etterkant av den nye avtalen og hva har dette medført i endrede kostnader?

På grunn av store problemer med tilgang til data fra foretakene, som blant skyldes at legeoppkjøret ikke ble avsluttet før sent i avtaleperioden, og en forståelse med oppdragsgiver om en nedprioritering av denne delen av analysen, er denne delen av analysen blitt avgrenset til å presentere:

- Tall for beregnet endring av lønnsnivå - dels for foretaket totalt og dels for den utplukkede avdeling/klinikk.
- Tall for endring av lønnskostnader og "produksjon" for det ene dykket vi har fått komplette data fra
 - Fra de andre fire foretakene har det, til tross for store anstrengelser, ikke vært mulig å få fram reelle sammenliknbare tall for lønnskostnader for leger for 2002, 2003 og 2004 for de aktuelle utvalgte enhetene.
 - Fra Helse Bergen fikk vi komplette tall som ble presentert i en foreløpig utgave av rapporten. Kontrollsjekk etter dette viser imidlertid at det likevel må være feil i grunnlaget når det gjelder lønnskostnader for 2002.

4.1.1 Endring i lønnsnivå og lønnskostnader for leger

Endringene i lønnsnivå er ut fra endring i nivå fra 2002 til 2004 beregnet til:

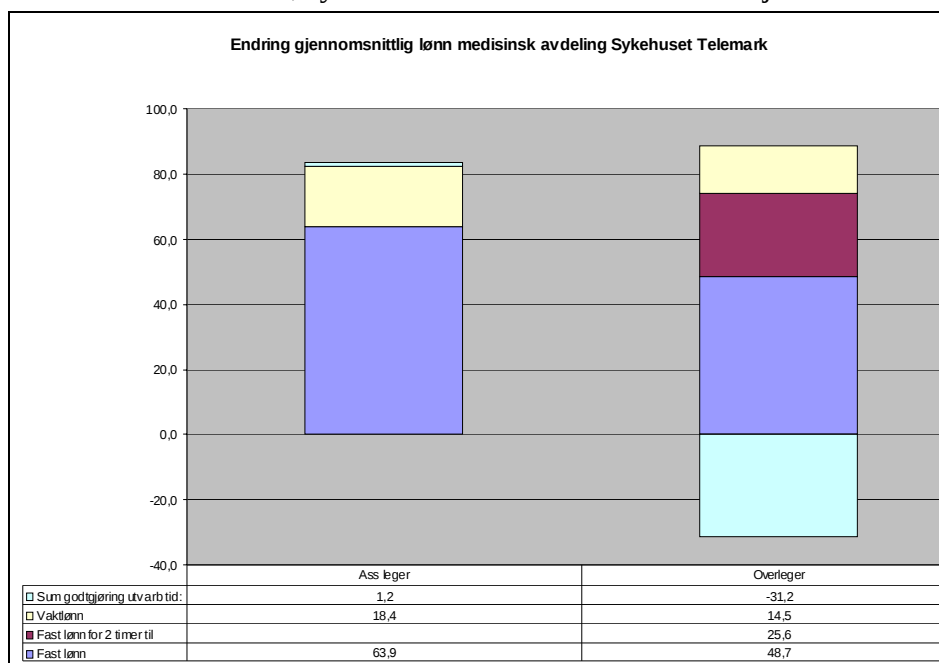
- 15–16 % innenfor patologi ved Helse Bergen HF, likt for assistentleger og overleger
 - 15–16% i gjennomsnitt for alle avdelinger ved Helse Sunnmøre, likt for assistentleger og overleger
-

- 11-13 % i snitt for Sykehuset Asker og Bærum HF, likt for assistent leger og overleger
- 12-13 % i snitt for Nordlandssykehuset totalt, ubetydelig høyere for ass leger enn for overleger. For voksenpsykiatri ca 18 % for assistentleger og 13-14 % for overleger

Når det gjelder den direkte ”konverteringseffekten” har vi fått fram følgende endringer:

- Tall basert på data for noen enkeltleger (overleger) ved ortopedisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum tilsier at den direkte konverteringskostnaden i forbindelse med oppgjøret var på ca 15 %.
- Den direkte konverteringseffekten av oppgjøret for overleger ved medisinsk klinikk Sykehuset Telemark, er beregnet til ca 9 % for overlegene og ca 18 % for assistentlegene.

I figuren under er den gjennomsnittlige beregnede direkte konverteringseffekten for henholdsvis assistentleger (ca 83 000 kroner som utgjør ca 18%) og overleger (ca 47 000 kroner som utgjorde ca 9%) ved medisinsk klinikk, sykehuset Telemark vist i mer detalj.



Figur 4.1. Beregnet gjennomsnittlig endring i lønn for assistentleger og overleger ved medisinsk klinikk, Sykehuset Telemark i form av direkte konverteringseffekt av oppgjøret 02/03.

Fra figuren ser vi følgende:

- En beregnet økning både for fastlønn, vaktlønn og godtgjørelse for utvidet arbeidstid for assistentleger.
 - Dvs at ny basislønn i gjennomsnitt var høyere enn summen av tidligere regulativlønn, eventuelle rekrutteringstillegg og 2,5 time PUA
 - At ny sats for godtgjørelse for utvidet arbeidstid (en sats) ble høyere enn tidligere gjennomsnittlig sats (som var økende med antall timer). Noe som bl a skyldes en kombinasjon av den økte faste lønnen og at en hadde en lengde på tjenesteplanene som i all hovedsak gjorde at en unngikk 200% overtid.
 - At summen for ny vaktlønn i gjennomsnitt ble noe høyere for de tidligere kveld- og nattilleggene. Ingen store endringer når det gjaldt utrykning.
- Samme bilde for overleger med unntak av at fastlønnen dekker betaling for 2 timer til (dvs at en avtalte at 2 timer fordypningstid skulle inngå). Dette betyr en nedgang i betaling for forlenget tjenesteplan, siden en nå betaler for 2 timer mindre.

Den vesentlige forskjellen mellom overlegene og assistentlegene skyldes med andre ord at en i oppgjøret for overlegene ble enige om at fordypningstiden på to timer per uke skulle inngå i arbeidstiden betalt gjennom basislønnen, mens det ikke gjorde det for assistentlegene, hvor premissene ble forhandlet sentralt.

4.2 Endring på nasjonalt nivå

Som gjengitt tidligere bestod lønnsoppgjøret for leger både av en forbedring av arbeidsgivers styringsrett og et økt lønnsnivå.

Dette betyr at en i forhandlingene gikk ut fra at endringen i lønnsnivå og lønnskostnader ville bli summen av følgende to faktorer:

- Endring av lønnsnivå gitt samme innhold i tjenesteplaner, omfang av vakansvakter, overtid med mer (senere kalt "direkte konvertering").
- Effekt av forbedret styringsrett i form av bedre turnusplanlegging, mindre uforutsatte vakter, effektivisering av arbeidstiden i forhold til tjenesteplaner og fordypningstid og generelle effektiviseringer.

Etter avslutningen av forhandlingene ble det anslått en total effekt som var lik lønnsutviklingen for andre grupper i perioden 02-03 på 9,5 %⁸. I disse beregningene inngikk en forutsatt beregnet effekt av forbedret styringsrett for arbeidsgiver som skulle tas ut over noe tid – på samme måte som en investering.

⁸ Eksklusive overheng og lønnsglidning. Med overhengseffekter og lønnsglidningsforutsetninger ga dette en total lønnsutvikling på over 11%.

Det foreligger så vidt oss bekjent ingen (i hvert fall ikke offisielle) beregninger av den direkte konverteringen. Det er imidlertid på det rene at "konverteringskostnadene" knyttet til assistentlegeoppgjøret hvor de sentrale premissene i alle hovedsak ble behandlet sentralt, langt overgikk 9,5 %, og at en dermed sto overfor betydelige oppgaver lokalt for å komme i mål innenfor rammen.

4.2.1 Endring fra 2002 til 2004

I etterkant av oppgjøret er det satt inn betydelige ressurser for å beregne den faktiske endringen i lønnsnivå.

Gjennom felles bestrebelser fra NAVO, Teknisk Beregningsutvalg og Statistisk Sentralbyrå er det fastslått at endringen i lønnskostnader fra 2002 til 2004 er på 15,8 %.⁹

4.2.2 Årsaker til avvik

Avviket på lønnsutviklingen i forhold til forutsetningene blir i interne evalueringsrapporten fra NAVO i hovedsak knyttet til 4 forhold:

- (1) I arbeidstidsforutsetningene for konvertering til ny basislønn i den nye legeavtalen, ble det gjort for optimistiske anslag vedrørende hvor mange flere legetimer helseforetakene skulle få til disposisjon ved oppsett av arbeidsplaner; dvs konverteringseffekten av arbeidstidsoppkjøp.
 - Dette blir beskrevet til å være en konsekvens av meget anstrengte forhandlinger om de lønnstilleggene legene ville tape ved at virkningstidspunktet for avtalen ble skjøvet 8 måneder ut i tid – til 1.1.2003.
 - Dette førte til at *nivået for basislønn for turnusleger og leger under spesialisering ble høyere enn arbeidsgiver ønsket*
- (2) Varigheten av forhandlingene om ny legeavtale lokalt og sentralt
 - Effekten av at avtalen som innebærer at de kostnadsøkende elementene ville få umiddelbar effekt, mens mulighetene i form av kostnadsbesparende tiltak som lå i avtalen ville ta noe tid før de virker. Dvs at tiden for gjennomføring av systemomlegging tar lengre tid enn forutsatt.
- (3) Inngåtte avtaler og forutsetninger om effektivisering og endringer av arbeidstidsplanlegging for legene ikke er implementert
- (4) Høy lønnsglidning

⁹ Refererer seg til den delen av legekostnadene som kan tilbakeføres til den lønnsdefinisjonen som ligger til grunn for målingene i TBU. Forskjellen mellom disse 15,8 % og de 17,2 % som er oppgitt i årsrapporten fra beregningsutvalget skyldes ulike definisjoner – dvs at det i de 17,2% også ligger inne noe vekst i aktivitet.

- Et moment var at store omorganiseringsprosesser i helseforetakene driver lønnsglidningen høyere enn det som ellers er normalt.

4.2.3 Resultatet av oppgjøret og forhandlingen framover

I NAVOs evaluering har en oppsummert slik:

- Ser man isolert på året 2003, representerer omleggingen av legeavtalen en stor kostnadsbelastning.
 - For det første skulle lønnsoppgjøret både for 2002 og 2003, belastes.
 - For det andre var det ikke forhandlingsteknisk mulig å ta ut alle forutsatte effektiviseringsgevinster i 2003.
 - For det tredje har det gått svært mye tyngre å gjennomføre endringene enn det som i henhold til avtalen er forutsatt som nødvendig.
 - For det fjerde har veksten i overtidskostnader vært høy.
 - For å korrigere for avviket fikk legene ikke et lønnsoppgjør i 2004. De 15,8 % vil derfor bli fordelt over tre år; 2002, 2003 og 2004.
 - Som ledd i dette har NAVO og Den norske lægeforening nylig avsluttet et arbeid med å beregne eventuell lønnsglidning for legene i 2004.
 - Resultatet viser at den nye legeavtalen begynner å virke etter sin hensikt og at det kun er marginale, strukturelle endringer i lønnsveksten i 2004, hvilket bekrefter at 15,8 % kan ses over tre år: 2002, 2003 og 2004.
-

5 Forholdet mellom endring av lønnskostnader og endring av aktivitet

5.1 Sykehuset Telemark HF- medisinsk avdeling

Til tross for at oppgjøret 2002/03 ga en beregnet økning på 18 % for assistentleger og 9 % for overleger viser regnskapet følgende endringer i lønnskostnader for leger.

- 6,2 % økning fra 2002 til 2003
- 11,2 % økning totalt fra 2002 til 2004

Dette skyldes bl.a. følgende tiltak:

- Fokus på å redusere vakansvakter med bl a innstramming vedrørende bytte av vakter ved kurs etc.
- Små justeringer (en time reduksjon her og der) i tjenesteplanen
- Innføring av hjelpeplaner i ferieavviklingen

Endringene på aktivitet:

- DRG-aktivitet medisin (betyr mest) har økt med 6,2 % fra 2002 til 2003 og 16,3 % totalt fra 2002 til 2004
- Antall polikliniske konsultasjoner har økt med 0,2 % fra 2002 til 2003 og 12,2 % totalt fra 2002 til 2004

Dette betyr at lønnskostnadene for leger har økt mindre enn aktiviteten ved denne klinikken.

6 Konsulentenes vurdering

6.1 Lønnsoppgjøret 2002/03

Arbeidsgivernes (dvs helseforetakene og NAVO) ambisjon med lønnsoppgjøret som ble iverksatt fra 1.2 2003 var todelt:

- (1) Få til en systemomlegging som forbedret arbeidsgivers styringsrett, forenklet systemet for å gjøre det mer forståelig og lettere å administrere og endret vektingen vedrørende hvilken innsats som skulle honoreres.
- (2) Gjennomføre et oppgjør innenfor en økonomisk ramme tilsvarende lønnsoppgjøret for andre grupper

Vår vurdering er at en i stor grad har fått til en ønsket systemopplegging og at en har nådd målet på dette området. Denne *systemomleggingen ble forhandlet fram sentralt*.

Oppgjøret ble imidlertid *langt dyrere enn forutsatt* og medførte et høyere lønnsnivå for legene enn antatt – i hvert fall for 2003 og 2004.

Når det gjeldt spørsmålet om hvorvidt det var de sentrale eller lokale prosessene som førte til at legeoppgjøret ble dyrere enn forutsatt har vi fått fram følgende årsakssammenheng.

6.1.1 Lønnsnivå for den fast avtalte arbeidsplanen

- Endringen av lønnsnivå for assistentlegene for den fast avtalte arbeidsplanen (forutsatt uendret lengde på tjenesteplan) ble *i realiteten forhandlet fram sentralt*.
- Forhandlingene med overlegene var mer reelle lokalt, både vedrørende nivå på sentrale satser og når det gjeldt muligheter til reell individuell lønnsfastsettelse gjennom bruk av individuelle tillegg.
 - I realiteten ble imidlertid den økonomiske rammen og satsene for assistentlegene ”normgivende” også for overlegeoppgjøret.
- I realiteten ble derfor alle de viktigste elementene som bidro til endringene i lønnsnivå (gitt undret nivå på tjenesteplaner og vakansvakter) for legene *forhandlet sentralt*.

6.1.2 Uttak av effekter av den forbedrede muligheten til styringsrett

Effektene av den *forbedrede styringsretten* som det var lagt til rette for i de sentrale forhandlingene, skulle tas ut lokalt. I etterkant har en oppsummert at en ikke har klart å ta ut så store effekter som en forutsatte. Årsaken til dette er todelt, dels at anslagene var for optimistiske og dels

skyldes det manglende vilje og evne til å ta i bruk de styringsmulighetene¹⁰ som de nye avtalene legger til rette for på de ulike organisasjonsnivå i foretakene.

Vi har ikke hatt mulighet til å fastslå hvor stor andel som skyldes det ene eller det andre. Vi kan imidlertid konstatere at forbedret styringsrett gjennom avtaler er en viktig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for bedre styring. *Viljen og muligheten* til å styre er etter vårt inntrykk imidlertid den vesentligste biten som skal på plass for å sikre en god styring med legenes arbeidstid.

Dette betyr at videre satsing på styrking av arbeidsgiverrollen i alle ledernivå for å forbedre viljen og evnen til å styre på tiltak for å bedre rekrutteringen (der den er svak) for å bedre muligheten for å styre vil være avgjørende for å få forbedre styringen av legeressursene framover.

6.1.3 Forholdet mellom endring av lønnskostnader og endring av aktivitet

Vi har holdbare data fra et av våre case, nemlig Medisinsk avdeling ved Sykehuset Telemark HF. Beregningen fra Telemark er selvsagt ikke representativ, men viser at det gjennom bevisst styring av ressursbruken er oppnådd en produksjonsøkning som er større enn økningen i lønnskostnader.

Eksempelet fra Telemark avviker imidlertid klart fra det hovedinntrykket vi har fått fra våre informanter både gjennom bredde- og dybdeundersøkelsen og beregninger med indikasjoner på nasjonalt nivå.

Generelt mener vi å kunne påvise at lønnsoppgjøret for leger for 02/03 førte til at økningen i lønnskostnader for leger ble større enn aktivitetsveksten i 2003 og 2004 og dermed bidro til forverring av foretakenes resultat.

Basert på denne konklusjonen ser det ut til at det bare er unntaksvis at foretak eller enkeltklinikker har klart å styre aktiviteter og ressursbruk slik at det oppnås en produksjonsvekst som minst oppveier økte lønnskostnader.

¹⁰ De er på det rene at potensiale til å ta ut effekt av en forbedret styringsrett av nye avtaler var svært avhengige av hvordan en styrte denne virksomheten før en innførte