

**Konsernrevisjonen**

**Rapport 6/2024-1**

**Operativ planlegging og budsjettering**

**Sykehuset i Vestfold HF**

9. oktober 2024



# Innhold

## Innhold

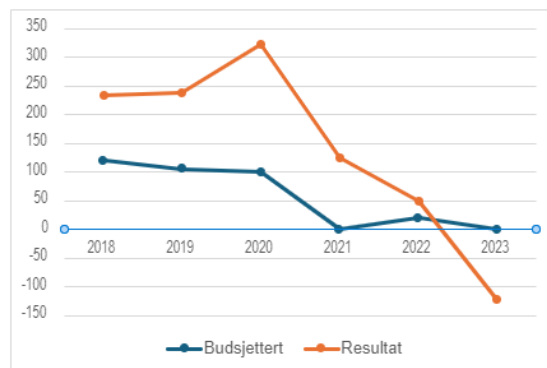
<b>1. Innledning</b>	<b>3</b>
Bakgrunn	3
Formål	3
Tilnærming	3
Metode	4
Omfang og avgrensninger	4
Revisjonsgrunnlag	4
<b>2. Konklusjoner</b>	<b>5</b>
Nåværende utfordringsbilde krever en mer dynamisk tilnærming til plan- og budsjettprosessen	5
• Systemet balanserer ikke tilstrekkelig mellom langsiktige satsninger og løpende driftsutfordringer	5
• Endringer i aktivitet og ressursbruk blir ikke tilstrekkelig hensyntatt	6
• Plan- og budsjettprosessen benyttes ikke fullt ut som et styringsverktøy	7
<b>3. Anbefalinger</b>	<b>9</b>
<b>Vedlegg 1 – Revisjons- og kriteriegrunnlag</b>	<b>10</b>
<b>Vedlegg 2 – Revisjonskriterier</b>	<b>11</b>

# 1. Innledning

## Bakgrunn

Flere helseforetak i Helse Sør-Øst har de siste to årene hatt lavere aktivitet enn budsjettert, samt lengre ventetider og høyere bemanning enn forutsatt. Dette har hatt konsekvenser for pasientene, påvirket kvaliteten og resultert i svekkede økonomiske resultater. Styrene i helseforetakene har uttrykt et behov for mer kunnskap om hvordan disse utfordringene kan håndteres. For å gi mer innsikt vil konsernrevisjonen i 2024 derfor undersøke operativ planlegging og budsjettering i tre helseforetak. Funn fra disse revisjonene vil deretter bli avstemt mot praksis i øvrige foretak i regionen, og konsernrevisjonen vil ut fra dette utarbeides en felles rapport til foretaksgruppen.

Denne revisjonsrapporten belyser praksis for planlegging og budsjettering ved Sykehuset i Vestfold HF (SiV). Figur 1 viser resultatutviklingen fra 2018-2023. Foretaket hadde høyere årsresultater enn budsjettert i årene frem til 2022, mens det ble et negativt årsresultat for 2023.



Figur 1: Årsresultat Sykehuset i Vestfold HF i perioden 2018-2023

<sup>1</sup> I økonomisk faglitteratur er det vanlig å bruke taktisk om tidsperspektivet på et til tre år og operativt om et daglig, ukentlig og månedlig tidsperspektiv.

Planlegging og budsjettering av aktiviteter og ressursbruk er en sentral del av økonomi- og virksomhetsstyringen. Dette gir et tallmessig uttrykk for de planene og tiltakene ledelsen vil gjennomføre for å nå virksomhetens mål. I denne rapporten ser vi nærmere på hvordan foretaket operativt planlegger for effektiv ressursutnyttelse og tjenestekvalitet for kommende budsjettår, og hvordan budsjettprosessen brukes for sikre en best mulig ressursallokering innenfor budsjettammene.<sup>1</sup>

## Formål

Formålet med revisjonen har vært å undersøke om operativ planlegging og budsjettering på ulike nivåer i helseforetaket foregår på en hensiktsmessig måte. Dette som grunnlag for å styre ressurser til bemanning og tilby god pasientbehandling innenfor foretakets tildelte budsjettamme. For å oppnå formålet med revisjonen, er følgende problemstillinger definert:

- Hvilke overordnede rammer og føringer for planlegging og budsjettering får klinikkene og avdelingene fra ledelsen i foretaket?
- Utarbeider klinikkene og avdelingene realistiske planer for aktivitet og bemanning?
- På hvilken måte sørger klinikkene og avdelingene for at budsjettet er avstemt mot forventet aktivitet og nødvendig bemanning for å opprettholde både kvaliteten på tjenestene, og budsjettammene?

## Tilnærming

For å svare ut problemstillingene har vi undersøkt de viktigste elementene knyttet til plan- og budsjettprosessen. Dette inkluderer sentrale komponenter i styringssystemet, aktiviteter i gjennomføringen av plan- og budsjettprosessen, samt verktøy og støtte, og forhold knyttet til organisasjon og ledelse. Se figur 2 for en oversikt over de ulike aspektene som undersøkes i revisjonen.



Figur 2: Ulike forhold som undersøkes i revisjonen

## Metode

Revisjonen er gjennomført ved å analysere relevante data og dokumenter, gjennomføre intervjuer med nøkkelpersoner og evaluere verktøy og prosesser for planlegging og budsjettering.

## Omfang og avgrensninger

Revisjonen har vurdert hvordan foretaket planlegger og budsjetterer, både generelt og i tre av syv klinikker i foretaket:

- Kirurgisk klinikk
- Medisinsk klinikk
- Klinikk psykisk helse og avhengighet

Disse klinikkene er valgt ut på bakgrunn av at de både har stor bemanning, omfattende pasientbehandling, og budsjetter med betydelig andel variable inntekter og kostnader. I hver av disse klinikkene har vi hatt samtaler med klinikkleder og to avdelingsledere. Vi har også hatt samtaler med HR-, fag- og økonomidirektør og ledere for analyse og controlling, samt kontrollere for de utvalgte klinikkene. Hensikten har vært å skape et overordnet bilde av plan- og budsjettprosessen.

Revisjonen har tatt utgangspunkt i sist fullførte plan- og budsjettprosess, fra start til endelig vedtatt 2024-budsjett. Vi har også diskutert den pågående budsjettprosessen for 2025 i samtaler for å få innsikt i eventuelle endringer og planlagte forbedringer. Vi har ikke undersøkt den løpende økonomistyring med oppfølging mot budsjett eller den langsiktige strategiske planleggingen. Ut fra vårt formål har vi ikke undersøkt budsjettering av kostnader til utstyr, legemidler, infrastruktur eller investeringer. Det samme gjelder konsekvenser som det nye sykehusbygget har hatt for drift og kostnader.

## Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget inkluderer relevante lover og forskrifter, rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst, samt god praksis for plan- og budsjettstyring i staten.

Revisjons- og kriteriegrunnlag og revisjonskriteriene er vist i vedlegg 1 og 2.

I det følgende kapittelet vil vi presentere våre konklusjoner basert på de identifiserte utfordringene og behovene for en forbedret plan- og budsjettprosess.

## 2. Konklusjoner

### Nåværende utfordringsbilde krever en mer dynamisk tilnærming til plan- og budsjettprosessen

Frem til 2022 har Sykehuset i Vestfold HF i stor grad nådd de budsjetterte årsresultatene. De to siste årene har imidlertid to av de tre undersøkte klinikkene hatt et stort merforbruk. Klinikken fikk derfor tilført 109 millioner ekstra for 2023-budsjettet. I en slik situasjon er det særlig viktig med en plan- og budsjettprosess som legger et godt grunnlag for økonomisk styring.

Budsjettet bygges i hovedsak opp basert på tidligere års budsjetter og tall. Revisjonen viser at det varierer hvordan aktivitetsgrunnlag og ressursbehov blir analysert og benyttet i arbeidet med plan- og budsjettprosessen i klinikkene. En forklaring på dette kan være at helseforetaket i mindre grad har etablert felles prinsipper, metoder og verktøy for planlegging og budsjettering, og at lederne har stor frihet til selv å bestemme hvordan dette skal gjøres. Manglende standardisering har for eksempel ført til ulik praksis for bruk av analyser. Mulighetene for gode analyser er til stede gjennom at foretaket har relevante data og analyser tilgjengelig for lederne.

Manglende standardisering innebærer videre risiko for at underliggende årsaker til merforbruk, ineffektiv drift eller annen manglende måloppnåelse ikke blir tilstrekkelig synliggjort og hensyntatt i plan- og budsjettprosessen. Manglende innsikt i sammenhengene mellom aktivitet, bemanning og ressursbehov reduserer budsjettets verdi som styringsverktøy. Dette gjør det vanskelig for ledere på høyere nivå å identifisere om høyt ressursforbruk er medisinsk begrunnet eller skyldes forhold ved organiseringen.

Samlet vurderer vi at dagens utfordringsbilde krever en mer dynamisk tilnærming til plan- og budsjettprosessen. Prosessen bør i større grad bygge på innsikt i de viktigste faktorene som påvirker ressursforbruket. Vi bygger konklusjonen på følgende utfordringer ved dagens plan- og budsjettprosess:

- Systemet balanserer ikke tilstrekkelig mellom langsiktige satsninger og løpende driftsutfordringer
- Endringer i aktivitet og ressursbruk blir ikke tilstrekkelig hensyntatt

- Plan- og budsjettprosessen benyttes ikke fullt ut som et styringsverktøy

### Systemet balanserer ikke tilstrekkelig mellom langsiktige satsninger og løpende driftsutfordringer

#### *Observasjoner*

Sykehuset i Vestfold HF starter budsjettarbeidet tidligere enn andre helseforetak i regionen. Hvert år i april samles direktørens ledergruppe til en strategi- og budsjettkonferanse (Torpkonferansen). Her behandler ledergruppen forslag til nye satsninger og endringer fra klinikkene for påfølgende budsjettår. Forslagene blir prioritert og besluttet, og vurdert opp mot de samlede økonomiske forutsetninger som legges til grunn for kommende budsjettår.

Differansen mellom foretakets estimerte budsjetttramme og kostnadsramme håndteres ved å fordele krav om innsparing eller økte inntekter til klinikkene basert på deres størrelse. Dette omtales i helseforetaket som merverdikrav. Klinikken utarbeider egne merverditiltak for å dekke sin andel av overordnede satsninger og prioriteringer.

Foretaket har over flere år budsjettert med positive resultater og bygget opp egenkapital og likviditet, i hovedsak for å finansiere renter og avskrivninger til nye bygg. Fra 2021 har foretaket budsjettert med tilnærmede nullresultater, hovedsakelig på grunn av økte rentekostnader og avskrivninger etter ferdigstilling av nye bygg.

I 2023 ble årsresultatet negativt, med betydelige budsjettavvik i to store klinikker. Flere ledere peker på at det i denne situasjonen er mer krevende for ledelsen å bli omforent om satsninger med krav til inndekning i klinikkene, når enkelte klinikker i tillegg må gjennomføre tiltak for å håndtere egne budsjettavvik. Enkelte ledere opplever at det ikke er gode nok

prosesser for å håndtere merforbruk i inneværende år ved behandling av rammene for neste års budsjett.

### Vurderinger

Frem til de siste årene har plan- og budsjettprosessen fungert tilstrekkelig for å skape rom for satsninger/prioriteringer. I en situasjon med endringer i forutsetninger og rammebetingelser som kan påvirke driften, vurderer vi at det er nødvendig å utvikle en mer helhetlig plan- og budsjettprosess som kan håndtere balansen mellom langsiktige satsninger og løpende driftsutfordringer på en mer hensiktsmessig måte. Dette er noe vi vil utdype videre i rapporten.

## Endringer i aktivitet og ressursbruk blir ikke tilstrekkelig hensyntatt

### Observasjoner

#### Historisk budsjettering er styrende

Helseforetaket utarbeider sitt samlede budsjett basert på forventede tildelinger og inntekter, og fastsetter foreløpige rammer for enhetene basert på tidligere års tall, samt eventuelle planlagte endringer i for eksempel aktivitetsnivå og innsatsfaktorer. Klinikken må selv analysere budsjettavvik fra inneværende år og håndtere disse innenfor de foreløpige rammene for neste års budsjett. Foretaket har en praksis med å sette av en sentral buffer, og har tidligere år kunnet dekke underskudd som oppstår i klinikkene.

For å finansiere satsninger i klinikkene er det lagt opp til en prosess der disse skal dekkes inn gjennom merverditiltak. Merverditiltakene blir fordelt mellom klinikkene etter størrelse. Klinikken får i den sammenheng redusert sine interne budsjettammer og må utforme tiltak for å redusere kostnadene eller øke inntektene. Reduksjon i klinikkens rammer blir som oftest fordelt som flate kutt i avdelinger og seksjoner.

I 2023 ble det vedtatt ekstraordinære tiltakspakker for å håndtere store budsjettavvik i to klinikker. Disse har ikke hatt ønsket effekt, og det løpende merforbruket har vedvart. Tiltakene fra 2023 er ikke videreført i 2024. Vår gjennomgang viser at det er rom for å tydeliggjøre tiltaksplanene, adressere de underliggende rotårsakene og sikre systematisk oppfølging. Flere ledere peker i intervjuer på at denne type tiltak krever en grundigere prosess og forankring, samt både et kort og langsiktig perspektiv på realisering av

gevinster. Styret i SiV har i sin oppfølging av rapporteringen våren 2024 bedt administrasjonen iverksette tiltak slik at driften kan gjennomføres i henhold til budsjett.

### Budsjettene er i mindre grad avstemt mot aktivitetsgrunnlaget

I de undersøkte klinikkene gjennomføres det i varierende grad systematiske analyser av aktivitetsgrunnlag og ressursbehov. Enkelte avdelinger i klinikkene har forsøkt å bygge budsjetter basert på forventet aktivitet. Dette for å sikre at allokeringen av ressurser blir mest mulig riktig utfra pasientgrunnlaget. I tillegg utarbeider analyseavdelingen blant annet beregninger av kostnad per pasient og analyser av uønsket variasjon i pasientbehandlingen, som for eksempel forskjeller i behandlingsmetoder. Analysene legges frem i ledergruppens strategi- og budsjettkonferanse, samt for klinikker og avdelinger som ønsker ytterligere bistand til dette. Klinikken psykisk helse og avhengighet har benyttet dette aktivt i eget plan- og budsjettarbeid over flere år, mens det er varierende bruk i de to andre klinikkene.

Klinikk psykisk helse og avhengighet oppgir at de har god erfaring med å arbeide med verdistrømsanalyser og benchmarking for å forbedre effektiviteten og tjenestekvaliteten. Klinikken har et eget styringssystem, med blant annet egne verktøy for budsjettering, noe de mener gir god innsikt i ressursbehov og årsverk.

Generelt opplever konsernrevisjonen at ledere i klinikkene har gode refleksjoner rundt egen plan- og budsjettpraksis, og gir eksempler på hva som fungerer og hvor det er forbedringspotensial. Vi observerer samtidig at det er lite deling av god praksis og erfaringer på feltet.

### Vurderinger

Historisk budsjettering, som baserer seg på tidligere års tall, anses som en effektiv metode og fungerer godt når virksomhetens rammebetingelser er stabile. I en situasjon med endringer i pasientgrunnlag og rammebetingelser, vil denne metoden imidlertid ikke være like egnet. Det oppstår da en risiko for at ressursallokeringen ikke blir hensiktsmessig, noe som kan føre til ineffektiv drift og sløsing med ressurser.

For de somatiske klinikkene er det spesielt viktig å sikre gode forløp og effektiv drift, noe som forutsetter god innsikt i pasientgrunnlag, forløp og aktiviteter. Aktivitetsgrunnlaget (analyse av tjenestevolum og -type) bør

være dimensjonerende for det estimerte ressursbehovet. Budsjetter basert på tilgjengelige ressurser og fjorårets aktivitet, og for lite på analyser av dagens og fremtidig behov, kan gi urealistiske aktivitets- og bemanningsplaner. Dette vil gjøre det utfordrende å identifisere under- eller overkapasitet, og reduserer muligheten til å iverksette målrettede tiltak. Dette kan videre føre til ineffektiv drift, økte kostnader og redusert kvalitet på helsetjenestene.

Uten jevnlig analyse av aktivitetsgrunnlag og ressursbehov i de somatiske klinikkene blir det utfordrende å vurdere om budsjettene er hensiktsmessige. Planleggings- og budsjettprosessen bør gjennomgående bli mer dynamisk og balansert, med vekt på både historiske data, analyser og prognoser. En dynamisk prosess vil kunne tilpasse seg endringer raskere og mer effektivt.

God praksis innebærer at virksomheten analyserer og estimerer aktivitetsgrunnlag og ressursbehov, ved blant annet å vurdere følgende forhold:

- Aktivitetsnivå (f.eks. antall liggedøgn, konsultasjoner og operasjoner)
- Sesongvariasjoner etter lokalt opptaksområde
- Endringer i faglig praksis og vurderinger av variasjon i behandling
- Endringer i egenskaper ved pasientpopulasjonen (f.eks. pleiefaktor)
- Endringer i bruken av interne ressurser (f.eks. oppgavedeling)

Estimerte ressursbehov fra en slik analyse må samtidig utfordres ved å vurdere årets foreslåtte kapasitetsutnyttelse i budsjettet opp mot tidligere års utnyttelse og andre sammenlignbare enheter. En slik tilnærming praktiseres etter det vi forstår allerede i deler av helseforetaket.

## Plan- og budsjettprosessen benyttes ikke fullt ut som et styringsverktøy

### Observasjoner

#### Føringer og retningslinjer for budsjettprosessen

Helseforetaket har en veiletert budsjettkalender som angir hva som skal gjøres og når det skal gjøres prosessen. Budsjettprosessen sikrer at det etableres et budsjett som støtter økonomistyring med et periodisert

---

<sup>2</sup> Statlige retningslinjer og veiledere har få beskrivelser av god praksis for planlegging og budsjettering på ulike nivåer i en statlig eid virksomhet.

regnskap basert på regnskapsloven. Fra et styringsperspektiv mangler det imidlertid metoder og verktøy for hvordan budsjettene skal bygges opp og hvilke forutsetninger som skal legges til grunn, f.eks. i form av et budsjett-rundskriv.

Sykehuset i Vestfold HF har en egen økonomihåndbok basert på regionens tilsvarende økonomihåndbok. Den regionale økonomihåndboka gir få føringer for planlegging og budsjettering i helseforetakene, utover hva som må hensyntas for å sikre et regnskapsteknisk korrekt budsjett og -rapportering.<sup>2</sup>

Mangelen på metoder og verktøy krever at enhetene selv avklarer hvordan budsjetteringen skal gjøres. Intervjuede ledere mener det bør klargjøres hva som skal ligge til grunn for et realistisk budsjett. Det varierer også når på året lederne starter opp prosessen og hvor tidlig de gjennomfører ulike budsjettaktiviteter. Nye ledere savner dokumentasjon på grunnlaget for budsjettet.

#### Planer brukes i liten grad som utgangspunkt for budsjetter

Helseforetakets ledelsesplattform beskriver ansvarsområder og tilhørende oppgaver for linjeledere, blant annet krav til effektiv drift og prioriteringer. Hvert år signerer alle ledere en lederavtale med resultatansvar, fullmakter og myndighet.

Tillitsbasert ledelse har over tid vært et viktig prinsipp for å skape resultater i helseforetaket. Dette gir lederne stor frihet, noe som gjør at enkelte klinikker og avdelinger har egne strukturer og systemer for planlegging, mens andre ikke har dette. Nye ledere påpeker at manglende planer gjør det vanskelig å vurdere budsjettens realisme. Ledere i klinikkene er ikke kjent med at budsjettprosessen har vært evaluert.

Noen ledere opplever at budsjettene, og de forutsetning som legges til grunn, ikke er realistiske. Store endringer påvirker regnskapet uten at de opplever å ha tilstrekkelig innsikt i årsakene. Budsjettprosessen oppfattes av enkelte som en kamp om ressurser snarere enn en helhetlig prioriteringsprosess, noe som reduserer tilliten til prosessen. Foretaket har ikke en praksis for å omprioritere mellom klinikker og avdelinger. Enkelte ledere

mener at lederavtalene de signerer ikke har noen funksjon i plan- og budsjettarbeidet, da de ikke kan vurdere om målene er oppnåelige.

#### Ledernes versus stabenes rolle

Manglende føringer og opplæring gjør at enkelte ledere opplever sin rolle i plan- og budsjettprosessen som utydelig, noe som gjør det vanskelig involvere seg og få eierskap til budsjettene. Noen påpeker at de årlige budsjettene ikke er tydelig koblet til mål, planer og prioriteringer, og at budsjettprosessen i for stor grad er teknisk med vekt på tall.

Ansvars- og oppgavedelingen mellom controllerne og linjelederne er ikke tydelig beskrevet, og oppleves forskjellig. Linjeledere uten tilstrekkelig eierskap til budsjettet nevnes som en utfordring, og påvirker omfang og innhold i controllernes oppgaver. Controllerne forteller at de i liten grad identifiserer «driverne» i budsjettet. Mangel på dokumenterte føringer for controllernes ansvar og oppgaver nevnes som en risiko i budsjettarbeidet.

I tillegg til controllerne har også HR og fag/analyse viktige roller knyttet til plan- og budsjettprosessen, men støtten fra stabsenhetene til linjen oppleves ikke å være tilstrekkelig koordinert. Som vist ovenfor bistår analyseenheten linjen med analyser. Samtidig har HR har også ulike tiltak som kan bidra til forbedring av plan- og budsjettprosessen, som GAT/DIPS-integrasjonen og ny rutine for ressursstyring og arbeidsplanlegging.

#### Organiseringen påvirker handlingsrommet

Avdelinger er organisert forskjellig i klinikkene, enten som «søyler» med egen ledelse og budsjett (for eksempel egne lege- sykepleier- og kontoravdelinger) eller som «sentere» hvor tjenestene er organisert rundt pasientenes behov. Ledere i søyleorganiserte avdelinger ser utfordringer med å budsjettere, følge opp og overholde sine budsjetter, da aktivitetsnivået og kostnadene påvirkes av beslutninger utenfor egen enhet.

#### Vurderinger

Lederne har stor frihet til å organisere eget plan- og budsjettarbeid, noe som kan gi bedre tilpasningsevne og økt engasjement. Dette har over tid gitt gode resultater på flere områder, også sammenliknet med andre helseforetak. Samtidig viser revisjonen at manglende metoder og verktøy for hvordan budsjettene skal bygges opp og hvilke forutsetninger som skal legges til grunn, gir stor variasjon i praksis. Dette reduserer muligheten for et felles

grunnlag for budsjettering og begrenser budsjettprosessens effektivitet som styringsverktøy.

Manglende standardisering gjør at klinikker og avdelinger har ulike tilnærminger til plan- og budsjettprosessen. Dette gjør det vanskelig for enkelte ledere å vurdere om budsjettene i egen og underliggende enheter er realistiske. Uten et felles rammeverk kan det oppstå et manglende eierforhold til budsjettet hos ledere og medarbeidere, noe som igjen kan gi unødvendig ekstraarbeid, «energilekkasje» og en ineffektiv prosess.

Manglende koordinering mellom kliniske avdelinger, spesielt i søyleorganiserte enheter, øker risikoen for uforutsette kostnader og ineffektiv ressursbruk. Det samme gjelder manglende koordinering mellom budsjettansvarlige involvert i de samme pasientforløpene. Dette understreker behovet for bedre integrasjon og samarbeid på tvers av enheter for å sikre at plan- og budsjettprosessen bygger på realistiske forutsetninger og gir en mest mulig «riktig» budsjettallokering.

Dagens plan- og budsjettprosess gjør det vanskelig for ledere på høyere nivå å identifisere om et høyt ressursforbruk er medisinsk begrunnet eller skyldes ineffektiv drift. Mangler i beslutningsgrunnlaget gir risiko for at skjevheter i ressursfordelingen videreføres år for år. Dette kan svekke budsjettdisiplinen over tid. Vi vurderer at det er mer hensiktsmessig å identifisere manglende inndekning allerede i budsjettprosessen og løfte dette til prioritering hos ledelsen, enn at utfordringene kommer som budsjettavvik gjennom året.

Vi vurderer videre at det er et potensial for bedre koordinering mellom stabene for økonomi, HR, fag og analyse, og at deres rolle mot linjen tydeliggjøres, slik at de kan støtte linjelederne mer effektivt og helhetlig. Revisjonen viser behov for veiledningsmaterieell, opplæringsaktiviteter og økt bruk av analyser og indikatorer som kobler informasjon om aktivitet, bemanning og ressursbruk.

Helseforetakets budsjettprosess er i stor grad en tradisjonell top-down prosess, som hovedsakelig bygger på fjorårets budsjett og dagens bemanning i enhetene. Vi vurderer at det er behov for en mer strukturert budsjettprosess som kombinerer en klar strategisk retning og helhetlig innramming (top-down) med en strukturert og god innsikt fra alle nivåer i organisasjonen (bottom-up). En slik prosess vil bedre kunne håndtere dagens utfordringsbilde.



## 3. Anbefalinger

I denne revisjonen har vi særlig sett på planlegging og budsjettering knyttet til bemanning i de kliniske enhetene, som utgjør en betydelig del av kostnadene i helseforetaket. Revisjonen viser at det gjøres mye godt arbeid med planlegging og budsjettering, samtidig som det er et potensial for forbedringer for å møte dagens utfordringsbilde.

På grunn av et komplekst og sammensatt utfordringsbilde i Sykehuset i Vestfold HF og helsetjenesten generelt, anbefales en gradvis og langsiktig utforming og utrulling av tiltak. Vi har følgende anbefalinger:

### Standardisere plan- og budsjettarbeid

Det bør være en tett kobling mellom arbeidet med planer og budsjetter, slik at disse blir realistiske og gjennomførbare. Foretaket bør innføre felles strukturer, prosesser og verktøy for plan- og budsjettarbeid på tvers av helseforetaket. Dette vil bidra til å redusere variasjonen i praksis og sikre at alle enheter har et felles grunnlag for planlegging og budsjettering. Dette vil igjen bidra til at planene er godt forankret i virkeligheten og kan gjennomføres innenfor de tilgjengelige ressursene. Samtidig vil det ivareta behovet for å se sammenhengen mellom mål, plan, budsjett og tiltak, og sikre en helhetlig tilnærming til virksomhetsstyringen.

### Tydeliggjøre ansvar og oppgaver

Foretaket bør tydeliggjøre ansvar og oppgaver for både linjeledere og stab i plan- og budsjettprosessen.

### Forbedre koordineringen mellom involverte staber

Foretaket bør etablere tydeligere strukturer og systematikk for koordinering mellom stabene for å sikre en helhetlig plan- og budsjettprosess. Viktige faktorer vil være informasjon om aktivitet, bemanning og ressursbruk. Dette vil gi bedre innsikt i hva som driver kostnadene og hvordan ressursene kan brukes mer effektivt.

### Øke bruken av analyser i plan- og budsjettarbeidet

Foretaket bør sikre at alle enheter bruker tilgjengelige analyser i utforming og kvalitetssikring av planer og budsjetter. Dette bør sees i sammenheng med innføringen av GAT/DIPS-integrasjonen, som gir nye analysemuligheter.

### Tilby opplæring og veiledning

Foretaket bør tilby tilstrekkelig opplæring og veiledning for ledere i felles retningslinjer, verktøy og metoder for plan- og budsjettarbeid, inkludert praktiske eksempler og casestudier for å sikre forståelse og anvendelse.

### Anvende piloter for å etablere god praksis

Foretaket bør ta i bruk piloter for å teste nye fremgangsmåter eller tilnærminger for å planlegge, budsjettere og iverksette tiltak. Dette vil gjøre det mulig å evaluere effektiviteten, identifisere problemer eller forbedringsområder før en bredere utrulling. Det kan også være nyttig å utnytte eksisterende god praksis og tidligere gjennomførte piloter.

# Vedlegg 1 – Revisjons- og kriteriegrunnlag

Kriteriegrunnlag og innhentet dokumentasjon fra helseforetaket	
Lov om helseforetak	NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse
Lov om spesialisthelsetjenesten	Oppdragsdokumenter for Sykehuset i Vestfold HF
Lov om helsepersonell	Protokoller fra foretaksmøter i Sykehuset i Vestfold HF
Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten	Styreprotokoller fra Sykehuset i Vestfold HF
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	Årlige meldinger og årsrapporter fra Sykehuset i Vestfold HF
Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten IS-IS-2620	Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene. Dokument 3:3 (2009-2010)
Meld St. 7 (2019–2020), 2020–2023	Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Dokument 3:4 (2013-2014)
Meld. St. 9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027	Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene. Dokument 3:12 (2014-2015)
Meld. St. 14 (2020–2021) Perspektivmeldingen 2021.	Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes bruk av legeressurser. Dokument 3:2 (2018-2019)
Meld. St. 22 (2001-2002) Et mindre og bedre statlig eierskap	Riksrevisjonens undersøkelse av risikostyring i de regionale helseforetakene og helseforetakene. Dokument 3:13 (2023-2024)
Meld. St. 6 (2022–2023) Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap i selskaper	Reglementet for økonomistyring i staten
Meld St. 7 (2019–2020), 2020–2023	Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (hjemmesider og veiledere)
Prop. 1 S (2022–2023) For budsjettåret 2023. Helse- og omsorgsdepartementet	Nøklene til handlingsrommet. Hva fremmer og hemmer effektivisering i staten. Difi 2016:6
Rammeverk for virksomhetsstyring i HSØ	Effektiviseringsarbeid i statlige virksomheter – Hvor trykker skoen nå? Difi 2019:7
NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.	

# Vedlegg 2 – Revisjonskriterier

Under viser vi revisjonskriteriene fordelt på hver av de tre problemstillingene, i en komprimert form.

## **Problemstilling 1: Hvilke overordnede rammer og føringer for planlegging og budsjettering får klinikkene og avdelingene fra ledelsen i foretaket?**

### **Kriterier:**

- Ressursutnyttelse:
  - Optimal bruk av ressurser
  - Effektiv organisering av virksomheten
- Styring og kontroll:
  - Etablering av interne kontrollsystemer
  - Effektiv ressursbruk og måloppnåelse
  - Systematisk styring av aktiviteter
- Styringsystem for plan og budsjettering:
  - Helhetlig system med klare prinsipper
  - Tydelig sammenheng mellom flerårig plan, årlig planlegging og budsjettering
- Bruk og etterlevelse av styringsystemet:
  - Enhetlig kommunikasjon av krav
  - Lederavtaler og stillingsbeskrivelser som reflekterer kravene
  - Kultur for å overholde budsjetterrammer
- Støtte og verktøy:
  - Opplæring og kompetanseoppbygging
  - Verktøy og analyser for planlegging og budsjettering
  - Koordinert støtte og veiledning
- Kontinuerlig forbedring:
  - Regelmessig evaluering og benchmarking

## **Problemstilling 2: Utarbeider klinikkene og avdelingene realistiske planer for aktivitet og bemanning?**

### **Kriterier:**

- Aktivitets- og bemanningsplaner:
  - Utarbeides i gjeldende klinikker og avstemmes med samarbeidende enheter
  - Overholder budsjetterrammer og er fleksible
- Retningslinjer for ressursstyring:
  - Klare føringer og ansvar for utarbeidelse av planer
  - Opplæringstiltak og verktøy for beregning av aktivitets- og bemanningsbehov
- Aktivitetsplan:
  - Basert på pasientstrømmer og forventede endringer
  - Avstemmes med samarbeidende enheter
  - Tar hensyn til årlige virksomhetsplaner og eventuelle endringer i teknologi, arbeidsformer og metoder
- Bemanningsplan:
  - Basert på aktivitetsgrunnlaget
  - Avstemmes med faggrupper og avdelinger
  - Samsvar mellom arbeidsplan, turnus og oppgaveplan
- Kapasitetsplanlegging:
  - Evaluering av tilgjengelig kapasitet
  - Identifisering av flaskehals og forbedringsområder

**Problemstilling 3: På hvilken måte sørger klinikkene og avdelingene for at budsjettet er avstemt mot forventet aktivitet og nødvendig bemanning for å opprettholde kvaliteten på tjenestene på den ene siden, og budsjetttrammene på den andre siden?**

**Kriterier:**

- Oppfølging og kvalitets sikring:
  - Vurdering av aktivitetsnivå og bemanningsplaner.
  - Mekanismer for å håndtere differanser mellom budsjett og ressursbehov
- Dokumentasjon og forankring:
  - Dokumentasjon og begrunnelse for budsjettjusteringer
  - Involvering av nøkkelpersoner og transparent prosess
- Kvalitetssikringsprosesser:
  - Koordinering av foreløpig tildeling av budsjett med forventet aktivitet og bemanning
  - Beslutningsgrunnlag for ressursallokering
  - Oppfølging budsjettering basert på samme forutsetninger og analyser
  - Analyse av avvik med korrigerende planer
- Evaluering av budsjettprosessen:
  - Regelmessig evaluering for å sikre relevans og realisme
  - Tilbakemeldinger og vurdering av forbedringsområder

### ***Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst***

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

### ***Vår visjon***

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst, og gjennom dette bidra til bedre helsetjenester.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

### ***Om revisjonsprosjektet***

Revisjonsperiode: Mai - september 2024

Virksomhet: Sykehuset i Vestfold HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Hans Petter Eide (oppdragsleder)
- Dag Forbord (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Sykehuset i Vestfold HF
- Administrerende direktør i Sykehuset i Vestfold HF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

### ***Konsernrevisjonens rapporter***

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>