

Till  
Regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen

Revisionsberättelse för hälso- och sjukvårdsstyrelsen år 2018

Vi, av regionfullmäktige utsedda revisorer har granskat hälso- och sjukvårdsstyrelsen verksamhet under år 2018.

Styrelsen 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 regionfullmäktige.

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

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionsred 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 bedömer att verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillräckligt tillfredsställande sätt och att den interna kontrollen varit tillräcklig.

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

Vi tillstyrker att ansvarsfrihet beviljas för hälso- och sjukvårdsstyrelsen och dess enskilda ledamöter.

Vänersborg den 13 mars 2019



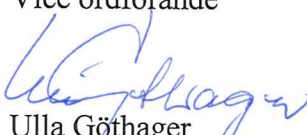
Birgitta Eriksson  
Ordförande



Ulf Sjösten  
Vice ordförande



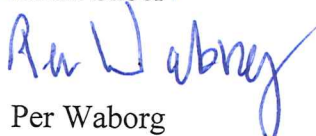
Bernt Sabel



Ulla Göthager



Krister Stensson



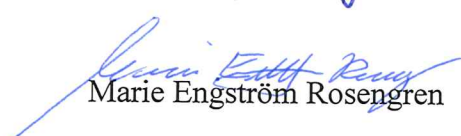
Per Waborg



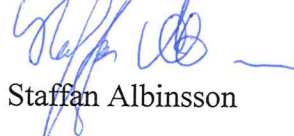
Bo-Lennart Bäcklund



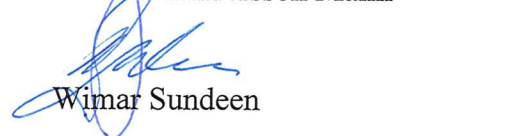
Gun Alexandersson Malm



Marie Engström Rosengren



Staffan Albinsson



Wimar Sundeen

# Årsrapport Hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2018

Diarienummer REV 2018-00003

Behandlad av revisorskollegiet den 13 mars 2019

## INNEHÅLL

<b>Årets granskning</b> .....	<b>3</b>
<b>Styrelsens ansvar</b> .....	<b>3</b>
<b>Resultatet av revisorernas granskning</b> .....	<b>4</b>
A. Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller .....	4
Fördjupad granskning: Beredning av beslut avseende avtal med SOS Alarm AB .....	4
Nämndfördjupning: Utformning av styrning i omställningen av vården.....	5
Uppföljning: Utformning av systemägar- och samordningsuppdraget .....	6
B. Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller .....	7
Uppföljning: Vård till asylsökande och personer utan nödvändiga tillstånd .....	8
Nämndfördjupning: Genomförande av intern kontroll .....	8
C. Styrelsens resultat och effektivitet.....	9
Nämndfördjupning: Genomförande av RF:s uppdrag/måluppfyllelse .....	9
D. Styrelsens räkenskaper.....	11
<b>Revisionsenhetens bedömning</b> .....	<b>12</b>

## Årets granskning

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.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionsred för kommunal verksamhet. Revisionen har vidare genomförts med grund i de styrande dokument för revisorskollegiet samt revisionsenheten som anger preciserade anvisningar för granskningens genomförande och bedömningar. Det omfattar revisorskollegiets ramplanering där regionövergripande risker identifierats och prioriterats. Det omfattar även revisorskollegiets riktlinjer samt revisionsenhetens riktlinjer och rutiner.

Revisionen har utifrån de styrande dokumenten upprättat en granskningsplan avseende hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedda kontaktrevisorer i revisorskollegiet, Birgitta Eriksson och Ulf Sjösten och beslutats av revisionsdirektören. Granskningen har genomförts av verksamhetsrevisor Anna Ljungkvist. Därtill har räkenskaperna granskats av Deloitte. Granskningens sammantagna resultat utifrån granskningsplanen presenteras kortfattat i denna rapport. I bilaga 1 anges de rapporter och de underlag som ligger till grund för redogörelsen. Siffror inom parentes i redogörelsen avser hänvisning till dessa rapporter och underlag.

## Styrelsens ansvar

Styrelsen granskas och bedöms utifrån det samlade ansvar som följer av kommunallag, reglemente, fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt övrig gällande lagstiftning och föreskrifter.

Hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen är organiserad enligt den så kallade beställar-utförarmodellen. Sedan 2015 är ägarskapet i denna styrmodell delat mellan regionfullmäktige, regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS). Ansvarsfördelningen dem emellan beskrivs dels i respektive reglemente, dels i konkreta beslut såsom beslut om utformning av den politiska organisationen.

I reglementet anges att HSS är systemägare av det samlade hälso- och sjukvårdssystemet och har ett övergripande ansvar för invånarnas tillgång till vård samt för sjukvårdens innehåll, kvalitet och tillgänglighet. Detta ansvar preciseras i övergripande uppgifter samt arbetsuppgifter. Bland de övergripande uppgifterna fastslås att HSS ska verka för en jämlik hälso- och sjukvård, en god hälsa och vård på lika villkor för befolkningen, samt att befolkningens behov av hälso- och sjukvård och möjligheter till val av vårdutbud tillgodoses jämnt.

HSS har valt att styra mot samtliga av RF:s tre hälso- och sjukvårdsmål:

1. Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagandet av personer med psykisk sjukdom ska förbättras
2. Patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas
3. Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras

## Resultatet av revisorernas granskning

Revisorernas granskning utgår från att styrelsen ska utforma styrning, uppföljning och kontroller utifrån styrelsens ansvar. Styrelsen ska också se till att styrningen, uppföljningen och kontrollerna efterlevs i verksamheten. Det i sin tur ska leda till att styrelsen lever upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter inom ramen för tillgängliga resurser. Vidare ska styrelsens räkenskaper vara rättvisande. Det innebär sammantaget att styrelsen har tagit sitt ansvar.

### A. Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller

Styrelsen har utformat ett tillfredställande styr- och uppföljningssystem som innebär att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. En förutsättning är att styrelsen har brutit ned mål och preciserat styrsignaler från fullmäktige med flera. Styrelsen har vidare formaliserat detta i beslut i god tid för genomförande och utvecklat en tydlig och tillräcklig styrning och uppföljning som väl avspeglar styrelsens ansvar. När förutsättningar saknas för att utforma ett tillfredställande system så har styrelsen uppmärksammat RF på detta.

Styrelsen ska vidare ha utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i styrelsens styrning och uppföljning genom att upprätta arbetsätt och organisation för den interna kontrollen. Styrelsen ska vidare ha utformat tillräckliga och dokumenterade kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på styrelsens styrning och uppföljning.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt nedanstående områden.

### Fördjupad granskning: Beredning av beslut avseende avtal med SOS Alarm AB

*Dnr: REV 2018-00079*

Revisorerna har under mandatperioden genomfört två granskningar avseende beredning och beslut avseende leverantör av alarmeringstjänster i Västra Götalandsregionen. Av tidigare granskningsrapporter avseende SOS-alarm AB framgår att både hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen brustit i sina juridiska analyser av huruvida SOS-alarm AB omfattas av undantagen från upphandling enligt lagen om offentlig upphandling. Revisorerna bedömde att det fanns risk för att beredningen av nytt avtal med SOS Alarm AB avseende prioriteringsfunktionen kan ha brustit utifrån vad som framkommit vid revisionsenhetens bevakning av den fortsatta beredningen av ärendet. Revisorerna beslutade att granska ärendet med syfte att bedöma om hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen i sin beredning av ärendet till regionfullmäktige i tillräcklig omfattning analyserat:

- De juridiska förutsättningarna för att ingå avtal med SOS-alarm AB
- De ekonomiska grunderna och förutsättningarna för att ingå ett avtal med SOS-alarm AB för att förhindra att bolaget utnyttjar sin monopolställning på marknaden.

Granskningen visade att varken hälso- och sjukvårdsstyrelsen eller regionstyrelsen i sin beredning av ärendet inför regionfullmäktiges beslut krävt kompletterande beredning av ärendet avseende de juridiska och ekonomiska aspekterna från tjänstemännen trots att dessa fattats. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen har nöjt sig med en

sekundär bedömning av rättsläget utifrån Stockholms läns landstings utredning från två år tidigare, utan att göra någon egen analys av huruvida regionen befinner sig i samma situation. Inga analyser av eventuellt förändrat rättsläge gjordes. Inga ekonomiska beräkningar är redovisade i beredningen av ärendet, trots att den externa utredare som analyserat VGR konstaterat att ”Ekonomi för olika alternativ är svår att beräkna innan man kommit längre med ambitionsnivå, organisation och förhandling” samt att ytterligare ekonomiska beräkningar krävs. Inga krav på ekonomiska beräkningar har ställts från hälso- och sjukvårdsstyrelsen eller regionstyrelsen inför beredningen av ärendet till fullmäktige.

### **Bedömning**

Utifrån syftet med denna granskning, ställda revisionsfrågor och revisionskriterier bedömer revisorerna att hälso- och sjukvårdsstyrelsen har brustit i sin beredning av ärendet då den inte har initierat en mer omfattande juridisk och ekonomisk analys av förutsättningarna av de olika alternativ som den oberoende utredaren redogjort för i sin rapport inför beslut i regionfullmäktige och som är ett krav i regionens riktlinjer för ärendeberedning. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen hade möjlighet att redan i februari 2017 initiera en mer omfattande juridisk och ekonomisk analys och som kunde utgjort en bas för beredningen till fullmäktige och som stöd i förhandlingarna med SOS Alarm AB. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderades att stärka sina beredningsrutiner så att de av regionstyrelsen fastställda riktlinjerna för ärendehantering följs.

### **Nämndförstudjupning: Utformning av styrning i omställningen av vården**

Omställningen av vården är ett omfattande projekt som kommer att påverka både många av vårdens områden såväl som många nämnder och styrelser. Varje år avsätter fullmäktige resurser till omställningen, och HSS har i uppgift att ta fram årliga handlingsplaner. I strategin beskrivs inte ansvarsfördelning och roller nämnder och styrelser emellan. I Regionfullmäktiges beslut §187-2017<sup>1</sup> framgår dock att det ansvar hälso- och sjukvårdsstyrelsen har för att bevaka och initiera långsiktiga utvecklings- och inriktningsfrågor samt strategier innebär att styrelsen ”i beredningen av ärenden om utveckling av hälso- och sjukvården ska fastställa de krav som ska ställas på verksamheten utifrån ett system-/medborgarperspektiv.” Revisorerna har tidigare riktat kritik mot att rollfördelningen inom hälso- och sjukvårdssystemet är för otydlig. I den grundläggande granskningen har det också framkommit oklarheter kring omställningen specifikt och hur långt respektive nämnds/styrelses ansvar sträcker sig i enskilda omställningsprojekt. Inför en fördjupad granskning av omställningen 2019 görs en avgränsad nämndförstudjupning 2018 avseende hur HSS berett de ärenden som berör omställningen med fokus på om man tydliggjort ansvaret ur systemperspektiv. Följande revisionsfrågor ställdes:

1. Vilka övergripande, styrande beslut har HSS fattat inom ramen för omställningen?
2. Finns förslag på ansvarsfördelning i enlighet med VGR:s hälso- och sjukvårdssystem (beställar-/utförarmodellen) i dessa?

Granskningen visar att HSS beslutat om ett antal övergripande, styrande dokument under 2017 och 2018. Främst är det handlingsplanerna för omställningen, men även beslut om budget samt hanteringsordning och principer för ansökningar om omställningsmedel. Vidare har HSS även beslutat om att det regionala barnuppdraget ska ingå som en del i

---

<sup>1</sup> ”Justeringar och förtydliganden i reglementen med anledning av ny kommunallag med mera”, dnr RS2017-04574

arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen och vara ett tvärgående perspektiv genom de fyra omställningsområdena.

I de övergripande handlingsplaner som finns framgår inte förslag på vilka krav som ställs på regionens verksamheter eller nämnder och styrelser. I besluten avseende finansiering och budget framgår fördelningen av ekonomiska resurser per omställningsområde. I beslutet avseende Hanteringsordning och principer för ansökningar om omställningsmedel framgår att nämnder och styrelser kan ansöka hos hälso- och sjukvårdsstyrelsen om omställningsmedel. I beslutet framgår även att samtliga nämnder, styrelser och förvaltningar ansvarar för att arbeta för förändring och utveckling i enlighet med omställningens intentioner inom ramen för befintliga uppdrag och finansiering. De uppdragshandlingar för utvecklingsinsatser som hittills anmälts till styrelsen har inte beskrivit den politiska dimensionen. På koncernkontoret inom omställningsprojektets programkontor finns en grupp som arbetar med hur man ska gå från omställning till ordinarie styrsystem. Gruppen ser bland annat över hälso- och sjukvårdens övriga styrdokument ur ett omställningsperspektiv.

### **Bedömning**

HSS har ett utpekat ansvar från regionfullmäktige att beskriva krav ur ett systemperspektiv just när det gäller strategier. Utifrån granskningens iakttagelser bedömer revisionsenheten att hälso- och sjukvårdsstyrelsen inte i tillräcklig utsträckning beskrivit hur den politiska styrningen i de styrande dokumenten ska se ut för att skapa förutsättningar att uppnå omställningens mål. Att det finns en grupp som ser över hur omställningen ska arbetas in i de ordinarie styrdokumenterna är positivt, men det bedöms vara av vikt att man även i omställningens styrande dokument beskriver hur den politiska styrningen bör se ut utifrån beställar- och utförarmodellen. Detta så att det ska bli tydligt för berörda nämnder och styrelser vad som förväntas. Beroende på hur HSS framöver analyserar att den politiska styrningen borde se ut för att i VGR:s styrmodell uppnå omställningens mål kan ett sådant förtydligande behöva beslutas av regionfullmäktige. Revisionsenheten bedömer att detta också kan gälla beslutet avseende att det regionala barnuppdraget ska ingå som en del i arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen och vara ett tvärgående perspektiv.

### **Uppföljning: Utformning av systemägar- och samordningsuppdraget**

2017 genomförde revisorerna en granskning av hälso- och sjukvårdsstyrelsens utformning av sin styrning utifrån sitt reglemente. Granskningens syfte var att bedöma om HSS utformat ett tillfredsställande system för styrning och uppföljning, som säkerställer att styrningen avspeglar styrelsens ansvar utifrån reglementet. Styrelsens arbete med utformningen av samordningsansvaret för hälso- och sjukvårdsnämndernas arbete respektive övergripande uppgifter som hur man utformat styrningen för att ta sitt systemägaransvar granskades. Granskningen visade att HSS inte hade ett fullständigt dokumenterat och heltäckande styrsystem. En uppföljning av 2017 års granskning har därför genomförts med fokus på hur just utformningen av systemägar- respektive samordningsansvaret utvecklats. Följande revisionsfrågor ska besvaras:

1. Har HSS utformat vårdöverenskommelseanvisningarna inför 2019 i enlighet med sitt samordningsansvar?
2. Har HSS utformat en tydligare styrning på systemnivå?

Granskningens iakttagelser visade att anvisningarna för vårdöverenskommelsen lyfts i forumet Gemensamma presidieöverläggningar inför beslutet i HSS. I anvisningarna

preciseras ett antal uppdrag som ska tas om hand av beställare och utförare, antingen inom ramen för prolongeringen eller genom enklare tilläggsöverenskommelser. De större uppdragen var: effektiviseringsarbete, omfördelning av volymer vid behov, omhändertagande av verksamhetsanalysens åtgärdsförslag samt omställnings-arbete. Det framgår inte i anvisningarna eller av beslutet hur HSS ska följa upp ovanstående områden eller att tid och kapacitet från vårdöverenskommelseprocessen frigjordes under hösten för att fokuseras på de tre utvecklingsstrategierna, vilket var syftet med prolongeringen.

Vad gäller HSS systemägaransvar har HSS fattat ett antal styrningsbeslut under 2018. Styrelsen har gett ett uppdrag att se över finansieringsprinciperna för ordnat införande inklusive regionuppdrag, samt utvecklingsanslaget. Utredningen ska särskilt fokusera på att skapa bättre förutsättningar inför att introduktionsfinansiering från hälso- och sjukvårdsstyrelsen upphör. Vidare har styrelsen beslutat om en förstärkt avtalsuppföljning, bland annat avseende medicinsk revision. Man har påbörjat en utökad och mer systematiserad uppföljning av kvaliteten i (sjukhus-)vården. HSS har även beslutat om vissa uppdrag som är specifikt inriktade på hälso- och sjukvårdens mål på systemnivå. Bland annat en fortsatt utökning av antal vårdcentraler med tilläggsuppdrag inom barn och ungas psykiska hälsa samt breddinförande av vårdsamordnare psykisk ohälsa på samtliga vårdcentraler 2019-2020. Däremot är utformningen av målstyrningen fortsatt i princip oförändrad, då man valt att invänta ny mandatperiod och nya reglementen.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att hälso- och sjukvårdsstyrelsens utformning av VÖK-anvisningarna inte är helt i enlighet med deras samordningsansvar. Det effektiviseringskrav som utfärdas både av RS och HSS ryms inte inom HSS mandat utan det kan enbart RF besluta om. Vidare är det en brist att det inte framgår hur HSS ämnar följa upp att beställare och utförare genomför och lyckas med de övriga uppdrag som ges. Beredningen av anvisningarna uppfyller inte heller kommunallagens krav på beredning utifrån de krav som ställs på verksamheterna. Berörda styrelser har rätt att yttra sig kring dessa krav, och sondering i GPÖ kan inte ersätta det.

Vad gäller HSS styrning generellt som systemägare är bedömningen att de beslut avseende mer systematisk uppföljning HSS fattat skapar förutsättningar att bli tydligare som systemägare. Detta gäller även de beslut som är fattade som kan påverka hälso- och sjukvårdens mål på systemnivå. Det finns fortsatt vissa otydligheter vad gäller utformningen utifrån att man inte förändrat målstyrningen trots att man redan 2017 konstaterade att man tyckte det var svårt att veta var deras ansvar börjar och slutar vad gäller vissa av fullmäktiges mål.

## **B. Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller**

Styrelsen ska ha använt sitt styr- och uppföljningssystem så att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Det innebär att styrelsen ska ha säkerställt att beslutad styrning och uppföljning har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har styrelsen aktivt värderat återrapportering och vid behov fattat beslut om tillkommande styrning och uppföljning.

Styrelsen ska vidare ha använt sitt system för den interna kontrollen i tillräcklig utsträckning så att det förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i styrelsens



styrning och uppföljning. Det innebär att styrelsen ska ha säkerställt att beslutade kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har styrelsen aktivt värderat återrapportering av kontrollerna och vid behov fattat beslut om tillkommande kontroller och/eller styråtgärder.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt nedanstående områden.

### **Uppföljning: Vård till asylsökande och personer utan nödvändiga tillstånd**

2016 genomförde revisorskollegiet granskningen Vård till asylsökande och vissa personer utan nödvändiga tillstånd (REV 28-2016). Syftet var att bedöma om granskade styrelser säkerställt att målgruppen fått vård i enlighet med gällande föreskrifter samt att styrelserna bedrivit en tillräcklig intern styrning och kontroll på området. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen ansvarar som systemägare för att utforma ett styrsystem som möjliggör och säkerställer att målgruppen får den vård de har rätt till. I granskningen bedömde revisorerna att hälso- och sjukvårdsstyrelsen inte utformat ett styrsystem som kunde säkerställa att målgruppen fått vård i enlighet med gällande föreskrifter. Styrelsen rekommenderades att säkerställa att det övergripande styrsystemet avseende vård till asylsökande skulle vara tydligt och tillräckligt för att verksamheterna skulle kunna utföra sitt uppdrag. För att säkerställa att rekommendationerna omhändertagits och identifierade brister åtgärdats har en uppföljning gjorts där styrelsens svar på granskningarna sammanställts och bedömts.

### **Bedömning**

Uppföljningen visade att HSS startat upp de flesta av de åtgärder man angav i sitt svar, men några har försenats och är ännu inte fullt genomförda. Revisorernas bedömning var att hälso- och sjukvårdsstyrelsen nu påbörjat ett arbete för att skapa förutsättningar för att åtgärda identifierade brister avseende vård till asylsökande. Däremot finns brister i att ett antal av åtgärderna av olika anledningar försenats. Vissa brister i styrsystemet vad gäller gränsdragningar kvarstår fortsatt, även om vissa roller beskrivits tydligare. Detta är också i linje med andra granskningar revisorerna genomfört av styrsystemet inom hälso- och sjukvården under 2017 och 2018. Revisorernas bedömning är också att det är av stor vikt att hälso- och sjukvårdsstyrelsen genomför de uppföljningar som beslutats ska ske, för att kunna fatta informerade beslut om fortsatta satsningar och åtgärder.

### **Nämndförklaring: Genomförande av intern kontroll**

Tidigare års grundläggande granskning av HSS interna kontroll har visat att det funnits brister i utformning såväl som i genomförandet och uppföljningen av internkontrollsystemet. I slutet av 2016 startades ett projekt för att förbättra systemet för intern kontroll. Denna granskningens främsta fokus har därför varit att granska och bedöma huruvida styrelsen säkerställt att systemet för intern kontroll genomförts. Följande revisionsfråga ställdes:

1. Har HSS säkerställt att systemet för intern kontroll genomförts som beslutat?

En översiktlig granskning av utformningen av systemet har gjorts. I arbetet med riskanalysen är inte styrelsens ställningstagande efter riskvärderingen tydliggjort. Av regionens riktlinje framgår att då riskvärderingen är gjord så ska styrelsen göra ett ställningstagande om hur riskerna ska hanteras, exempelvis genom att besluta om en risk ska accepteras, begränsas, delas eller undvikas. Detta innebär att det inte är tillräckligt med en internkontrollplan där de högst värderade riskerna framgår, utan bakomliggande

riskanalys samt ett ställningstagande kring var gränsen går och varför vissa risker hanteras och inte ska framgå. Under hösten 2018 har styrelsen fattat beslut om 2019 års internkontrollplan, och hela styrelsen har då varit aktiv i riskvärderingen och själva spelat in möjligheten att påverka olika risker som en faktor i hur riskerna kan hanteras.

Granskningen har visat att fyra av nio kontroller inte rapporterats vid angivna tillfällen inom ramen för intern kontroll. Orsaken till detta framgår inte av dokumentation. Två stycken av de kontroller som inte rapporterats har fått en hög poäng i styrelsens riskanalys. Vid jämförelse mellan kontrollerna återkommer vissa frågor inom andra områden (främst vad gäller ansvarsfördelning). Detta kan indikera att kontroller överlappar varandra och eventuellt är överflödiga. Av de kontroller som har redovisats har ett antal redovisats oftare än angivet. Styrelsen har för varje av de redovisade kontrollerna bedömt om åtgärderna är tillräckliga eller ej. I ett fall bedömer styrelsen att åtgärderna är otillräckliga, i ett fall är det inte helt tydligt och i ett annat att åtgärderna visserligen är tillräckliga trots att det svar som kontrollen skulle ge inte kunnat uppnås.

### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att hälso- och sjukvårdsstyrelsens övergripande utformning av internkontrollarbetet till stora delar är i enlighet med regionstyrelsens riktlinje och rutin. Dock indikerar genomförandet av kontrollerna att utformningen utav dem specifikt kan försvåra för styrelsen att få information om befarade risker är hanterade eller inte. Att flera av kontrollerna har liknande frågeställningar kan indikera att kontroller överlappar varandra och eventuellt är överflödiga. Redovisningen för varje kontrollområde svarar inte alltid tydligt på om de risker och konsekvenser man såg har hanterats.

Sammantaget bedöms den interna kontrollen vara tillräcklig. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas dock att säkerställa att den dokumenterade redovisningen av kontrollerna tydligt svarar an på de osäkerheter man ställt upp i internkontrollplanen.

## **C. Styrelsens resultat och effektivitet**

Styrelsen har att leva upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Vidare ska styrelsen genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser. Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt områdena nedan.

### **Nämndför djupning: Genomförande av RF:s uppdrag/måluppfyllelse**

Tidigare års granskning har visat att det finns risk för avvikelser gällande det ekonomiska resultatet ställt till regionfullmäktiges och lagstiftningens krav på budget i balans och god ekonomisk hushållning. Regionfullmäktige har under en lång rad av år i sin budgethandling framhållit vikten av att nämnder/styrelser håller sig inom angivna budgetramar. Även regionstyrelsens anvisningar för delårsrapporterna anger att vid befarade eller konstaterade större avvikelser eller obalanser ska arbetet vara åtgärdsinriktat och beskriva de åtgärder man tänker genomföra samt tidsplanen för dessa. Jämförelser och analyser ska i lämpliga delar ske både med budget och föregående år. Säkerheten i den prognos man lägger ska också motiveras.

Granskningen syftade till att bedöma om HSS rapporterar enligt de anvisningar koncernkontoret och lagstiftaren anger för bland annat delårsrapporter och årsredovisning, samt om det faktiska resultatet är i enlighet med lagstiftning. Följande revisionsfrågor ställs:

1. Har styrelsen uppnått resultat i enlighet med budget och målnivåer?
2. Har styrelsen följt anvisningar för återrapportering och uppföljning?

#### *Ekonomiska mål*

HSS resultat för år 2018 blir antingen -104 mnkr eller 0. Detta beror på att man begärt kompensation à 104 mnkr för delfinansiering av satsningen brutna tak, men RF har ännu inte fattat beslut om detta. HSS resultat innebär dock ett antal större avvikelser för en del budgetposter. Förutom posten brutet tak där utfallet blev -266 mnkr (enligt beslut från ägaren skulle 2018 års brutna tak uppgå till max 250 mnkr), är underskotten störst för posterna vårdval vårdcentral (-67 mnkr), vårdval rehab (-65 mnkr) samt tillgänglighetsmedel (-58 mnkr). Avvikelsen för vårdcentral beror på högre kostnader än budgeterat för externa mellanliggande prover och digitala vårdkontakter. Vad gäller digitala vårdkontakter har ersättningen för ålder, kön och vårdtyngd inte blivit som budgeterat samt att intäkter för patientavgifter blivit lägre. Underskottet kommer täckas till ca 1/3 med medel från omställningen för utomregionala digitala vårdkontakter. Avvikelsen inom rehab beror på högre produktion än budgeterat. Tillgänglighetssatsningarna har blivit dyrare på grund av att HSN:erna har tagit kostnader som överstiger sin budget, där en överskjutande delen landar på HSS.

Överskotten är störst inom posterna utvecklingsmedel för omställning, närsjukvård och psykiatri (+88 mnkr, +20 mnkr respektive +17 mnkr), vård till asylsökande (+49 mnkr), ordnat införande (+23 mnkr), statsbidrag för psykiatri, rehab och försäkringsmedicin (+47 mnkr, +29 mnkr respektive +26 mnkr). För de regionala utvecklingsmedlen beror överskottet på att medel inte avropats av verksamheterna fullt ut.

Utifrån uppföljningsinformationen i delårsrapporterna har HSS förutom hemställa hos ägaren för kompensation för brutna tak inte fattat beslut om ytterligare styråtgärder för att förbättra resultatet för ovanstående poster under 2018. De prognoser HSS lagt har beskrivits vara beroende på om kompensation för brutna tak ges eller inte. I övrigt motiveras inte säkerheten i prognosen.

#### **Bedömning**

Revisionsenhetens bedömning är att HSS totalt visserligen når ett resultat i enlighet med budget, men att enskilda poster inte följer kraven avseende god ekonomisk hushållning. Orsaken till bedömningen är främst att flera avvikelser varit kända under året, vissa redan i delårsrapport mars och andra i delårsrapport augusti, utan att styrelsen vidtagit dokumenterade åtgärder.

#### *Verksamhetsmässiga mål*

För målen ska utvecklingen av måluppfyllelse över tid historiskt samt framtidsutsikter anges. För de tre mål HSS valt att styra mot görs dock endast en jämförelse med 2017, och ingen dokumenterad bedömning av framtidsutsikter för respektive mål som helhet. Vidare ska styrelsen vid konstaterade avvikelser ange orsaker, analytiska kommentarer samt konsekvenser av att målet inte uppnås. Ett av målen bedöms inte nås, ett uppnås och ett är oklart.

Målet som inte bedöms uppnås berör den psykiatriska vården och har tre indikatorer varav en är betydligt sämre än 2017, och de två övriga är på ungefär samma nivå som 2017. Två indikatorer avviker mycket från uppsatt mål; andel garantipatienter som väntat högst 30 dagar på första besök till BUP (52% 2018, 62% 2017), samt andel listade individer med

diagnos depression som erhållit psykosociala/terapeutiska insatser (22% 2018, 20% 2017). Orsaker till resultatet beskrivs endast till viss del, och ingen analys presenteras exempelvis kring varför den ena indikatorn försämrats så mycket i förhållande till 2017, eller mer specifikt varför den andra är på så låg nivå. Konsekvenser av att målet inte nås anges inte.

Målet som inte tydligt är bedömt om det uppnås eller ej är målet avseende sjukvårdens förmåga att skapa värde för patienter. Ett antal av de indikatorer som ingår är kopplade till tillgänglighet och vårdgaranti. Tre av dessa (väntande till första besök, väntande till behandling och total vistelsetid på akuten) ligger kvar på ungefär samma nivå som 2017. Framförallt indikatorn avseende väntande till behandling är långt ifrån målet (66%) och man konstaterar att VGR:s mål, att senast 1 januari 2019 uppfylla vårdgarantin, inte kommer att nås. Orsaker, analys och konsekvenser anges inte.

För fokusområdena ska anges om aktiviteter genomförts enligt plan, om tänkt effekt uppnåtts samt orsaker och konsekvenser. För samtliga fokusområden beskrivs vilka aktiviteter som genomförts. Det görs dokumenterade bedömningar av om huruvida arbetet löpt enligt plan för mycket få av fokusområdena. Vidare görs mycket få bedömningar av om tänkt effekt uppnåtts. Detsamma gäller för orsak och konsekvens.

### **Bedömning**

Bedömningen är att HSS inte i tillräcklig utsträckning följt anvisningarna för de delar av målrapporteringen som handlar om bedömningar och analyser. Styrelsen har inte heller uppnått de av regionfullmäktige angivna målnivåerna för psykisk hälsa respektive tillgänglighet. Styrelsen har inte tydligt definierat vad de anser är sitt ansvar för målen ur systemägarperspektiv. De har dock ändå antagit och valt att styra mot dessa mål i sin detaljbudget för 2018.

## **D. Styrelsens räkenskaper**

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att den externa redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ställning och att årsredovisning och delårsrapport är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

Revisorskollegiet har upphandlat redovisningsrevisionen av Deloitte för perioden 2017-2020. Deloitte har inte noterat några avvikelser. Bedömningen är att årsrapporten och den löpande redovisningen i allt väsentligt uppfyller kraven enligt den kommunala redovisningslagen och regionstyrelsens anvisningar.

## Revisionsenhetens bedömning

Årets revision 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 hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens granskningsprogram och i dialog med berörda verksamheter.

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av hälso- och sjukvårdsstyrelsen bedömer revisionsenheten att verksamheten i allt väsentligt bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll. Revisionsenheten lämnar på vissa områden rekommendationer för styrelsen att ta hänsyn till i sitt fortsatta arbete.

## Rapporter och underlag

Följande granskningsrapporter ligger till underlag för årsrapporten

Fördjupad granskning: Beredning av beslut avseende avtal med SOS Alarm AB, dnr: REV 2018-00079

Uppföljning: Vård till asylsökande och personer utan nödvändiga tillstånd

Uppföljning: Utformning av systemägar- och samordningsuppdraget

Nämndfördjupning: Utformning av styrning i omställningen av vården

Nämndfördjupning: Genomförande av intern kontroll

Nämndfördjupning: Genomförande av RF:s uppdrag/måluppfyllelse