

Till
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för hälso- och sjukvårdsstyrelsen år 2016

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer har granskat hälso- och sjukvårdsstyrelsens verksamhet under år 2016.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och återredovisning till fullmäktige.

Revisorernas ansvar är att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsd i kommunal verksamhet och regionens reglemente för revisorskollegiet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning. Vår samlade kommentar och bedömning från granskningen under året samt omfattningen av granskningen framgår av revisionens årspromemoria, som fogats till revisionsberättelsen för regionstyrelsen.

Vi ger hälso- och sjukvårdsstyrelsen en anmärkning för verksamhetsåret 2016.

Anmärkningens mot hälso- och sjukvårdsstyrelsen ges på följande grunder:

- Bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll.
Styrelsen saknar ett heltäckande system för styrning, ledning, uppföljning och kontroll, och systemet är därmed inte helt tillfredsställande i sin utformning. Då styrelsen inte heller använt detta system fullt ut vad gäller genomförande och uppföljning, samt inte tydligt vidtagit tillräckliga åtgärder då brister rapporterats har styrning, ledning, uppföljning och kontroll varit bristande. Styrelsen har också uppvisat en bristande styrning vad gäller hälso- och sjukvård till asylsökande.
- Bristande måluppfyllelse, ohörsamhet till mål och riktlinjer fastlagda av fullmäktige eller i föreskrifter.
Fullmäktiges verksamhetsmässiga mål vad gäller framförallt tillgänglighet uppnås inte. Styrelsen har som systemägare för den samlade hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen uppvisat en ohörsamhet mot riktlinjer och beslut, genom att inte följa anvisningarna för *när* viktiga styrdokument för målstyrningen ska vara beslutade. Styrelsen uppvisar också en ohörsamhet avseende *vad* som ska rapporteras vad gäller målstyrning i delårsrapport augusti.
- Otillräcklig beredning av ärenden.
Styrelsen har inte följt Västra Götalandsregionens beslutade anvisningar för en tillräcklig ärendeberedning. Detta har lett till allvarliga konsekvenser då det gäller beslut om avtalstilldelning för alarmeringstjänster i synnerhet, då styrelsen inte säkerställt att upphandlingslagstiftningen följts i dessa ärenden.
- Obehörigt beslutsfattande.
Styrelsen har fattat beslut utan att det finns stöd för detta i styrelsens uppdrag eller i delegationen från fullmäktige, genom att ge uppdrag till andra nämnder.

Vi bedömer att verksamheten inte i tillräcklig omfattning bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt att den interna kontrollen inte varit tillräcklig.

Vi har vid granskningen av nämndens redovisning funnit att den fyller kraven enligt den kommunala redovisningslagen.

Trots vår kritik och den anmärkning vi riktar mot hälso- och sjukvårdsstyrelsen tillstyrker vi att ansvarsfrihet beviljas för styrelsen och dess enskilda ledamöter.

Vänersborg den 15 mars 2017



Birgitta Eriksson
Ordförande



Ulf Sjösten
Vice ordförande



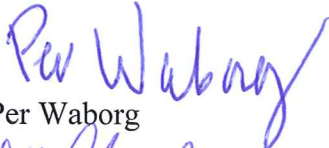
Krister Stensson



Bernt Sabel



Ulla Göthager



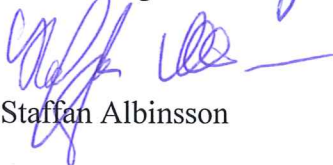
Per Waborg



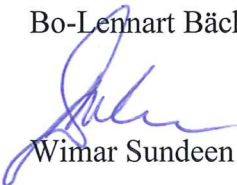
Bo-Lennart Bäcklund



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

Årsrapport Hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2016

Diarienummer REV 2017-00012

Behandlad av revisorskollegiet den 15 mars 2017

Årets granskning av hälso- och sjukvårdsstyrelsen

1. Inriktning

I den årliga revisionen prövas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig. Den årliga revisionen omfattar granskning och bedömning inom följande områden:

- Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat
- Intern kontroll
- Räkenskaper

2. Genomförd granskning

Revisionen har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorskollegiet samt från en granskningsplan avseende nämnd/styrelse. I granskningen har revisorerna biträtt av revisionsenheten. Därtill har räkenskaperna granskats av Deloitte.

2.1 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Granskningen av styrelsens årsredovisning 2016 utgör en del i den grundläggande granskningen. Granskningen syftar till att bedöma om nämnden rapporterar enligt de anvisningar som koncernkontoret utfärdat samt om de resultat nämnden redovisar för verksamhet och ekonomi överensstämmer med fullmäktiges beslut om budget, mål och uppdrag.

Iakttagelser

HSS resultat för 2016 blev +252 mnkr, jämfört med den budget som beslutades i december 2015. Överskottet motsvarar 2,2% av budgetomslutningen. Helårsprognoserna som gjordes i delårsrapport mars och augusti var +70 mnkr respektive +190 mnkr. Överskottet beror på att utvecklingsmedel samt statsbidrag som styrelsen har att fördela fortfarande ligger kvar centralt. Posterna med störst avvikelser är medel för ordnat införande, statsbidrag för rehabiliteringsgarantin och sjukskrivning, statsbidrag inom psykiatri, medel för regional utvecklingsplan vuxenpsykiatri, samt medel för det reformerade tandvårdsstödet. En särskild granskningsinsats avseende överskottet finns under avsnitt 2.6 Bevakningsområde: HSS förmåga att fördela medel.

Vad gäller det verksamhetsmässiga resultatet har flera av tillgänglighetsindikatorerna försämrats jämfört med 2015. Andelen garantipatienter som väntat högst 30 dagar på första besök till BUP var 67% i nov 2016 jämfört med 70% 2015 i hela VGR. Andel vårdgarantipatienter som väntat högst 90 dagar på första besök uppgick i nov 2016 till 72% i hela VGR, jämfört med 76% 2015. Andel vårdgarantipatienter som väntat högst 90 dagar på första behandling uppgick till 69% i nov 2016, jämfört med 78% 2015. För inget av de tre hälso- och sjukvårdsmålen görs en helhetsbedömning av om målen uppnåtts. För två av målen beskrivs visserligen att aktiviteterna gjort att VGR rört sig i rätt riktning mot målet, men att indikatorerna gör det svårt att dra någon tydlig slutsats. En särskild granskningsinsats avseende HSS målstyrning finns under avsnitt 2.8 Bevakningsområde: Målstyrning.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att styrelsens årsredovisning är bristfällig. Att det inte finns någon bedömning av grad av måluppfyllelse gör det svårt att bedöma såväl ekonomiskt resultat som verksamhetsmässigt resultat. Redovisningen av aktiviteter visar dock att omfattande insatser pågår i enlighet med RF:s fokusområden. Analys och bedömning av effekterna av aktiviteterna saknas dock i allt väsentligt.

2.2 Fördjupad granskning: Vård till asylsökande och personer utan nödvändiga tillstånd

Granskningens syfte var att bedöma om granskade styrelser säkerställt att målgruppen får vård i enlighet med gällande föreskrifter samt bedriver tillräcklig intern styrning och kontroll. Mot bakgrund av att Västra Götalandsregionens asylmottagande under perioder 2015 och 2016 varit betydligt större än tidigare var fokus hur respektive styrelse hanterat den extraordinära situationen och haft en krismedvetenhet i sitt riskarbete.

Iakttagelser

Vad gäller hälsoundersökningar går det att konstatera att anvisningar finns, tack vare att koncernkontoret tagit fram detta. HSS har inte utdelat något tydligt mandat eller delegation till någon att göra detta eller fattat tydliga beslut själva. Även vad gäller tandvård till asylsökande saknas anvisningar som är tydligt beslutade och/eller identifierade av HSS. Även inom tandvård har därför koncernkontoret fått se till att ta fram riktlinjer. Det sätt som använts för att överföra information avseende vård till asylsökande från koncernkontoret till utförarnas förvaltning verkar inte vara styrt från politiskt håll. Vad gäller information direkt till målgruppen så har många tjänstemän i förvaltningen vidtagit åtgärder för att lösa problem som uppstått just kring information till eller för målgruppen. HSS har vidtagit vissa åtgärder för att säkerställa att information tillgängliggörs för målgruppen, bland annat genom att det ligger i den regionala samordnarens uppdrag att samordna de informationsinsatser som genomförs framförallt inom hälso- och sjukvården. HSS har fattat vissa beslut om styråtgärder för vård till asylsökande, framförallt ekonomiska. De ekonomiska styråtgärderna har främst följts upp i regionens ordinarie uppföljnings- och rapporteringsprocess, där resultatet av satsade medel beskrivs mycket övergripande. Om medlen lett till förbättrad situation för de verksamheter som fått del av dem beskrivs inte, exempelvis beskriver man inte om den extra ersättningen man ger till de verksamheter som utför hälsoundersökningar faktiskt lett till att fler undersökningar genomförs och det är oklart om sådan uppföljning gjorts. Möjligheten att tillgodose asylsökande den vård de har rätt till har inte ingått i styrelsens riskvärdering (trots att 2016 års internkontrollplan inte antogs förrän i april 2016) och därmed inte i styrelsens system för intern kontroll. Den uppföljning styrelsen får tenderar därför att vara ad hoc snarare än systematisk. Det är slutligen otydligt hur HSS följer upp och ämnar följa upp de anvisningar som är kopplade till styrelsen avseende vård till asylsökande.

Bedömning

Utifrån granskningens syfte och uppsatta revisionskriterier, främst HSS:s eget reglemente och kommunallagens krav på att bedriva verksamheten på ett tillfredsställande sätt, är bedömningen att HSS på styrelsenivå inte säkerställt att målgruppen får vård i enlighet med gällande föreskrifter. Främst då styrelsen inte sett över, analyserat och vid behov anpassat styrsystemet då flyktingsituationen förändrades drastiskt. HSS har varit aktiva genom att efterfråga viss information och utifrån den fatta beslut om åtgärder, och har på så sätt prioriterat frågan. Att inte ha sett över styrningen till andra verksamheter och därmed inte skapat tillräckliga förutsättningar för dem gör dock att HSS inte i tillräcklig

omfattning levt upp till sitt ansvar som systemägare, vilket inneburit risk för bristande samordning av uppdraget. HSS har efter revisorernas rapport bland annat beslutat om att införa regionala medicinska riktlinjer på området, samt att tydliggöra de olika ansvarsområdena i det övergripande styrsystemet.

2.3 Fördjupad granskning: Jämlik cancervård – professionernas styrning

Granskningen syftar bland annat till att bedöma om hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig regional styrning och uppföljning av nationella och regionala vårdprogram och riktlinjer.

Iakttagelser

Styrelsen ska i sin roll som systemägare säkerställa att invånarnas behov av hälso- och sjukvård samt möjligheter till val av vårdutbud tillgodoses på ett jämlikt sätt i hela Västra Götaland. I styrelsens arbete ingår bland annat att besluta om medicinska riktlinjer och prioriteringar i vården samt att följa upp vårdbehov, vårdkonsumtion och vårdens kvalitet. Tjänstemän i regionledningen och politiker har begränsat inflytande över den medicinska professionsutövningen. Den politiska styrningen skapar dock förutsättningar för professionsstyrningen genom att bl.a. fördela resurser till olika verksamheter. Avseende cancervården har HSS hjälp av RCC Väst. För att cancervården ska kunna belysas på lämplig detaljnivå finns sedan flera år en projektgrupp som är ett slags beredande organ. Den rapporterar resultat till hälso- och sjukvårdsdirektören och koncernledningsgruppen samt bereder frågor som kräver beslut i linjeorganisationen. Oftast är det hälso- och sjukvårdsdirektören som rapporterar till både koncernledningsgruppen och HSS.

Bedömning

En fråga som inte är helt tydlig är vilken politisk instans som ska ta initiativ för att lösa kapacitetsbrister, köproblemer, logistikproblem eller kompetensförsörjningsproblem. De köproblemer som finns vid respektive sjukhus bör i första hand uppmärksammas och åtgärdas av respektive utförarstyrelse men ibland kan regionala initiativ vara en adekvat åtgärd. Det finns ännu ett flertal ledtider som inte uppfyller kraven samt några allvarliga kapacitetsproblem som rör centraliserade resurser för diagnostik och operativa ingrepp. Granskningen visar även att patienter som söker för besvär som inte misstänks vara maligna har fått stå tillbaka för cancerpatienterna.

2.4 Nämndfördjupning: Beredning av beslut om alarmeringstjänster i VGR

Syftet är att granska att HSS säkerställt att VGR:s nuvarande och kommande avtal avseende alarmeringstjänster tilldelats på korrekta grunder samt att avtalen är ändamålsenliga. Detta för att säkerställa att HSS inte brustit i sitt styrningsansvar på detta område.

Iakttagelser

Det är inte dokumenterat i underlagen att HSS i beredningen prövat och besvarat de frågeställningar som enligt regionens riktlinjer för ärendeberedning ska besvaras. Vidare har revisorerna tidigare bedömt att ärendet skulle kunna vara ett fullmäktigeärende, vilket inte framgår om HSS tagit ställning till, utifrån de underlag som finns.

Huvudregeln är att när en upphandlande myndighet köper något ska detta göras genom en annonserad upphandling. Bestämmelser om undantag ska tolkas restriktivt och det är den som åberopar undantaget som ska visa på omständigheter som gör undantaget tillämpligt i varje enskilt fall. HSS har inte tydliggjort vilket förfarande de avser använda vid beslut om

varken Avtal 1-2016 eller Avtal 2-2016, utan hänvisat till flera olika undantag vid olika tillfällen. För dessa undantag har HSS inte heller tydligt beskrivit att förutsättningar för respektive undantag är uppfyllda. HSS har inte i avtalstilldelningarna under 2016 i samband med förändringarna avseende bemannings- och kompetenskrav genomfört någon dokumenterad konsekvensanalys eller utredning av de faktiska beslut som fattats, exempelvis utifrån patientsäkerhet och kvalitet.

Bedömning

Bedömningen är att HSS uppvisat brister i sin beredning av avtalstilldelningarna. Vidare har HSS inte säkerställt att avtalstilldelningen är korrekt då de dels inte tydligt beslutat vilket förfarande de avser använda, dels inte gjort en tydlig bedömning av om just det förfarandets villkor var uppfyllda. Bristerna är allvarliga, då lagstiftningen i både Sverige och EU betonar att undantag från upphandlingsreglerna ska användas restriktivt, och om de används vara säkerställda, så att inte organisationer ska diskrimineras. HSS har inte heller säkerställt att avtalstilldelningen är ändamålsenlig.

Den sammanfattande bedömningen är att HSS brustit på ett flertal av de grunder som revisorerna kan rikta kritik utifrån. HSS har i hanteringen av avtalstilldelningen inte uppfyllt de krav som följer av styrelseansvaret i kommunallagen 6 kap 7§.

2.5 Nämndför djupning: HSS:s avtal med föreningen ICHOM

Syftet med granskningen var att ta reda på om HSS följt gällande riktlinjer avseende beredning av avtal med föreningen ICHOM och studieresan till USA, samt att granska att HSS säkerställt att avtalet och studieresan var ändamålsenliga utifrån HSS ansvar och uppdrag. ICHOM arbetar med att ta fram standardset för att kunna mäta patientrapporterat hälsoutfall och bidra till utvecklingen av värdebaserad vård.

Iakttagelser

HSS kan endast teckna avtal med ”andra regioner och landsting eller motsvarande, efter samråd med regionstyrelsen”. Av ärendeberedningen framgår inte att avtalet tecknats efter samråd med regionstyrelsen. Vad gäller beslut om avtalet finns ett flertal frågor utifrån regionens anvisningar om ärendeberedning som inte besvaras. Även för de frågor som besvaras finns olika uppfattningar på tjänstemannasidan avseende den bedömning som gjorts om att förvaltningarna inte kommer behöva ta fram någon ny data och att VGR redan har de variabler som krävs. I ärendet beskrivs att VGR genom avtalet kan få större fokus på patientrapporterat hälsoutfall i VGR:s uppföljning samt ta en aktivare roll i utvecklingsarbetet och framtagandet av standardset. Det framgår dock inte hur detta arbetssätt kommer att leda till exempelvis förbättrad kvalitet eller bättre målfyllnelse för andra hälso- och sjukvårdsmål. Vad gäller studieresan har den bekostats av regionala utbildningsmedel som tilldelas partierna. Beslut har även fattats av RS:s ordförande att ledamöterna som reste får genomföra denna resa. Av all dokumentation framgår dock att resan företas av HSS, men HSS har varken fattat beslut om resan i sig, eller vad deltagarna på resan ska diskutera med de organisationer de möter.

Bedömning

Det framgår inte att avtalet med ICHOM tecknats efter samråd med regionstyrelsen, varför HSS inte haft rätt att teckna avtalet. Utifrån ovanstående är bedömningen vidare att HSS inte heller säkerställt att avtalets beredning skett i enlighet med regionens anvisningar. I den dokumentation revisionsenheten tagit del av framgår inte att HSS arbetat aktivt för att säkerställa kopplingen mellan sitt uppdrag och ICHOM:s syfte. Bedömningen är därför att

HSS inte säkerställt att avtalet är ändamålsenligt. Vad gäller studieresan finns en stor otydlighet avseende om deltagarna rest som partirepresentanter eller representanter för HSS. Bedömningen är att då HSS inte fattat beslut om att deltagarna ska representera HSS och inte heller vad som ska avhandlas under resan så har HSS varken säkerställt en tillräcklig beredning eller ändamålsenlig studieresa. HSS har därmed brutit vad gäller att säkerställa en tillräcklig beredning, men också måluppfyllelse genom att visa ohörksamhet mot regionens riktlinjer och inte säkerställa ändamålsenligheten.

2.6 Bevakningsområde: Förmåga att fördela avsatta medel

Syftet med granskningen har varit att följa HSS:s ekonomistyrning avseende just fördelning av medel, och vilka åtgärder styrelsen vidtagit under året för att medlen ska kunna användas 2016 i verksamheterna. Granskningen har genomförts genom granskning av protokoll och handlingar, och frågor har ställts till förvaltningen och vid kollegiets möten med HSS.

Iakttagelser

Inför 2016 förändrades fördelningen av statsbidrag på så sätt att samtliga statsbidrag skulle gå via moderförvaltningen och inte direkt ut till utförarverksamheterna. Detta för att risken istället skulle tas centralt vid den händelse att statliga medel inte betalades ut, betalades ut senare än förväntat osv. HSS hade redan 2015 en positiv budgetavvikelse på +186 mnkr, framförallt på grund av medel inte fördelats som budgeterat. Det nya förfarandet utökade HSS:s budget väsentligt, men HSS fattade inga särskilda beslut med anledning av detta för att exempelvis fastställa ett dokumenterat, övergripande system för uppföljning av medlen på styrelsenivå eller att särskilt följa detta. Styrelsen har vid dialogmöte anfört att problemet var nytt för 2016. Vid beslut om riskanalys och internkontrollplan i april 2016 finns detta med som ett kontrollområde. Under hösten har HSS vidtagit åtgärder för att medel ska hinna fördelas och användas i tid 2017, genom att fatta beslut om ett flertal statsbidrag redan i september. Bara ett fåtal av dessa beslut påverkar dock resultatet 2016.

En uppföljning av kontrollen har gjorts vid delårsrapport augusti och årsredovisning 2016. Trots att kontrollen endast genomförts på två stycken beslut vid delår augusti har man funnit avvikelse för ett av dessa områden vad gäller att avropa medel, bland annat till följd av otydliga internfaktureringsrutiner. Helårsprognosen efter augusti var +190 mnkr men HSS vidtog inga dokumenterade åtgärder utifrån rapporteringen för att förbättra resultatet för år 2016. HSS resultat för år 2016 blev +252 mnkr. Vid dialogmöten har HSS framfört att det, förutom statsbidragen som är svårare för HSS att själva styra, framförallt är ordnat införande vars budgetpost utökats väsentligt under 2016 som skapat det stora överskottet. Även då dessa medel undantas finns dock ett antal poster som HSS själva styr över som uppvisar stora avvikelser. Dessa är framförallt regional utvecklingsplan för vuxenpsykiatri (+33 mnkr), reformerat tandvårdsstöd (+22 mnkr), fler ST-läkare inom VGPP (+14 mnkr), fri mammografi (+12 mnkr), närsjukvårdsmedel (+12 mnkr) samt fri tandvård 20-24 år (+11 mnkr). Avvikelserna varierar från 6% till 60% av det totala anslaget för respektive post. I vissa fall har HSS förklarat att besluten fattats sent 2016 och därför inte hunnit fördelas, eller att förvaltningarna inte avropat i den mån HSS budgeterat för. Det senare beskrivs i sin tur delvis bero på att det varit svårt att rekrytera personal eller att det i vissa fall, till följd av att anvisningarna inte alltid nått hela vägen ut i verksamheten, varit otydligt kring hur medel ska avropas. HSS menar att de indikationer de fått om att medel inte verkat avropas i tillräcklig takt inte innebär att HSS kan besluta om att medlen ska gå till någonting annat.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att problematiken avseende att medel inte fördelades och/eller avropades i tid borde varit känt för HSS redan vid budgetbeslutet 2016, eller senast i samband med beslut i mars 2016 om godkännande av årsredovisning 2015. Trots detta har inga övergripande styrande åtgärder vidtagits för att exempelvis på styrelsenivå löpande följa medelavrop hos förvaltningarna för att snabbt kunna göra en analys och vidta åtgärder vid upptäckt av att medel avropats i för liten utsträckning. Den kontroll HSS sedan beslutar om i sin internkontrollplan är med tanke på den nya rutinen för statsbidragen samt tidigare historik troligen inte tillräcklig. Att styrelsen endast får rapportering en gång under innevarande år begränsar starkt styrelsens möjligheter att förstå situationen och sedan vidta tillräckliga åtgärder. Så som kontrollen genomförts går det också att ifrågasätta om kontrollen genomförts på ett tillräckligt stort urval. Trots att styrelsen ändå fick avvikelser rapporterade vidtogs ingen dokumenterad åtgärd för att förbättra förvaltningarnas förutsättningar och möjligheter att avropa medel. Utifrån ovanstående är bedömningen att HSS inte uppfyller god ekonomisk hushållning vad gäller just styrningen kring medelsfördelning.

2.7 Bevakningsområde: HSS följsamhet till gränssnitt och ansvarsfördelning gentemot ägare och beställare

Revisionen har i en tidigare granskning bedömt att det finns en risk att ärenden bereds och beslutas av fel nämnd. Syftet med granskningen har varit att belysa om HSS i sina beslut följer gällande reglementen och lagstiftning vad gäller gränssnitt och ansvarsfördelning gentemot ägare och beställare. Granskningen har genomförts genom granskning av protokoll och handlingar, och frågor har ställts till förvaltningen och vid kollegiets möten med HSS.

Iakttagelser

Enligt HSS:s reglemente är styrelsen Västra Götalandsregionens ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organ och systemägare för den samlade regionfinansierade hälso- och sjukvården och tandvården. I reglementet framgår vad och hur de ska göra för att uppfylla sitt ansvar som systemägare. HSS har dock under 2016 beslutat om att ge direkta uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnderna (fortsättningsvis HSN). 2016-03-23 beslutade HSS att ge HSN i uppdrag att genom direktupphandling upphandla utökad verksamhet vid de vårdcentraler som bedömdes ha en större förhöjd vårdtyngd till följd av migrationen än genomsnittet av vårdcentralerna i VGR. 2016-08-25 beslutade HSS (på delegation av HSS:s ordförande) att uppdra åt HSN att finansiera språktolkkostnader till folktandvården och privata vårdgivare under 2016 och 2017 vid tandvård för vuxna personer över 24 år, oberoende av avtalssituation. 2016-10-19 beslutade HSS att uppdra åt HSN att teckna tilläggsöverenskommelser med styrelser för akutsjukhusen utöver takvolymen i vårdöverenskommelser 2017, samt att samordna uppdragen och att fördela volymer och resurser i rimlig proportion till respektive sjukhus storlek och kapacitet. Vid dialogmöte med HSS har revisorerna påpekat att ingen nämnd är överställd en annan. HSS menar å sin sida att detta kan hänföras till att de har ansvar för att samordna hälso- och sjukvårdsnämndernas uppdrag.

HSS har också under 2016 beslutat i frågor som kan anses falla inom fullmäktiges icke-delegerbara ansvarsområde, enligt kommunallagens 3 kap 9§. Ett av dessa ärenden är ovan nämnda ärende där HSN uppdras att teckna tilläggsöverenskommelser med styrelser för akutsjukhusen utöver takvolymen. HSS har i det ärendet beslutat om ny ersättningsmodell för 2017. Av HSS:s reglemente framgår att de får ”utveckla och ta fram förslag till

regiongemensamma ersättningssystem”, men att styrelsen har rätt att besluta om detta framgår inte. I reglementet finns ett flertal andra områden och arbetsuppgifter där det tydligt är utskrivet att HSS får just ”besluta”. Även de två beslut HSS fattat under 2016 avseende tilldelning av kontrakt för alarmeringstjänster kan vara av sådan principiell karaktär att det är en fråga för fullmäktige (se även avsnitt 2.4 Nämndförordning: Beredning av beslut om alarmeringstjänster i VGR).

Bedömning

Utifrån den granskning som gjorts av de beslut HSS fattat under året finns tre beslut där HSS överträtt sitt mandat och sina beslutsbefogenheter, genom att ge uppdrag till andra nämnder. För ytterligare tre beslut (två beslut avseende alarmeringstjänster samt beslut om ersättningsmodeller) kan HSS ha överskridit sitt mandat genom att ha fattat beslut i frågor som fullmäktige skulle fattat beslut om. Båda ärendena är av stor vikt och kan vara principiella, och vad gäller beslutet om ersättningsmodeller kan det även falla in under andra punkten i KL 3 kap 9§, där det fastslås att fullmäktige beslutar om ”budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor”. Det är dock inte felaktigt att HSS bereder ärendena.

Obehörigt beslutsfattande är en av de grunder revisorerna kan rikta en anmärkning mot en styrelse utifrån, och exemplifieras i god revisionssed med att en styrelse eller nämnd fattat beslut utan att det finns stöd för detta i styrelsens eller nämndens uppdrag i delegation från fullmäktige, eller är av stor vikt eller principiella enligt KL 3 kap 9§. Revisionsenhetens bedömning är att besluten avseende uppdrag till HSN samt beslut om ersättningsmodeller faller utanför styrelsens uppdrag från fullmäktige. Beslutet om ersättningsmodeller kan också, tillsammans med besluten om alarmeringstjänster, vara fullmäktigebeslut enligt kommunallagen. De ovan nämnda besluten riskerar därmed att utgöra ett obehörigt beslutsfattande av HSS.

2.8 Bevakningsområde: Målstyrning

Ett flertal granskningsinsatser under 2015 visade att HSS:s målarbete inte var tydligt, och därmed riskerade att inte vara ändamålsenligt. Syftet med granskningen har varit att klargöra huruvida HSS:s målstyrning förbättrats från 2015 så att den nu följer regionens riktlinjer, eller om den fortsatt uppvisa brister. Granskningen har genomförts genom granskning av protokoll och handlingar, och frågor har ställts till förvaltningen och vid kollegiets möten med HSS.

Iakttagelser

HSS har antagit de tre av RF:s nio mål som berör hälso- och sjukvård. I budget beskrivs att målen kommer att följas upp genom att redovisa samtliga av de indikatorer RF fastställt för respektive mål i delårsrapporterna och årsredovisningen. Målen ska uppnås genom arbete med fokusområdena, vilka HSS tydligt kopplat till de olika målen. Det är dock otydligt hur fokusområdena ska uppnås, då det inte beskrivs *om, hur* eller *när* HSS tänker vidta identifierade viktiga åtgärder/aktiviteter. Icke-specifika begrepp som ”åtgärd bör vidtas”, ”arbeta tydligare”, ”utveckling fortsätta” används och det beskrivs inte specifikt vad HSS faktiskt ämnar göra. En tydlig beskrivning av vad HSS anser är godkända måltal, önskade utfall eller förväntade effekter vid årets slut saknas för både mål och fokusområden. Till varje fokusområde kan dock ca 2-5 möjliga aktiviteter utläsas även om alla dessa inte är så specifika. Det finns inte en specifik verksamhetsplan för HSS där styrningen förtydligas, däremot finns en övergripande verksamhetsplan för koncernkontoret.

Vid delårsrapporteringen redovisas inte indikatorernas utfall. För vissa av fokusområdena rapporteras uppföljningen enligt anvisningar sett till att man beskriver vad som genomförts och vilken status aktiviteten har. För målen görs ingen helhetsbedömning av möjligheten att nå målet vid årets slut och ingen helårsprognos av indikatorerna görs. En förklaring som givits av HSS är att de uppsatta indikatorerna inte alltid upplevs relevanta, och att målen som helhet är alltför breda för att utvärdera på årsbasis och därmed inte rimliga att styra mot per år. Detta framgår dock inte av varken budget eller delårsrapport. HSS anser det mer relevant att styra mot fokusområdena.

Vad gäller årsredovisningen redovisar HSS inte samtliga av de indikatorer de i budget angett att de ska redovisa för målen. Då en genomgång av RS årsredovisning visat att de inte rapporterat hälso- och sjukvårdsmålen överhuvudtaget har därmed ingen av regionens ägare för hälso- och sjukvården följt upp alla de indikatorer som fastställts i budget och som de på förhand angivit. HSS redovisar istället fokusområdena för respektive mål, och konstaterar för två av målen att man rört sig i rätt riktning men att ingen tydlig slutsats avseende målen som helhet kan dras. För det tredje målet görs ingen samlad helhetsbedömning alls. Det finns också rapporterade indikatorer som uppvisar stora avvikelser, men inte kommenteras. Detta är främst Andel garantipatienter som väntat högst 30 dagar på första besök till BUP, samt andel vårdgarantipatienter som väntat högst 90 dagar på första besök eller behandling, vilka visar ett sämre utfall än 2015. Indikatorn Andel patienter där total vistelsetid ≤ 4 timmar vid besök på akutmottagning har samma utfall som 2015, men nivån var redan då låg; 61%. Inte heller detta kommenteras särskilt. Samlat beskrivs att ”tillgängligheten i VGR är fortfarande ett stort och komplext problem och kommer att vara en av de viktigaste faktorerna att komma till rätta med under 2017” och att man fattat beslut om att inrätta en regional styr- och samordningsfunktion för tillgänglighet, med start 2017, för att förbättra den otillräckliga tillgängligheten i VGR.

Bedömning

Granskningen visar att HSS har problem med sin styrning på en övergripande nivå. Det finns brister i styrsystemet avseende hur styrelsen brutit ned och hanterat RF:s mål. Bristerna gäller både utformning och återrapportering. Styrdokumentet där målstyrningen preciseras är sent beslutade, och måltal eller tydlig beskrivning av önskat utfall 2016 saknas för målen och fokusområdena. Det går därmed inte tydligt att skönja någon övergripande strategi eller styrning från HSS vad gäller målen.

HSS:s styrsystem brister dock framförallt vad gäller uppföljningen. HSS följer inte upp målen såsom angivet med t.ex. bedömning och prognos i delårsrapporten, utan rapporterar framförallt genomförandet av aktiviteterna. Vid delårsrapport augusti torde det därför vara svårt för HSS att få en helhetsbild över om önskat verksamhetsmässigt resultat kommer att uppnås. I synnerhet då inte heller avvikelser rapporteras tydligt. Att HSS inte heller kommunicerat till RS att de anser att indikatorerna inte alltid mäter målen fullt ut bedöms också som bristande. Vad gäller redovisningen av målen i årsredovisningen brister detta när det kommer till helhetsbedömningar av målen, och det går därmed inte att uttala sig om huruvida HSS säkerställer en ändamålsenlig verksamhet.

2.9 Övriga bevakningsområden

Under året har ett flertal mindre områden bevakats inom ramen för den grundläggande granskningen av HSS. En fullständig sammanställning av dessa finns i Bevakningsområden Granskningsrapport HSS 2016. Nedan följer sammanfattande iakttagelser och bedömningar av områden som inte beskrivits separat i årsrapporten.

- VÖK-processens ändamålsenlighet
 HSS har under 2016 tidigarelagt besluten (sept 2016) om flera statsbidrag och utvecklingsanslag för 2016, så att detta varit känt innan VÖK:arna slutligt skrevs på. I bilagorna till VÖK:arna finns specificerat de HSS-pengar som fördelas. Samtidigt konstateras i delårsrapport augusti att ”HSS samordningsansvar kring beställningsarbetet kvarstår som en utmaning att lösa. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen ska enligt reglementet samordna hälso- och sjukvårdsnämndernas arbete. Några samordningsbeslut är inte fattade under året, men styrelsen har hållit sig informerad om läget i vårdöverenskommelsearbetet.” Denna beskrivning har också bekräftats inför och vid kollegiets arbetsgruppsmöten med HSS. Bedömningen är att det verkar saknas en övergripande styrningsidé från HSS:s sida kring samordningen av beställningsarbetet. HSS har inte beslutat om anvisningar för detta, vilket de ska göra enligt sitt reglemente. Att HSS fattat tidigare beslut avseende vissa statsbidrag och utvecklingsanslag kan bidra till en bättre beställningsprocess, men är inte att anse som en samordning utav den.
- Psykotriberedningens uppdrag och ansvar
 Det finns ingen särskild, dokumenterad rutin för hur HSS ska följa upp beredningen. Denna följs av förvaltningen upp som alla uppdrag som politiken levererat. Under 2016 blev två uppdrag psykiotriberedningen hade att genomföra kraftigt försenade, på grund av att mer tid behövdes för att säkerställa en kvalitativ utredning. Båda dessa uppdrag var de enda aktiviteter som HSS angett i sin detaljbudget att man skulle genomföra under fokusområdet Stärka första linjens förmåga att möta psykisk ohälsa, som i sin tur var kopplat till målet Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagandet av personer med psykisk sjukdom ska förbättras. Ett av uppdragen har startats upp under hösten 2016. Varken beredningen eller HSS har dock hanterat att den förskjutning som uppstod kan innebära att uppdragen inte hann ge någon större påverkan på målet de hörde till. I årsredovisningen konstateras att ”En kvalitativ bedömning är att VGR genom dessa aktiviteter rört sig i rätt riktning mot en minskad psykiska ohälsa och ett förbättrat omhändertagande av personer med psykisk sjukdom. Utifrån de indikatorer som tagits fram för att stödja respektive mål är det dock svårt att dra någon tydlig slutsats.”
 Bedömningen är att det fortsatt finns viss risk för att gränssnittet, sett till det övergripande ansvaret för mål avseende psykiatri, är otydligt mellan HSS och psykiotriberedningen. Detta framförallt utifrån hur HSS hanterat ovanstående avvikelser i beredningens arbete.
- Informationssäkerhetsarbete inom hälso- och sjukvården utifrån ny informations-säkerhetspolicy
 Varje nämnd och styrelse ska säkerställa att informationssäkerhetsarbetet sker inom ramen för arbetet med intern kontroll. HSS har inte hanterat området i sin riskanalys eller internkontrollplan. Riskanalysen har främst utgått ifrån reglementet, och vid intervju med ansvariga för HSS:s internkontroll har det bekräftats att policies generellt inte hanteras i planen. Vad gäller just säkerhetsarbetet har man på koncernkontoret inte arbetat specifikt mot HSS utan istället är man delaktiga i det förvaltningsövergripande säkerhetsarbetet. Bedömningen är därmed att det finns risk att HSS inte säkerställt att man följt informations-säkerhetsriktlinjerna på det sätt som var tänkt.

2.10 Granskning av intern kontroll

Styrelser och nämnder har ett ansvar för att tillse att verksamheten bedrivs med en tillräcklig intern kontroll. Detta regleras i kommunallagen 6 kap 7 § som beskriver nämndernas ansvar för verksamheten. Granskningen har genomförts genom granskning av protokoll och handlingar, och frågor har ställts till förvaltningen och vid kollegiets möten med HSS.

Iakttagelser

HSS har inte fattat beslut om internkontrollplan i samband med budgetbeslutet i dec-15, utan i april-16. Riskanalysen och riskvärderingen har inte tagits fram av styrelsen utan av tjänstemän, men styrelsen fick information om riskanalys och internkontrollplan vid sammanträdet innan de fattade beslutet om att fastställa internkontrollplanen. Kopplingen till budgeten är svag, och man har istället främst utgått ifrån reglementet och andra styrdokument. Det är dock inte tydligt varför vissa risker valts in i riskanalysen och andra inte. Styrelsen har inte fattat något beslut om att inte hantera de risker som inte tagits in i IK-planen från riskanalysen. Vad gäller genomförandet och användandet av styrsystemet så har inte kontrollerna som skulle genomförts och återrapporterats i delårsrapport mars 2015 utförts på underlag från 2016, utan från 2015. För flera av de kontroller som skulle genomföras till delårsrapport augusti visar granskningen att kontrollen inte genomförts på det sätt som beslutats vilket gör att resultatet av dem inte verkar svara mot den risk som kontrollen ska hantera. Detta gäller framförallt kontrollerna ”Följer HSN regiongemensamma riktlinjer från HSS” samt ”Uppföljning av beslutade medicinska riktlinjer”. I uppföljningen beskrivs att det är svårt att veta vilket genomslag HSS beslut får i avtal och överenskommelser samt att det inte finns någon bra metod för att följa upp medicinska riktlinjer. För ytterligare en kontroll har en genomgång och analys av beslut endast gjorts på tre av minst ett tjugotal beslut. Detta gör sammantaget att det inte är tydligt om en uppföljning utan avvikelser verkligen innebär att inga avvikelser finns.

Bedömning

Bedömningen är att det finns tydliga och stora brister i styrelsens interna kontroll. Den främsta bristen är styrelsens marginella inblandning i framtagandet av riskanalys och att denna inte utgår ifrån de största riskerna i budgeten. Då det inte heller är tydligt varför vissa risker hanteras i IK-planen och andra inte är bedömningen vidare att HSS inte säkerställt en tillfredsställande och ändamålsenlig riskhantering, och därmed inte en tillfredsställande och ändamålsenlig intern styrning och kontroll.

Det finns också brister vad gäller genomförandet av kontrollerna vilket också leder till brister i återrapportering och uppföljning utav dem. Detta gör att HSS möjligheter att vidta åtgärder utifrån rapporterade avvikelser är begränsade. I de fall avvikelser trots allt upptäckts och rapporterats har dock HSS inte vidtagit några åtgärder som en direkt följd av rapportering av kontrollen. Bedömningen är därför att styrelsens uppföljning av den interna kontrollen inte är tillräcklig.

3. Granskning av räkenskaper

Deloitte har inte noterat några avvikelser under löpande granskning.

Bokslutsgranskning

Det har inte framkommit något som tyder på några väsentliga avvikelser i fråga om huruvida:

- Årsbokslutet visar en rättvisande bild av enhetens resultat och ställning.
- Årsredovisningen och den löpande redovisningen uppfyller i allt väsentligt kraven enligt den kommunala redovisningslagen och regionstyrelsens anvisningar avseende räkenskaper.
- Oförändrade redovisningsprinciper har tillämpats.