VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Granskning av sjukhusens prestationsredovisning i Västra Götalandsregionen

Dnr: Rev 29-2012

Genomförd av: Revisionsenheten
Kari Aartojärvi
Tommy Sonestedt
Thomas Vilhelmsson

Behandlad av Revisorskollegiet den 12 september 2012

Innehåll

1. Sammanfattning ... 3
1.1 Bakgrund och syfte ... 3
1.2 Iakttagelser och bedömningar ... 3
1.3 Rekommendationer ... 4

2. Inledning ... 5
2.1 Bakgrund ... 5
2.2 Syfte och revisionsfrågor ... 5
2.3 Omfattning och avgränsning ... 5
2.4 Ansvariga nämnder/styrelser ... 6
2.5 Revisionskriterier ... 6
2.6 Metod ... 6

3. Styrande dokument och beslut ... 7
3.1 Regionfullmäktiges prioriterade mål om ökad produktivitet ... 7
3.2 Regionkansliets anvisningar för prestationsredovisning ... 7

4. Resultat av granskningen ... 8
4.1 Vilka differenser finns mellan redovisade prestationstal i förvaltningarnas årsredovisningar och prestationstal i den årsredovisning som föreläggs regionfullmäktige avseende år 2011? ... 8
4.2 Hur påverkar redovisade prestationstal bedömningen av produktivitetsutvecklingen och hur redovisas och analyseras sjukhusens produktivitetsutveckling i redovisning till sjukhusstyrelserna respektive regionstyrelse/regionfullmäktige? ... 9
4.3 Vad är orsaken till att differenser uppkommer? ... 10
4.4 Vilka konsekvenser får det om olika/felaktiga prestationstal redovisas till den egna styrelsen respektive regionstyrelse/regionfullmäktige? ... 16

5 Sammanfattande bedömning och rekommendationer ... 17

1. Sammanfattning

1.1 Bakgrund och syfte

I regionfullmäktiges budget för 2011 ställs ett generellt effektiviseringskrav på alla styrelser och nämnder på 1 procent. Ett av regionfullmäktiges prioriterade mål är att ”alla verksamheter ska öka sin produktivitet”. I samband med revisorernas årliga granskning avseende sjukhusstyrelserna har det framkommit att det finns skillnader i prestationsredovisning mellan de årsredovisningar som förelagts styrelserna och den samlade årsredovisning som förelagts regionfullmäktige. Skillnaderna är relativt stora och påverkar bedömningar av hur produktiviteten utvecklats under 2011. Problem med prestationsredovisningen noteras också i delårsrapporten per mars 2012.

Utifrån vad som framkommit vid 2011 års granskningar bedömer revisorerna att det finns en risk för att regionfullmäktige inte ges en rättvisande bild av sjukhusens prestations- och produktivitetsutveckling.

Granskningen syftar till att belysa sjukhusens prestationsredovisning och identifiera vilka skillnader som finns mellan sjukhusens interna redovisning och regionkansliets samlade redovisning samt orsakerna till skillnaderna. Utifrån prestationsredovisningen granskas också vilka konsekvenser den får på bedömningar av sjukhusens produktivitetsutveckling.

1.2 Iakttagelser och bedömningar

Granskningen visar att det finns differenser avseende redovisningen av prestationer i olika forum och i olika dokument, som innebär att beslutsfattare får felaktiga beslutsunderlag. Även om differenserna i några fall är stora så bedöms problemen dock inte vara större än att de borde kunna lösas genom att regionkansliet och sjukhusen tillsammans tar fram gemensamma och accepterade principer för sjukhusens prestationsredovisning. Ökad tydlighet behövs beträffande <u>vad</u> som ska redovisas, <u>hur</u> det ska redovisas och <u>varför</u> det ska redovisas. Frågan behöver också lyftas för diskussion på en strategisk nivå.

Granskningen visar också att differenserna i betydande grad påverkar bedömningen av enskilda sjukhus produktivitetsutveckling liksom den samlade produktivitets-utvecklingen för sjukhusvården. Oklarheter vad gäller principerna för redovisning av prestationer och ”åldersstigna” principer för sammanvägning av olika prestationsslag har med största sannolikhet inneburit att felaktiga bedömningar gjorts av sjukhusens produktivitetsutveckling under senare år. Sammanvägningen mellan slutenvård och öppenvård kan också ge felaktiga incitament som påverkar vårdens utveckling och effektivitet negativt. Beskrivning och analys av sjukhusens produktivitetsutveckling i regionens årsredovisningar kan utvecklas.

Revisionen ser positivt på att initiativ nu tagits för att komma tillrätta med problemen i och med att den s.k. RAKEL-gruppen fått ett uppdrag att se över regelverk och principer och att medverka till att redovisning sker på ett likartat sätt.

Granskningen visar vidare att nuvarande rutiner för prestationsredovisning med relativt enkla medel kan utvecklas, vilket skulle eliminera differenserna mellan olika prestationstal i olika rapporter. Det kan innebära nackdelen av något längre ledtider vid rapportering, men fördelen av samstämmig information med hög kvalitet torde väga

tyngre. Det behövs också en funktion inom regionkansliet, som i nära samverkan med sjukhusen, löpande bevakar sjukhusens prestationsredovisning för att säkerställa att en likformig redovisning sker mellan sjukhusen och över tid. I ansvaret kan också ingå att jämföra sjukhusens diagnossättning och eventuella skillnader i antal diagnoser per vårdtillfälle, produktionsmix i slutenvård respektive öppenvård, andel ”kortliggare” i slutenvård, andel öppenvård av total sjukhusvård, undvikbar slutenvård m.m.

1.3 Rekommendationer

Vi rekommenderar att följande åtgärder vidtas:

- Rekommendation: Regionstyrelsen bör skyndsamt, och senast till 2013 års rapportering, tillse att det inte förekommer differenser mellan sjukhusens och regionkansliets prestationstal i de rapporter som framläggs styrelser, genom att RAKEL-gruppen får stöd och nödvändiga resurser för att fullgöra uppdraget att se över regelverket för redovisningen samt principerna för sammanvägning av prestationer.

- Rekommendation: Regionstyrelsen bör på strategisk nivå klargöra målbilden kring prestationsredovisning, dvs vad den ska användas till, hur uppföljning, analys och rapportering av vårdprestationer ska ske samt hur prestationsmått kan användas vid bedömning av enskilda sjukhus produktivitetsutveckling, effektivitet och ändamålsenlighet.

- Rekommendation: Regionstyrelsen bör tydliggöra regionkansliets ansvar kring prestationsrapporteringen och ansvar beträffande principer, riktlinjer och anvisningar för redovisningen. Ansvarig funktion/enhet på regionkansliet bör ges i uppdrag att utveckla prestationsredovisningen tillsammans med sjukhusen i syfte att klargöra:

    - Vad som ska räknas som en prestation och redovisas av sjukhusen samt hur olika prestationsslag kan sammanvägas till ett prestationsmått. Det innebär bl a att ta ställning till hantering av eventuella jämförelsestörande poster i sjukhusens redovisning av prestationer. Prestationsredovisningen och sammanvägningen av prestationer bör i möjligaste mån spegla den resursförbrukning ett sjukhus har och också spegla den vårdutveckling som sker mot mer öppna vårdformer. Huruvida konstruktionen av ett prestationsredovisningssystem kan ge incitament för effektivisering av vården bör övervägas i arbetet.
    - Hur redovisningen ska ske för att säkerställa att differenser mellan olika prestationstal inte uppkommer.
    - När prestationsredovisningen från sjukhusen ska lämnas till regionkansliet för att säkerställa tillräckligt hög datakvalitet.

- Rekommendation: Regionstyrelsen bör tillse att en ansvarig funktion/enhet inom Regionkansliet löpande bevakar sjukhusens prestationsredovisning för att säkerställa att en likformig redovisning sker mellan sjukhusen och över tid. I ansvaret kan också ingå att jämföra sjukhusens diagnossättning och eventuella skillnader i antal diagnoser per vårdtillfälle, produktionsmix i slutenvård respektive öppenvård, andel ”kortliggare” i slutenvård, andel öppenvård av total sjukhusvård, undvikbar slutenvård m.m.

2. Inledning

2.1 Bakgrund

I regionfullmäktiges budget för 2011 ställs ett generellt effektiviseringskrav på alla styrelser och nämnder på 1 procent. Ett av regionfullmäktiges prioriterade mål är att ”alla verksamheter ska öka sin produktivitet”. I samband med revisorernas årliga granskning avseende sjukhusstyrelserna har det framkommit att det finns skillnader i prestationsredovisning mellan de årsredovisningar som förelagts styrelserna och den samlade årsredovisning som förelagts regionfullmäktige. Skillnaderna är relativt stora och påverkar bedömningar av hur produktiviteten utvecklats under 2011. Problem med prestationsredovisningen noteras också i delårsrapporten per mars 2012.

En av revisorernas grunduppdrag är att pröva om verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Resursförbrukning ställt i förhållande till verksamhetens omfattning och kvalitet är avgörande för att kunna värdera om nämnder har en god ekonomisk hushållning. För att kunna mäta produktivitetsutvecklingen måste ekonomisk redovisning och prestationsredovisning vara rättvisande och likartad mellan åren. En rättvisande prestationsredovisning ger möjlighet att granska ändamålsenligheten i resursutnyttjandet inom hälso- och sjukvården.

Utifrån vad som framkommit vid 2011 års granskningar bedömer revisorerna att det finns en risk för att regionfullmäktige inte ges en rättvisande bild av sjukhusens prestations- och produktivitetsutveckling.

2.2 Syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att belysa sjukhusens prestationsredovisning och identifiera vilka skillnader som finns mellan sjukhusens interna redovisning och regionkansliets samlade redovisning samt orsakerna till skillnaderna. Utifrån prestationsredovisningen granskas också vilka konsekvenser den får på bedömningar av sjukhusens produktivitetsutveckling.

Följande revisionsfrågor ska besvaras för att belysa syftet med granskningen:

- Vilka anvisningar och riktlinjer finns för redovisning av prestationer?
- Vilka differenser finns mellan redovisade prestationstal i förvaltningarnas årsredovisningar och prestationstal i den årsredovisning som föreläggs regionfullmäktige avseende år 2011?
- Hur påverkar redovisade prestationstal bedömningen av produktivitets-utvecklingen?
- Hur redovisas och analyseras sjukhusens produktivitetsutveckling i redovisning till sjukhusstyrelserna respektive regionstyrelse/regionfullmäktige?
- Vad är orsaken till att differenser uppkommer?
- Vilka konsekvenser får det om olika/felaktiga prestationstal redovisas till den egna styrelsen respektive regionstyrelse/regionfullmäktige?

2.3 Omfattning och avgränsning

Granskningen omfattar följande sjukhus:

- Sahlgrenska universitetssjukhuset

- NU-sjukvården
- Skaraborgs sjukhus
- Kungälvs sjukhus

Prestationsredovisningen granskas utifrån de fastställda övergripande prestationsmått som använts under en längre period på regionens sjukhus. DRG-poäng, vårdtillfällen inom psykiatrin samt besök i öppenvården vägs ihop till ett prestationsmått, sammanvägda prestationer. Granskningen avgränsas till att studera redovisningen av sammanvägda prestationer i de fyra sjukhusens årsredovisningar för 2011 samt i den årsredovisning som förelagts regionfullmäktige avseende 2011.

2.4 Ansvariga nämnder/styrelser

Granskningen omfattar regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna för Sahlgrenska universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus och Kungälvs sjukhus.

2.5 Revisionskriterier

Som revisionskriterier i denna granskning används:

- Kommunallagens krav på god ekonomisk hushållning
- Regionfullmäktiges mål
- Västra Götalandsregionens budget 2011
- Regionstyrelsens anvisningar för rapportering av prestationer
- Sjukhusens egna anvisningar för rapportering av prestationer

2.6 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med representanter för de fyra sjukhus som omfattas av granskningen. Därutöver har representanter för ekonomiavdelningen och hälso- och sjukvårdsavdelningen på regionkansliet intervjuats liksom systemadministratör för IT-systemet Freja.

3. Styrande dokument och beslut

3.1 Regionfullmäktiges prioriterade mål om ökad produktivitet

I budget för 2011 anger regionfullmäktige ett antal prioriterade mål för verksamhetsåret. Ett av dessa mål är att ”Alla verksamheter ska öka sin produktivitet”. I budgeten 2011 är därför ett generellt effektiviseringskrav på en procent som riktar sig mot utförarna inarbetad. Regionstyrelsen ges i uppdrag att ta fram anvisningar för hur prioriterade mål i budgeten ska följas upp och på ett enhetligt sätt mätas och redovisas. I detaljbudget för 2011 anges att målet om ökad produktivitet ska redovisas i årsredovisningen för 2011.

I budget 2012 finns en liknande målformulering: ”Alla verksamheter ska öka sin produktivitet och effektivitet”. I detaljbudget 2012 anges att ” Alla verksamheter behöver arbeta med detta mål för att öka sin produktion mer än vad kostnaderna ökar”.

I planeringsdirektiven för 2011 resp. 2012 framgår styrtal och måltal som visar hur de prioriterade målen kommer att mätas på regional nivå. För målet avseende ökad produktivitet är styrtalet: ”Bruttokostnad per sammanvägd prestation”.

3.2 Regionkansliets anvisningar för prestationsredovisning

Regionkansliet utfärdar varje år anvisningar för vad nämnder och styrelser ska rapportera till regionstyrelse/regionfullmäktige samt hur rapporteringen ska gå till. Det finns dels en mer teknisk anvisning rörande sjukhusens rapportering av prestationer i koncernredovisningssystemet Cognos Controller, dels en anvisning för vad sjukhusen ska analysera.

I anvisningarna anges att prestationsrapporteringen ska spegla den faktiska resursförbrukningen för den inomregionala respektive den utomregionala vården och - förutsatt oförändrad verksamhetsstruktur - vara jämförbar över åren. Det innebär att alla prestationer oavsett hur ersättning sker ska specificeras och rapporteras, det vill säga även planeringstal (prestationer) för riktade uppdrag och abonnemang där så är möjligt.

I anvisningen anges också att jämförelser och analyser i styrelsernas rapportering ska baseras på inrapporterade prestationer i Controller. Rapportering ska ske enligt de prestationsmått som anges i rapporteringsblanketter i Controller samt utifrån regionalt beslutade definitioner och de regionala regelverk som redovisas på regionens hemsida.

För 2011 gällde att sjukhusen i samband med delårsrapporterna i mars och augusti, oktoberrapporten och årsredovisningen skulle redovisa nyckeltal i form av sammanvägda prestationer. Principerna för viktning av olika prestationsslag togs fram 2006 och de vikter som gäller är följande:

1 DRG-poäng = 0,37 vårdtillfällen inom psykiatrin = 20,63 öppenvårdsbesök

Viktningen har inte förändrats sedan 2006. Det är endast marginella förändringar i anvisningarna för 2012 jämfört med 2011.

4. Resultat av granskningen

4.1 Vilka differenser finns mellan redovisade prestationstal i förvaltningarnas årsredovisningar och prestationstal i den årsredovisning som föreläggs regionfullmäktige avseende år 2011?

4.1.1 Beskrivning

Vid en jämförelse mellan rapporterade prestationstal i sjukhusens årsredovisningar och de av regionkansliet rapporterade prestationstalen i Västra Götalandsregionens årsredovisning för 2011 framkommer differenser mellan uppgifterna. I regionens årsredovisning anges inga detaljerade prestationstal för respektive sjukhus utan istället visas i ett diagram förändringen i sammanvägda prestationer mellan 2010 och 2011 för de olika sjukhusen. Följande tabell visar sjukhusens respektive regionkansliets uppgifter.

Sjukhus	SJUKHUSEN Förändring procent	REGIONKANSLIET Förändring procent	Differens procentenheter
Sahlgrenska universitetssjukhuset	0,9%	-1,8%	2,7%
NU-sjukvården	2,9%	0,2%	2,7%
Södra Älvsborgs sjukhus	3,3%	3,3%	0,0%
Skaraborgs sjukhus	2,7%	1,6%	1,1%
Kungälv sjukhus	3,7%	3,7%	0,0%
Alingsås lasarett	-3,0%	-3,0%	0,0%
Frölunda närsjukhus	-0,9%	-1,9%	1,0%
Angereds närsjukhus	10,0%	10,0%	0,0%
Totalt	**1,8%**	**-0,1%**	**1,9%**

Källa: Sjukhusens årsredovisningar 2011 resp VGR:s årsredovisning 2011

Tabellen visar att 4 av 8 sjukhus har en sifferdifferens. I samtliga fall redovisar dessa sjukhus en mer positiv utveckling av antalet prestationer än vad regionkansliet gör. Till exempel redovisar Sahlgrenska en ökning av sammanvägda prestationer med 0,9% medan regionkansliet rapporterar att sjukhusets prestationer minskat med 1,8%. Det är en differens i bedömning på 2,7%. Samma differens finns avseende NU-sjukvårdens prestationer.

För den samlade sjukhusvården bedömer regionkansliet att de sammanvägda prestationerna minskat något, med 0,1%. Sjukhusens egna bedömningar visar att prestationerna ökat med 1,8% totalt. Representanter för sjukhusen anser att de prestationsuppgifter som sjukhusen rapporterar i sina årsredovisningar är de riktiga. Regionkansliets uppgifter bygger på inrapportering från sjukhusen och det är sjukhusen som enligt anvisningarna har ansvar för att rätt prestationstal inrapporteras och kommenteras i textrapporterna.

4.1.2 Iakttagelser och kommentarer

Differenserna mellan sjukhusens och regionkansliets uppgifter är stora. För en samlad bedömning av sjukhusens vårdproduktion uppgår skillnaden till i det närmaste 2 procentenheter, vilket också är en hög siffra, motsvarande ca 8.000 DRG-poäng.

Den bild av vårdproduktionens utveckling som ges till sjukhusstyrelserna respektive regionstyrelse/regionfullmäktige är därför i någon del felaktig. Antingen får sjukhusstyrelserna eller regionstyrelse/regionfullmäktige en felaktig redovisning.

I granskningen framkommer att sjukhusen anser att den redovisning som ges till sjukhusstyrelserna är rätt, medan regionkansliets ekonomiavdelning anser att det är redovisningen till regionstyrelse/regionfullmäktige som är rätt eftersom uppgifterna är inrapporterade av sjukhusen i regionens koncernredovisningssystem och det finns tydliga anvisningar för inrapporteringen. Noteras bör att regionkansliets hälso- och sjukvårdsavdelning i sitt analysarbete använder prestationsdata från den regionala vårddatabasen med en månads eftersläpning för att uppgifterna ska vara så korrekta som möjligt.

4.2 Hur påverkar redovisade prestationstal bedömningen av produktivitetsutvecklingen och hur redovisas och analyseras sjukhusens produktivitetsutveckling i redovisning till sjukhusstyrelserna respektive regionstyrelse/regionfullmäktige?

4.2.1 Beskrivning

Sjukhusen gör produktivitetsbedömningar i varierande grad. Sahlgrenska universitetssjukhuset har gjort en mer detaljerad bedömning av produktivitets-utvecklingen. Man anger i sin årsredovisning att ” under 2011 förbättrades produktiviteten med 0,9 % mätt i kostnad per sammanvägd vårdprestation, och i enlighet med anvisad beräkningsmodell. Produktivitetsökningen förklaras av en ökning av de sammanvägda vårdprestationerna med 0,9 % samtidigt som kostnaderna i fasta priser var oförändrade”.

Även Kungälvs sjukhus gör en detaljerad beräkning: ” De sammanvägda prestationerna har ökat med cirka 3,7 procent och bruttokostnaden med 6,4 procent. När vi, vid omräkning av bruttokostnaden till fasta priser, tar hänsyn till löne- och prisutvecklingen bedöms produktiviteten vara svagt vikande”. NU-sjukvården gör i årsredovisningen en mer allmän beskrivning: ”Produktiviteten mätt som kostnad per sammanvägd produktionspoäng har försämrats jämfört med föregående år”. Man mäter dock varje enskild verksamhets produktivitetsutveckling mer i detalj. Skaraborgs sjukhus har ett annat sätt att mäta produktivitet och anger: ”Under året har produktiviteten följts genom måttet sammanvägd prestation per nettoårsarbetare. Produktivitetsförbättringen jämfört med år 2010 uppgick till 0,6 procent”.

Trots varierande grad av precision i beräkningen och skillnader i beräkningssätt kan vi notera att måttet ”sammanvägd prestation” är centralt i beräkningarna. I regionens årsredovisning 2011 görs ingen bedömning av produktivitetsutvecklingen trots att det under 2011 var ett av regionfullmäktiges prioriterade mål.

Flera av sjukhusen anger att intresse finns att utveckla metoder för bedömning av produktivitet, men man anser att det saknas en samordning från regioncentralt håll. Enskilda sjukhus egna bedömningar av sin produktivitetsutveckling upplevs vara av begränsat intresse om man inte kan jämföra med andra sjukhus. Sjukhusstyrelserna uppges inte heller ha främsta fokus på just produktivitet utan mer på kvalitet och tillgänglighet.

Några av sjukhusen anger att de principer som gäller för prestationsredovisning ger felaktiga resultat avseende sjukhusens produktivitetsutveckling. Framförallt är det viktningen av öppenvård kontra slutenvård i måttet ”sammanvägda prestationer” som anses missgynna öppenvård. I regionens viktning anges att 20,63 besök motsvarar 1 DRG-poäng. Denna viktning infördes 2006 och har inte ändrats sedan dess. Med ökad poliklinisering av vården och med mer vårdtunga patienter i öppenvården anser sjukhusen att viktningen inte längre är relevant. Detsamma gäller viktningen av psykiatrin där 0,37 vårdtillfällen likställs med en DRG-poäng.

4.2.2 Iakttagelser och kommentarer

Differenserna avseende prestationstal för Sahlgrenska och NU-sjukvården får anses som så stora att de på ett avgörande sätt påverkar bedömningen av dessa två sjukhus produktivitetsutveckling 2011 (om en bedömning skulle baseras på dessa siffror).

Eftersom regionkansliets uppgifter avseende antalet sammanvägda prestationer avviker från sjukhusens finns skäl att anta att om en produktivitetsbedömning hade gjorts i regionens årsredovisning så hade den kommit fram till ett annat resultat än vad sjukhusen kommer fram till.

Principerna för prestationsredovisning och sammanvägning av prestationer riskerar att ge felaktiga incitament. Om ett sjukhus vill visa en god produktivitetsutveckling lönar det sig att satsa på slutenvård. Sjukhusen har, som ett led i arbetet med effektivisering av vården, ambitioner att överföra fler patienter från slutenvård till öppenvård. Med en större andel patienter i öppenvård riskerar antalet sammanvägda prestationer att minska. Det ser ut som produktiviteten därmed minskar trots att sjukhusens effektivitet kanske snarare ökar. Inom öppenvården finns ambitioner att minska antalet besök och där det är möjligt öka antalet telefonkonsultationer. Eftersom dessa inte räknas med i prestationsredovisningen minskar därmed antalet prestationer (och produktivitet). Även teambesök inom psykiatrin missgynnas.

Principerna för prestationsredovisningen har inte förändrats nämnvärt under de senaste sex-sju åren. Det finns goda skäl för ett samlat prestationsmått såsom ”sammanvägda prestationer”, men den viktning som används mellan olika prestationsslag behöver utvecklas och förfinas. Viktningen bör följa vårdutvecklingen och vara nära kopplad till faktisk resursförbrukning för olika typer av prestationer och bör av sjukhusen upplevas som relevant och rättvisande.

För att öka incitamenten till effektivisering av vården skulle viktningen kunna gynna, ur effektivitetssynpunkt, önskvärda prestationer (framförallt öppenvård). Sluten somatisk vård är via DRG-systemet relativt ”rättvist” i och med att det tar hänsyn till vårdtyngd m.m. Även öppenvårdsprestationerna bör kunna grupperas i ett antal grupper och därmed specificeras mer detaljerat utan alltför mycket arbete. En sådan mer utvecklad sammanvägning av prestationer skulle ge en mer rättvisande bild av sjukhusens produktivitetsutveckling. En årlig översyn av principerna och viktningen behöver dessutom ske.

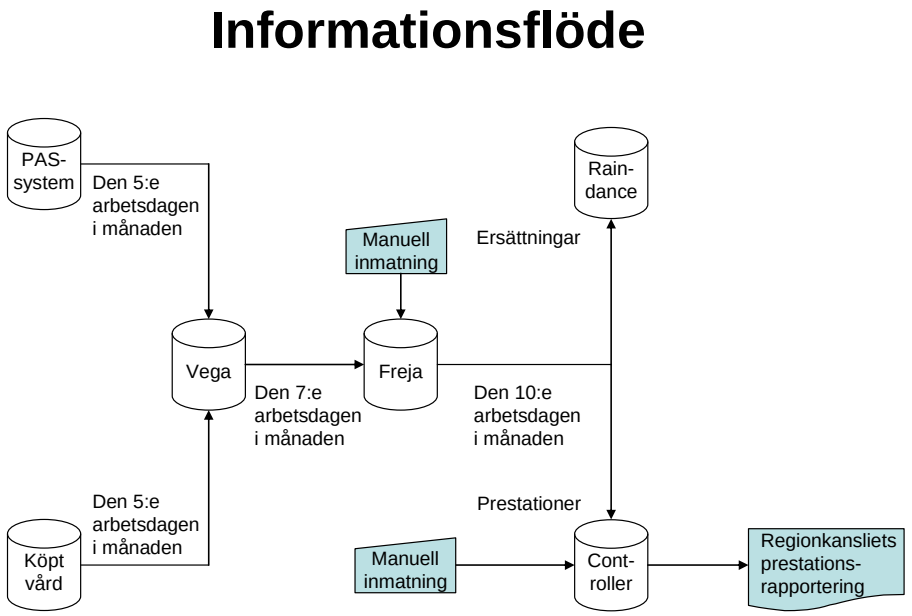
4.3 Vad är orsaken till att differenser uppkommer?

4.3.1 Beskrivning

Det finns ett flertal orsaker till att differenser uppkommer i prestationsredovisningen.

4.3.1.1 Komplexa rutiner för prestationsredovisning

Regionens rapporteringsrutiner är komplexa. Bilden nedan visar hur uppgifter förädlas i redovisningsprocessen.



Grunddata avseende sjukhusens prestationsredovisning finns i de vårddatasystem som sjukhusen använder. En samordning har här skett så att samtliga sjukhus idag använder IT-systemet ELVIS/SURF. Införandet av ELVIS/SURF medförde en del problem vad gäller prestationsredovisning, vilket till stor del förklarar differenser i prestationstal för bland annat NU-sjukvården. Problemen beskrevs i sjukhusets årsredovisning.

Från ELVIS/SURF laddas data till det regionala vårddatasystemet Vega och därifrån till ”betalningssystemet” Freja. Vega är framförallt hälso- och sjukvårdsavdelningens och hälso- och sjukvårdsnämndernas vårddatasystem. Syftet med Freja är främst att se till att rätt hälso- och sjukvårdsnämnd betalar för varje utförd prestation vid sjukhusen.

I Freja kan sjukhusen göra manuella justeringar avseende t.ex. bedömda patienter, dvs. vårdtillfällen som ännu inte hunnit diagnossättas. Därefter finns möjlighet att automatiskt överföra prestationsuppgifter från Freja till Cognos Controller som är regionens koncernredovisningssystem. Den ”prestationsrapport” som finns i Freja byggdes med syftet att koppla prestationer med ersättningar.

Det finns möjligheter att göra justeringar av inrapporterade uppgifter i Cognos Controller. Om sjukhusen så önskar kan hela inrapporteringen i Cognos Controller ske manuellt. De prestationer som redovisas i Cognos Controller använder regionkansliet i sin rapportering till regionstyrelse/regionfullmäktige. Ledtiderna i rapporteringskedjan är relativt korta. Om fel uppstår i något led är tiden kort för att göra rättelser.

Vad gäller sjukhusens textrapporter till den egna styrelsen och till regionkansliet har man mer tid (räknat från månadsskiftet till sista dag för inlämning av rapport). För

årsredovisning 2011 var sista inlämningsdag till regionkansliet den 3 februari 2012. Med tid för sjukhusens styrelsebehandling av årsredovisningarna innebär tidplanen att sjukhusen hade ca tre veckor på sig att analysera 2011 års vårddata i syfte att redovisa så riktiga uppgifter som möjligt. Sjukhusen hinner få fram mer aktuella, och enligt sjukhusen mer rättvisande, prestationsuppgifter till textrapporten. Därför uppkommer en differens gentemot de uppgifter som lämnats via Cognos Controller.

4.3.1.2 Oklarheter i definitioner av prestationer och bristande följsamhet till fastställda definitioner

Socialstyrelsen har ansvar för att, på nationell nivå, skapa enhetliga termer och begrepp. I vissa delar saknas tydliga definitioner på olika typer av prestationer. Det saknas bland annat en fastslagen nationell definition som tydligt anger vad som räknas som slutenvård. Regionen har inte tagit fram en egen definition. Orsaken till det är att regionen, liksom flertalet andra sjukvårdshuvudmän, anser att det är att föredra att ha nationellt enhetliga och tydliga definitioner istället för att dessa ska variera inom riket. Därför har regionen hittills valt att försöka påverka socialstyrelsens arbete, snarare än att ta fram egna regionala definitioner. Avsaknaden av en tydlig definition på slutenvård får till följd att patienter med relativt korta vårdtider (eller snarare långa besök), kan bli inskrivna och i statistiken ingå i antalet vårdtillfällen i slutenvården vid ett sjukhus, medan liknande patienter registreras i öppenvård på ett annat sjukhus.

Antalet redovisade prestationer inom öppenvården varierar kraftigt mellan sjukhusen. Eftersom socialstyrelsens definitioner är tydliga så tycks orsaken till skillnaderna vara bristande följsamhet till fastställda definitioner.

4.3.1.3 Oklarheter i vad som ska redovisas

I anvisningarna för prestationsredovisning inom hälso- och sjukvården anges att alla prestationer ska specificeras och rapporteras, oavsett hur ersättning sker. Detta förtydligas med att även planeringstal (prestationer) för riktade uppdrag och abonnemang ska ingå, där så är möjligt. Sjukhusen utgår i sin redovisning trots det ofta ifrån de s.k. prissatta prestationerna, dvs de prestationer som är definierade i ersättningsbilaga till vårdöverenskommelser (VÖK). Detta är en tydlig signal om att anvisningen inte anger vad som ska redovisas tillräckligt tydligt.

Flera av sjukhusen anser att det finns stor risk för att olikheter i innehåll i VÖK:s ersättningsbilagor innebär att sjukhusens prestationsredovisning skiljer sig åt. Vid intervjuerna har framkommit vid flera tillfällen en ”misstänksamhet” hos enskilda sjukhus över andra sjukhus rapportering. Som exempel nämns den stora skillnaden i antal öppenvårdsbesök mellan NU-sjukvården, SkaS och SÄS. Det är stora skillnader beträffande de ”ej prissatta prestationerna” mellan sjukhusen.

Stora mängder med prestationer rapporteras inte alls. Det gäller bl a telefon-konsultationer och mellanliggande lab.prover samt annan medicinsk diagnostik. Flera av sjukhusen anser att även dessa prestationer borde ingå i redovisningen.

4.3.1.4 Oklarheter i hur prestationsredovisning ska ske

Regionkansliet utfärdar anvisningar för förvaltningarnas delårs- och månadsrap-portering samt anvisningar för rapportering i samband med årsredovisningen. Anvisningarna innehåller också avsnitt som rör prestationsredovisning. Flera av sjukhusen uppfattar anvisningarna som otydliga. De anses ge ett relativt stort utrymme

för fri tolkning. I praktiken innebär det att sjukhusen jämför sig med varandra och anpassar emellanåt sin prestationsredovisning efter andra sjukhus rapporterings-principer. Ett exempel på det är när NU-sjukvården 2012 börjar redovisa patienter som ligger på korttidsvårdplatser/observationsplatser som slutenvård, på samma sätt som övriga sjukhus gjort under 2011.

Det saknas strategiska forum för diskussion om gemensamma principer för prestationsredovisning. Mer praktiska diskussioner förs bl. a i Freja-gruppen (Freja är ett IT-system, som beskrivits ovan). I intervjuerna framkommer att de principer som idag tillämpas för prestationsredovisning och för sammanvägning av prestationer till ett övergripande prestationsmått inte är accepterade av sjukhusen.

De problem som identifierats kring prestationsredovisning är väl kända på region-kansliet, men har ändå inte mer genomgripande diskuterats i t.ex. hälso- och sjukvårdens ekonomichefsgrupp. Sjukhusen tycks inte ha full insikt i problematiken avseende differenser mellan rapporterade prestationstal i olika dokument. Sjukhusens fokus ligger framförallt på rapportering till den egna styrelsen.

Initiativ har dock tagits för att komma till rätta med de ovan beskrivna problemen. Regiondirektören har i maj 2012 gett HSA och RAKEL-gruppen i uppdrag att:

- Ta fram och fastställa regelverk för månatlig prestationsredovisning från regionalt ägda utförare inom hälso- och sjukvård
- Se över gällande regelverk för sammanvägning av prestationer samt föreslå och fastställa eventuella justeringar
- Medverka till att prestationsredovisningen sker på ett enhetligt sätt

4.3.1.5 Viss otydlighet kring vad prestationsredovisningen ska användas till

Sjukhusens prestationer har av tradition redovisats i en ambition att klargöra vad som åstadkoms för de skattemedel som finansierar verksamheten. Prestationsredovis-ningens struktur och innehåll har förändrats under de senaste 20 åren. Utvecklingen har gått från en relativt enkel modell med redovisning av antal vårdtillfällen, vårddagar, läkarbesök och övriga öppenvårdsbesök till en mer komplex modell.

I och med att beslut fattades om att använda DRG som beskrivningssystem för sjukhusvården har framförallt redovisningen av slutenvård blivit mer avancerad där hänsyn tas till vårdtillfällens komplexitet och kostnad. Även delar av öppenvårds-redovisningen är mer specificerad, men huvuddelen är fortfarande baserad på ”pinnstatistik” (antal läkarbesök och antal övriga besök). Vårdproduktionens storlek är en viktig del i vårdöverenskommelserna mellan hälso- och sjukvårdens beställare och utförare.

Under de senaste 10 åren har prestationsredovisningen också använts i försök att bedöma de olika sjukhusens produktivitetsutveckling. Med tanke på de brister i prestationsredovisningens kvalitet och likformighet som redovisas ovan är produktivitetsbedömningarna relativt översiktliga och ger i bästa fall indikationer på utvecklingstrender.

På respektive sjukhus görs betydligt mer detaljerade uppföljningar och analyser av prestationsutvecklingen. Metoder och modeller för uppföljning och analys är

”sjukhusspecifika” såtillvida att de har utvecklats på respektive sjukhus utan någon större samverkan och dialog mellan sjukhusen.

I de 12 uppdrag som regionstyrelsen har initierat i syfte att få hälso- och sjukvårdens verksamheter i ekonomisk balans har några av uppdragen en tydlig ambition att åstadkomma mer utvecklade modeller för analys av verksamhetens effektivitet/ produktivitet. Bl a finns ett uppdrag kring utveckling av metoder för benchmarking. Arbetsgruppen har tagit fram förslag på nyckeltal som bör tillämpas för att jämföra sjukhusens utveckling.

Under senare år har några stora förändringar genomförts i de beskrivningssystem som används, vilket påverkat utfallet i prestationsredovisningen och tidvis inneburit problem med jämförelser över tid. Orsaken till förändringarna är som regel ambitionen att bättre beskriva sjukvårdens insatser eller nationella krav på likartad redovisning i landet. Oavsett orsak så innebär strukturella förändringar av hur prestationer redovisas alltid någon form av problem att jämföra bakåt i tiden. Detta har förorsakat stora problem under de senaste åren och inte minst 2012 när flera förändringar i beräkningen av viktlistan för slutenvård sammanföll. Problemen hade kunnat motverkas, helt eller delvis, genom en samtidig översyn och justering av regelverket för prestations-redovisningen.

Som beskrivits ovan har RAKEL-gruppen ett uppdrag från regiondirektören att tydliggöra definitioner och regler i syfte att få till stånd en enhetlig redovisning av prestationer. På strategisk nivå tycks inte finnas en diskussion om mål med prestationsredovisningen.

4.3.2 Iakttagelser och kommentarer

Rapporteringsrutinerna är med hänsyn till en snäv tidplan komplexa. Prestations-redovisning och -rapportering sker via flera olika kanaler vilket ökar risken för fel av olika slag. Anvisningarna för prestationsredovisningen har en ambition att styra upp redovisningen, men behöver utvecklas. Regionkansliet behöver också utveckla dialogen med sjukhusen om vad som ska rapporteras, hur det ska rapporteras och varför det är viktigt att rapporteringen blir rätt, utan differenser mellan olika rapporter internt inom sjukhusen och till regionen.

Kvaliteten i grunddata är beroende av goda rutiner och god kompetens för diagnos-sättning samt rimlig tid för att kunna åstadkomma en rättvisande redovisning. Eventuella brister i rutiner/kompetens för diagnossättning och eventuell eftersläpning i diagnosregistering gör att fel i grunddata kan uppkomma. Ett visst mått av fel är ofrånkomligt om regionen har en ambition att redovisa någotsånär aktuella prestationsdata. De patienter som inte hunnit få en diagnos kan ändå bedömas utifrån tidigare erfarenhet och därmed komma med i prestationsrapporteringen så att en rättvisande bild av prestationsvolymer kan ges. Detta under förutsättning att antalet bedömda patienter inte är för stort. Felen kan förstoras om ledtiderna för prestationsredovisning är så korta att sjukhusen tvingas göra bedömningar för stora volymer patienter. Vår granskning visar att det finns risk för att de korta ledtiderna i rapporteringen innebär en hög grad av bedömning. Dessutom måste ett flertal rättelser av grunddata göras i syfte att försöka redovisa så rättvisande uppgifter som möjligt.

Revisionen har inte funnit skäl att anmärka på de IT-rutiner som används vid prestationsredovisningen. Även om de är komplexa så finns goda förutsättningar för att de ska kunna vara ändamålsenliga. Tidplanen för respektive system bör dock ses över. Korta ledtider i syfte att få fram snabb information riskerar att gå ut över datakvalitet och resultera i felaktiga analyser av verksamhetens utveckling. Granskningen visar att det kanske främsta skälet till differenser mellan olika prestationstal är kombinationen av komplexa rutiner och en snäv tidplan.

Med tanke på att redovisade prestationsuppgifter för en viss period normalt inte presenteras samlat förrän efter den 20:e i nästkommande månad (i regionkansliets månadsfakta m.m.) bör det övervägas om inte regionkansliet bör hämta uppgifterna på annat sätt, antingen direkt ur sjukhusens textrapporter eller via separata datafiler som kan lämnas kring den 20:e i månaden. Under 2012 lämnas alla textrapporter utom en (delårsrapporten per mars) från sjukhusen mellan den 19:e och den 21:e i månaden. Denna åtgärd skulle eliminera differenserna mellan rapporterna. Ett annat alternativ är att redovisa prestationsuppgifter med en månads eftersläpning för att säkerställa hög datakvalitet.

Bristen på tydliga definitioner avseende slutenvård respektive öppenvård, samt i vissa delar bristande följsamhet till fastställda definitioner, är allvarlig. Risk finns för godtycklig bedömning på sjukhusen av vad som är att hänföra till slutenvård respektive öppenvård. Detta får betecknas som anmärkningsvärt och påverkar inte bara kvaliteten i prestationsredovisningen utan kan också påverka sjukhusens intäkter från hälso- och sjukvårdsnämnderna, produktivitetsbedömningar, beskrivningar av sjukhusens s.k ”överproduktion” och ”produktion över ersättningstak”, budget- och vårdöverens-kommelsearbete m.m.

Flera enheter på regionkansliet är involverade i arbetet med principer och anvisningar för rapporteringen. Ekonomiavdelningen ansvarar för övergripande rapporterings-anvisningar medan hälso- och sjukvårdsavdelningen ansvarar för mer detaljerade riktlinjer för redovisning av prestationer till de vårddatasystem ur vilka uppgifter hämtas. Det finns risk för otydlighet i vilken enhet som har ansvaret för att prestations-redovisningen blir så rättvisande som möjligt.

Ambitionsnivån vad gäller prestationsredovisning är i ett övergripande region-perspektiv på en relativt basal nivå. Regionkansliets analyser och rapportering av vårdproduktion sker på en mycket övergripande nivå. Systematiskt görs inte några mer detaljerade jämförelser av de olika sjukhusens prestationsutveckling över tid. Någon nedbrytning av prestationer per verksamhetsområde och med uppdelning utifrån ”produktionsmix” görs inte heller. Inte heller har system/modeller skapats för att möjliggöra mer löpande produktivitetsbedömningar. Här finns en tydlig utvecklings-potential.

En löpande ”produktionsrevision” torde behöva ske för att säkerställa att en likformig prestationsredovisning sker mellan olika enheter och över tid. För uppföljning och analys av sjukhusens produktivitet kan en sådan funktion också jämföra sjukhusens diagnossättning och eventuella skillnader i antal diagnoser per vårdtillfälle, produktionsmix i slutenvård resp öppenvård, andel ”kortliggare” i slutenvård, andel öppenvård av total sjukhusvård, undvikbar slutenvård m.m.

Granskningen visar att problemen i redovisningen av prestationer inte är större än att de borde kunna lösas genom att regionkansliet och sjukhusen tillsammans tar fram gemensamma och accepterade principer för sjukhusens prestationsredovisning. Eventuella avvikelser från dessa principer i sjukhusens löpande redovisning ska därefter inte behöva uppstå. Om avvikelser ändå uppstår är det regionkansliets roll att se till att rättelser sker i sjukhusens rapportering så att differenser elimineras.

På regiondirektörens initiativ har ett arbete påbörjats under senvåren 2012 för att komma till rätta med problemen med prestationsredovisningen. Den s.k RAKEL-gruppen har fått i uppdrag att se över regelverket för redovisningen samt principerna för sammanvägning av prestationer. Man har också i uppdrag att se till att redovisningen sker på ett likartat sätt på regionens sjukhus. Det är angeläget att gruppen får stöd och nödvändiga resurser för att fullgöra detta arbete. Förutom det praktiska arbete som sker i RAKEL-gruppen bör frågan också lyftas till en mer strategisk nivå.

4.4 Vilka konsekvenser får det om olika/felaktiga prestationstal redovisas till den egna styrelsen respektive regionstyrelse/regionfullmäktige?

4.4.1 Beskrivning

I och med att olika prestationstal redovisas i olika rapporter till styrelser får beslutsfattare i någon, eller flera, styrelser felaktiga beslutsunderlag för bedömning av verksamheternas effektivitet, produktivitet och ändamålsenlighet. Det försvårar också möjligheterna att bedöma hur väl sjukhusen uppfyller de av regionfullmäktige ställda målen.

4.4.2 Iakttagelser och kommentarer

Att olika prestationstal redovisas till styrelserna är allvarligt. Som beskrivits ovan innebär olika prestationstal i olika dokument att analyser av sjukhusens utveckling försvåras och att de riskerar att bli föremål för diskussion. Styrelserna måste få rätt information. En likartad redovisning där samma prestationstal rapporteras i olika dokument är grundläggande för att kunna bedöma sjukhusens effektivitet, produktivitet och ändamålsenlighet. Det är också väsentligt med likartade principer för prestations-redovisning om man vill göra jämförelser mellan sjukhusen. Ändamålsenliga jämförelser, med ökad kunskap om förhållanden på olika sjukhus, kan i sig bidra till ökad effektivitet på de enskilda sjukhusen.

5 Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Av vad som framgår av granskningen och utifrån de revisionsfrågor som ligger till grund för densamma bedömer vi att:

- det finns differenser avseende redovisningen av prestationer i olika forum och i olika dokument, som innebär att beslutsfattare får felaktiga beslutsunderlag. Även om differenserna i några fall är stora så bedöms problemen dock inte vara större än att de borde kunna lösas genom att regionkansliet och sjukhusen tillsammans tar fram gemensamma och accepterade principer för sjukhusens prestations-redovisning. Ökad tydlighet behövs beträffande vad som ska redovisas, hur det ska redovisas och varför det ska redovisas. Ett utvecklingsarbete har initierats av regiondirektören för att komma till rätta med problemen. Frågan behöver också lyftas till en strategisk nivå.
- differenserna i betydande grad påverkar bedömningen av enskilda sjukhus produktivitetsutveckling liksom den samlade produktivitetsutvecklingen för sjukhusvården. Oklarheter vad gäller principerna för redovisning av prestationer och ”åldersstigna” principer för sammanvägning av olika prestationsslag har med största sannolikhet inneburit att felaktiga bedömningar gjorts av sjukhusens produktivitetsutveckling under senare år. Sammanvägningen mellan slutenvård och öppenvård kan också ge felaktiga incitament som påverkar vårdens utveckling och effektivitet negativt.
- det behövs ett ökat fokus på sjukhusens produktivitetsutveckling med jämförelser mellan sjukhusen och över tid och med en fördjupad analys i regionens årsredovisning.
- nuvarande rutiner för redovisningen kan med relativt enkla medel utvecklas, vilket skulle eliminera differenserna mellan olika prestationstal i olika rapporter. Det kan innebära nackdelen av något längre ledtider vid rapportering, men fördelen av samstämmig information med hög kvalitet torde väga tyngre.

Vi rekommenderar att följande åtgärder vidtas:

- Rekommendation: Regionstyrelsen bör skyndsamt, och senast till 2013 års rapportering, tillse att det inte förekommer differenser mellan sjukhusens och regionkansliets prestationstal i de rapporter som framläggs styrelser, genom att RAKEL-gruppen får stöd och nödvändiga resurser för att fullgöra uppdraget att se över regelverket för redovisningen samt principerna för sammanvägning av prestationer.

- Rekommendation: Regionstyrelsen bör på strategisk nivå klargöra målbilden kring prestationsredovisning, dvs vad den ska användas till, hur uppföljning, analys och rapportering av vårdprestationer ska ske samt hur prestationsmått kan användas vid bedömning av enskilda sjukhus produktivitetsutveckling, effektivitet och ändamålsenlighet.

- Rekommendation: Regionstyrelsen bör tydliggöra regionkansliets ansvar kring prestationsrapporteringen och ansvar beträffande principer, riktlinjer och anvisningar för redovisningen. Ansvarig funktion/enhet på regionkansliet bör ges i uppdrag att utveckla prestationsredovisningen tillsammans med sjukhusen i syfte att klargöra:

- Vad som ska räknas som en prestation och redovisas av sjukhusen samt hur olika prestationsslag kan sammanvägas till ett prestationsmått. Det innebär bl a att ta ställning till hantering av eventuella jämförelsestörande poster i sjukhusens redovisning av prestationer. Prestationsredovisningen och sammanvägningen av prestationer bör i möjligaste mån spegla den resursförbrukning ett sjukhus har och också spegla den vårdutveckling som sker mot mer öppna vårdformer. Huruvida konstruktionen av ett prestationsredovisningssystem kan ge incitament för effektivisering av vården bör övervägas i arbetet.
- Hur redovisningen ska ske för att säkerställa att differenser mellan olika prestationstal inte uppkommer.
- När prestationsredovisningen från sjukhusen ska lämnas till regionkansliet för att säkerställa tillräckligt hög datakvalitet.

- Rekommendation: Regionstyrelsen bör tillse att en ansvarig funktion/enhet inom Regionkansliet löpande bevakar sjukhusens prestationsredovisning för att säkerställa att en likformig redovisning sker mellan sjukhusen och över tid. I ansvaret kan också ingå att jämföra sjukhusens diagnossättning och eventuella skillnader i antal diagnoser per vårdtillfälle, produktionsmix i slutenvård respektive öppenvård, andel ”kortliggare” i slutenvård, andel öppenvård av total sjukhusvård, undvikbar slutenvård m.m.