

Intern kontroll

Risikanalys och riskhanteringsplan 2024 - 2026

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Innehåll

Riskanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026.....	3
Syftet med systematisk intern kontroll i Region Skåne	3
Riskanalys	4
Plan för riskhantering.....	4
Uppföljning	4
Årlig revidering.....	5
Risker som konstateras.....	7
Risker där etablerad riskhantering finns Passiv hanteringsmetod för risker där det bedöms finnas en tillräcklig intern kontroll och en separat etablerad uppföljningsprocess på plats.	10
Risker som bevakas.....	14
Risker som granskas.....	16
Risker som hanteras genom åtgärd	17

Risikanalys och riskhanteringsplan 2024 – 2026

Intern kontroll som **generellt begrepp** utgör fundamentet för all reglering, styrning och säkerhet som förekommer i en robust offentlig organisation. I Region Skåne uttrycks detta exempelvis genom att verksamheten är ändamålsenlig och effektiv, information om verksamhet och ekonomi är tillförlitlig samt att regelverk, planer och styrdokument finns och följs.

Intern kontroll som **systematisk process** utgör Region Skånes samlande verktyg för att ha övergripande kontroll över de hinder som kan medföra att en robust offentlig organisation inte uppnås och som i slutändan begränsar respektive nämnd och styrelses förmåga att uppnå mål och uppdrag. Den systematiska processen för intern kontroll är självständig, stödjande och inspirerad av stegen i den så kallade COSO-modellen. Processen syftar till att respektive nämnd och styrelse identifierar, filtrerar, analyserar, planerar, hanterar och följer upp risker. Att systematiskt arbeta med riskanalyser, riskhantering och uppföljning innebär inte per automatik att fel och brister elimineras men medför en medvetenhet, beredskap och överblick, vilket är en förutsättning för en god kontroll.

Syftet med systematisk intern kontroll i Region Skåne

Syftet med den systematiska interna kontrollen i Region Skåne är att medvetandegöra hinder och möjliggöra åtgärder som bidrar till att styrelser, nämnder, förvaltningar och bolag kan genomföra sitt uppdrag på ett mer ändamålsenligt sätt. Detta sker genom:

- att tjänstemannaorganisationen, nämnder och styrelser identifierar och värderar risker som tydliggör hanterings- och uppföljningsbehov.
- riskhantering som minskar sannolikheten och effekten av att oönskade händelser inträffar.
- uppföljning som tydliggör resultatet av riskhanteringen och utgör underlag för kontinuerliga förbättringar.

Risikanalys

Risikanalysen är navet för den gemensamma strukturen för systematisk intern kontroll och utgör den övergripande sammanställningen för de väsentliga risker som identifierats inom en nämnd eller styrelse. I risikanalysen ska det framgå vilka väsentliga risker som har identifierats och prioriterats. För respektive risk ska det finnas en beskrivning som förklarar varför det är en risk, det vill säga orsaken och konsekvensen för den identifierade oönskade händelsen. För att värdera risker sammanvägs perspektiven sannolikhet och konsekvens med hjälp av riskmatris. Resultatet av sammanvägningen synliggör risknivån för den oönskad händelsen och anger relationen i förhållande till andra identifierade risker

	Mycket hög risk
	Hög risk
	Påtaglig risk
	Låg risk

Plan för riskhantering

Risikanalysen integreras med en plan för hur respektive risk ska hanteras utifrån en gemensam metodstruktur. Syftet med strukturen är att tydliggöra att risker har olika förutsättningar och att hantering därför behöver genomföras på olika sätt. Grundprincipen för modellen bygger på att det finns både aktiva och passiva metoder för att hantera risk, det centrala är ett medvetengörande av risken och att det görs ett ställningstagande för hur hanteringen ska genomföras. I planen sammanställs risker per hanteringsmetod och för respektive risk beskrivs och motiveras varför vald metod är mest lämplig.

Passiv riskhantering:

1. Risker som konstateras
2. Risker där etablerad riskhantering redan finns

Aktiv riskhantering

1. Risker som bevakas
2. Risker som granskas
3. Risker som hanteras genom åtgärd

Uppföljning

Samtliga risker som hanteras aktivt ska följas upp inom ramen för den interna kontrollprocessen. Uppföljningen genomförs minst 1 gång per år i nämnd/styrelse, (utöver revideringen). Uppföljningen genomförs i regiongemensam mall som skickas ut av koncernkontoret.

Årlig revidering

Identifiering och hantering av risk kan genomföras med både ett kortsiktigt (årligt) och ett långsiktigt perspektiv (4 år, mandatperiod). Utgångspunkten är att en nämnds/styrelses mest väsentliga och utmanande risker i huvudsak är konstanta över en längre period. För att också belysa det kortsiktiga perspektivet krävs en årlig revidering av riskanalysen och riskhanteringsplanen. Revideringen syftar till att identifiera tillkommande risker, förändrade risknivåer samt att analysera nya riskhanteringsbehov och förutsättningar.

Avgränsning

Utgångspunkten är att alla väsentliga risker ska ingå i riskanalysen. Väsentliga risker som avgränsats och därmed inte synliggörs och hanteras inom ramen för systematisk intern kontroll ska övergripande beskrivas i riskanalysen. Exempel är risker som på grund av speciella omständigheter, sekretess eller lagstiftning hanteras i särskilda styr- och ledningssystem.

Ingen avgränsning har varit aktuell.

Sammanställning av riskanalys och riskhanteringsplan 2024 - 2026

Passiv hantering				Aktiv hantering					
Risker som konstateras		Risker där etablerad riskhantering finns		Risker som bevakas		Risker som granskas		Risker som hanteras genom åtgärd	
Risk	Risk-nivå	Risk	Risk-nivå	Risk	Risk-nivå	Risk	Risk-nivå	Risk	Risk-nivå
Kompetensbrist.		Felaktig produktionsstatistik – upphandlad vård.		Brist på följsamhet till avtal - upphandlad vård.		Incitamentsmodell operationer - registrering.		Hantering av personuppgifter.	
Otillåten påverkan.		Avstannad utveckling av basenkologi (cancer).		Incitamentsmodell för operationer - undanträngning.		Avtal - välfärdsbrottslighet.			
Överbeläggning – rättspsykiatri.		Långsam utveckling i patientsäkerhetsarbetet.		Incitamentsmodell för operationer - minskad samverkan.					
Bristande tillgänglighet – vuxentandvård.		Patientsäkerhetsrisker inom ramen för SDV ¹ .		Ny ersättningsmodell för somatisk sjukhusvård.					
Bristande tillgänglighet - disponibla vårdplatser.		Långsam implementering av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.							
Brister i hantering och behandling av läkemedel.		Långa ledtider inom standardiserade vårdförlopp.							
Följsamhet mot lagstiftning för läkemedel.		Handlingsplan för precisionsmedicin.							
Brister i tillgång till läkemedel.		Avstannad utveckling av framtidens hälsosystem.							
Brister i hantering av föreningsbidrag och offentligt partnerskap med idéburen sektor.		Prioritering av klinisk forskning.							
		Brister i följsamhet till avtal inom forskning och utbildning.							
		Utomregional fakturering.							
		LOV och LOU ² avtal - felaktig tolkning.							

¹ Skånes Digitala Vårdsystem

² Lag om valfrihet (LOV) och Lag om offentlig upphandling (LOU)

Risker som konstateras

Passiv hanteringsmetod för risker med lägre riskvärde eller där det inte finns förutsättningar / låga påverkningsmöjligheter för en aktiv hantering.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering
1	Kompetensbrist.	Risk för bristande tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvård på grund av kompetensbrist i verksamheter vilket kan leda till att invånare inte får tillgång till hälso- och sjukvård utifrån behov och medicinska prioriteringar samt patientsäkerhetsrisker.	Hög	Nämnden konstaterar att risken är väsentlig för att behovet av hälso- och sjukvård ska kunna tillgodoses. Nämnden har inget arbetsgivar- och arbetsmiljöansvar och därmed låga möjligheter att påverka de faktorer som påverkar riskens sannolikhet och konsekvens. Därmed saknas förutsättningar för en aktiv riskhantering.
2	Otillåten påverkan.	Risk att förtroendevalda och medarbetare begränsas i sitt uppdrag genom otillåten påverkan, t ex genom att avstå att uttala sig, fatta beslut eller fatta annat beslut än tänkt samt att avstå att inte polisanmäla händelser, vilket kan leda till att det demokratiska systemet påverkas, personliga säkerhetsrisker samt patientsäkerhetsrisker.	Påtaglig	Nämnden konstaterar att risken är väsentlig. Nämnden har inget arbetsgivar- och arbetsmiljöansvar och därmed låga möjligheter att påverka de faktorer som påverkar riskens sannolikhet och konsekvens. Därmed saknas förutsättningar för en aktiv riskhantering. Regionstyrelsen utgör anställningsmyndighet och har det övergripande arbetsgivar- och arbetsmiljöansvaret.
3	Överbeläggning - rättspsykiatri.	Risk för överbeläggning inom rättspsykiatri på grund av att antalet dömda till rättspsykiatrisk vård ökar och utbyggnadstakten av fler vårdplatser är långsam, vilket kan leda till undanträngningseffekter av annan psykiatrisk vård samt ökade kostnader på grund av köp av rättspsykiatrisk vård i andra regioner.	Hög	Nämnden konstaterar att risken är väsentlig. Rättspsykiatrisk vård är ett domstolsbeslut, vilket medför att nämnden har låga möjligheter att påverka risken. Därmed saknas förutsättningar för en aktiv riskhantering. Psykiatri-, Habilitering och hjälpmedelsnämnden är driftledningsnämnd för området psykiatri där bland annat rättspsykiatri ingår.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering
4	Bristande tillgänglighet – vuxentandvård.	Risk för bristande tillgänglighet till vuxentandvård på grund av att barntandvården har prioriterats efter pandemin, vilket kan leda till ojämlik tandvård och försämrade tandhälsa hos vuxna.	Låg	Nämnden konstaterar att risken är låg och även att möjligheterna att påverka riskens sannolikhet och konsekvens är låga. Detta eftersom inga pandemiköer kvarstår och den största delen av tandvård till vuxna patienter utförs inom det statliga tandvårdsstödet där Försäkringskassan har huvudmannaskap. Därmed saknas förutsättningar för en aktiv riskhantering.
5	Bristande tillgänglighet - disponibla vårdplatser.	Risk för försämrade tillgänglighet i slutenvården på grund av minskat antal disponibla vårdplatser, vilket kan leda till fler överbeläggningar och utlokaliserade patienter samt patientsäkerhetsrisker.	Hög	Nämnden konstaterar att risken är väsentlig för att behovet av hälso- och sjukvård ska kunna tillgodoses. Nämnden har inget vårdplatsansvar och därmed låga möjligheter att påverka de faktorer som påverkar riskens sannolikhet och konsekvens. Därmed saknas förutsättningar för en aktiv riskhantering.
6	Brister i hantering och behandling av läkemedel.	Risk för påverkan på robust och säker läkemedelshantering samt ojämlikhet avseende läkemedelsbehandling på grund av att omställningen till Framtidens hälsosystem samt God och Nära vård innebär att patienter ofta befinner sig i gränslandet mellan olika vårdformer (öppen-/slutenvård) och att lagstiftningen på läkemedelsområdet inte medger att patienter är hemmahörande i mer än en vårdform, vilket kan få konsekvenser för såväl patienten som för verksamheter sett till ansvar och avgifter/kostnader.	Hög	Nämnden konstaterar att risken är väsentlig men att ansvaret gällande lagstiftning ligger på nationell nivå. Nämnden har därmed låga möjligheter att påverka de faktorer som påverkar riskens sannolikhet och konsekvens. Därmed saknas förutsättningar för en aktiv riskhantering.

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
7	Följsamhet mot lagstiftning för läkemedel.	Det finns en risk att Läkemedelsverket tolkar att läkemedelshantering i omställningen till Framtidens hälsosystem och Nära vård bryter mot läkemedelslagstiftning, på grund av att olika vårdformer (öppen-/slutenvård) på läkemedelsområdet inte medger att patienter är hemmahörande i mer än en vårdform. Detta skulle kunna äventyra Region Skånes sjukhusapotekstillstånd och medföra att vissa verksamheter stoppas.	Hög	Nämnden konstaterar att risken är väsentlig men att ansvaret gällande lagstiftning ligger på nationell nivå. Nämnden har därmed låga möjligheter att påverka de faktorer som påverkar riskens sannolikhet och konsekvens. Därmed saknas förutsättningar för en aktiv riskhantering.
8	Brister i tillgång till läkemedel.	Risk för bristande tillgång till läkemedel med anledning av ökat antal restnoteringar vilket kan leda till att invånare inte får tillgång till läkemedel, patientsäkerhetsrisker samt merarbete för hälso- och sjukvårdspersonal.	Hög	Nämnden konstaterar att risken är väsentlig men att ansvaret ligger på nationell nivå. Nämnden har därmed låga möjligheter att påverka de faktorer som påverkar riskens sannolikhet och konsekvens. Därmed saknas förutsättningar för en aktiv riskhantering.
9	Brister i hantering av föreningsbidrag och offentligt partnerskap med idéburen sektor.	Risk för att bidrag beviljas som inte uppfyller kraven i regionfullmäktiges policy, samt riktlinjer för bidrag, på grund av att fullständiga underlag enligt krav i de styrande dokumenten saknas vilket kan leda till att beviljade bidrag inte används till avsedda ändamål eller att hanteringen av redovisningar sker på ett icke ändamålsenligt sätt.	Påtaglig	Nämnden konstaterar att risken är väsentlig och att uppföljning av risken under 2023 visar på en god struktur och god allmän ordning och reda, vilket minskar sannolikheten för brister 2024. Vissa strukturella brister har identifierats såsom avsaknad av regelverk för IOP ³ och fördelningskriterier för föreningsbidrag. Detta medför att risken bör ingå i riskanalys och riskhanteringsplan men hanteras passivt under 2024.

³ Idéburet offentligt partnerskap

Risker där etablerad riskhantering finns

Passiv hanteringsmetod för risker där det bedöms finnas en tillräcklig intern kontroll och en separat etablerad uppföljningsprocess på plats.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering
1	Felaktig produktionsstatistik - upphandlad vård.	Risk för att vårdgivare överrapporterar utförda vårdtjänster i antal och innehåll samt utför felaktig fakturering kopplat till regelverk, vilket kan leda till att Region Skåne utgår från fel data i analyser och får ökade kostnaderna då mycket av produktionen faller ut i ersättningar samt även att patienter och andra vårdgivare får en felaktig bild av sjukhistoria och status.	Hög	Årlig övergripande plan för uppföljning innehåller nuläge och relevanta erfarenheter av tidigare uppföljningar, riskbedömning och prioritering samt genomförandeplan. Löpande uppföljning och fördjupad uppföljning samt då avvikelser upptäcks vidtas åtgärder i varierande omfattning utifrån avvikelstens karaktär och beroende på avtalstext.
2	Avstannad utveckling av basonkologi (cancer).	Risk för att utveckling av basonkologi i nära vård drar ut på tiden om IT-stöd för monitorering i hemmet inte finns vilket kan leda till att patienter behöver söka vård på akuten och vårdas i slutenvården i stället för hemma.	Hög	Risikområdet ingår i nämndens verksamhetsplan/uppföljningsplan 2024. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
3	Långsam utveckling i patientsäkerhetsarbetet.	Risk för att patientsäkerhetsarbetet kopplat till Region Skånes handlingsplan för ökad patientsäkerhet bromsas upp på grund av att införandet av avvikelssystem drar ut på tiden samt att resurser för att genomföra riskanalyser saknas, vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker samt förtroendeskada.	Hög	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan/uppföljningsplan 2024. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.
4	Patientsäkerhetsrisker inom ramen för Skånes Digitala Vårdsystem (SDV).	Risk för att nya patientsäkerhetsrisker introduceras inom ramen för SDV på grund av ändrade arbetssätt, för snäv tidsplan, tekniska plattformsbegränsningar, otillräcklig förberedelse av slutanvändare, otillräcklig förberedelse inför samexistensperiod samt resursbrist inom projektets riskhantering. Kan leda till patientsäkerhetsrisker samt förtroendeskada.	Hög	Inbyggda kontroller finns på plats via hälso- och sjukvårdsdirektörens medverkan i koncernledningen som utgör styrgrupp för programmet.
5	Långsam implementering av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.	Risk för att utvecklingen av den personcentrerade vården avstannar om nämnden inte följer upp införandet av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp enligt nationell plan och Region Skånes implementeringsmodell, beaktar det i berörda förfrågningsunderlag och avtal samt agerar på brister. Detta kan leda till att patienter inte får en sammanhållen effektiv vård.	Hög	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan/uppföljningsplan 2024. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
6	Långa ledtider inom standardiserade vårdförlopp.	Risk för att ledtidsmålen gällande de standardiserade vårdförloppen (SVF) inom cancer inte uppnås på grund av bristande tillgänglighet vilket kan leda till att patienterna försämras under väntetiden och är i ett sämre skick när de kommer till behandling.	Hög	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan/uppföljningsplan 2024. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.
7	Handlingsplan för precisionsmedicin.	Risk för långsam progress gällande att ta fram och implementera handlingsplan för precisionsmedicin vilket kan leda till att patienterna inte får tillgång till de senaste diagnostiska alternativen/behandlingsalternativen vilket medför risk för sämre prognos.	Hög	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan/uppföljningsplan 2024. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.
8	Avstannad utveckling av framtidens hälsosystem.	Det finns en risk att utvecklingen av framtidens hälsosystem avstannar om inte nämnden beaktar och prioriterar Förändrings- och genomförandeplan för Framtidens hälsosystem samt samverkar med kommuner i Vårdsamverkan Skåne.	Påtaglig	Riskområdet ingår i nämndens verksamhetsplan/uppföljningsplan 2024. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs risken upp i delårsuppföljning och/eller årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.

	Risk	Riskbeskrivning	Riskenivå	Riskhantering
9	Prioritering av klinisk forskning.	Det finns en risk att möjligheten att utföra klinisk forskning försvåras på grund av bristande tid för forskning och en försämrad kompetensförsörjning av akademiskt meriterad sjukvårdspersonal vilket kan leda till mindre forskning och i förlängningen långsammare kunskapsutveckling.	Hög	Risikområdet ingår i nämndens verksamhetsplan /uppföljningsplan 2024. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs antal disputationer under året, uttagen forskningstid enligt plan samt totalt antal registrerade forskningsprojekt med budget för ALF, regionalt forskningsstöd och externa anslag samt utdelning ur stiftelser och donationer med omslutning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.
10	Brister i följsamhet till avtal inom forskning och utbildning.	Det finns en risk att samverkansavtal inom forskning och utbildning i allmänhet, och ALF ⁴ - och VFU ⁵ -avtalen i synnerhet, inte efterlevs om inte nämnden följer upp efterlevnad av dessa avtal.	Påtaglig	Risikområdet ingår i nämndens verksamhetsplan / uppföljningsplan 2024. Nämnden följer därmed utvecklingen för risken i ordinarie process för uppföljning samt ärendehantering. Bland annat följs efterlevnad av samverkansavtal ALF och VFU upp i årsuppföljning. Planerad uppföljning bedöms tillräcklig, därmed saknas behov av liknande uppföljning inom ramen för den interna kontrollen.
11	Utomregional fakturering.	Risk att inte all utomregional vård som registreras blir korrekt fakturerad.	Hög	Risikområdet ingår i den etablerade granskningsmetod som genomförs av Gemensam servicefunktion (GSF) inom ramen för regionstyrelsens interna kontroll. Uppföljning av granskningen sker inte inom ramen för HSN:s interna kontroll.
12	LOV och LOU avtal – felaktig tolkning.	Risk för felaktig tolkning av avtal som genererar felaktiga ersättningar. Risk att inte alla registreringar och manuella filer följer med i faktureringen vilket resulterar i att felaktiga belopp betalas ut.	Påtaglig	Risikområdet ingår i den etablerade granskningsmetod som genomförs av GSF inom ramen för regionstyrelsens interna kontroll. Uppföljning av granskningen sker inte inom ramen för HSN:s interna kontroll

⁴ Avtal om läkarutbildning och forskning mellan stat och region

⁵ Verksamhetsförlagd utbildning

Risker som bevakas

Aktiv hanteringsmetod för risker som på grund av specifika förutsättningar behöver hållas under uppsikt. Metoden är lämplig för risker som kräver aktiv hantering men där granskning och åtgärd inte är tillämpligt. Följs upp inom ramen för den interna kontrollprocessen.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
1	Brist på följsamhet till avtal - upphandlad vård.	Risk för att vårdgivare inte följer aktuella förfrågningsunderlag och avtal (LOV, LOU) på grund av försumlighet vilket kan leda till avtalsbrott och konsekvens för patienter samt Region Skåne som uppdragsgivare.	Hög	Årlig övergripande plan för uppföljning innehåller nuläge och relevanta erfarenheter av tidigare uppföljningar, riskbedömning och prioritering samt genomförandeplan. Löpande uppföljning och fördjupad uppföljning sker samt då avvikelser upptäcks vidtas åtgärder i varierande omfattning, utifrån avvikelens karaktär och beroende på avtalstext. Resurseffektiviteten är beroende av automatiserad och korrekt datadriven uppföljning.	Årlig uppföljning.
2	Incitamentsmodell för operationer – undanträngning.	Risk för att prioriteringar i mindre utsträckning baseras på gällande lagstiftning om vård utifrån behov och medicinska prioriteringar på grund av att de ekonomiska incitamenten som ger extra ersättning prioriteras vilket kan leda till undanträngning av vård.	Hög	Regional uppföljning för att fånga upp eventuella undanträngningseffekter. Uppföljningen för 2024 kommer att bevakas inom ramen för intern kontroll.	Årlig uppföljning.
3	Incitamentsmodell för operationer - minskad samverkan.	Risk för att förmågan och intresset av att samarbeta regionövergripande för patientgrupper som är relevanta i sammanhanget minskar, vilket kan leda till oskälig variation i tillgänglighet i Region Skåne.	Hög	Regional uppföljning för att följa eventuella tecken på att lediga resurser i regionen inte utnyttjas fullt ut. Uppföljningen för 2024 kommer att bevakas inom ramen för intern kontroll.	Årlig uppföljning.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
4	Ny ersättningsmodell för somatisk sjukhusvård.	Risk för att den nya ersättningsmodellen inte bidrar till bedömda effekter vilket kan leda till försämrad möjlighet att tillgodose och bidra till den övergripande styrningen och verksamhetsutvecklingen inom somatisk sjukhusvård.	Hög	Bevakning av effekter av den nya ersättningsmodellen genomförs inom ramen för befintlig uppföljning. Uppföljningen för 2024 bevakas inom ramen för intern kontroll.	Årlig uppföljning.

Risker som granskas

Aktiv hanteringsmetod för risker som är kontrollerbara och där sannolikheten och/eller konsekvensen delvis är osäker och behöver verifieras.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
1	Incitamentsmodell för operationer – registrering.	Risk för att registrering av vårdinsatser glider mot tyngre diagnoser och vårdinsatser på grund av att ersättningen baseras på registreringar i Pasis (RSVD ⁶) vilket kan leda till felaktig bild av genomförd vård, felaktig ersättning samt förtroendeskada.	Hög	Behov av att löpande följa, kontrollera registrering av vårdinsatser inom modellen inkluderat jämförelser mot tidigare år och analysera resultatet för att finna eventuella systematiska avvikelser.	Årlig uppföljning.
2	Avtal - välfärdsbrottslighet.	Risk för bristande kontroll och insyn inom verksamheter som omfattas av LOV, LOU, LOL ⁷ och LOF ⁸ vilket kan leda till att oseriösa aktörer etablerar sig i välfärdssystemet. Det kan leda till patientsäkerhetsrisker, ekonomiska oegentligheter och förtroendeskada. Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ⁹ behöver kommuner och regioner arbeta aktivt för att stärka det förebyggande arbetet och säkerställa att det finns en tydlig process för att hantera problem när de upptäcks.	Hög	Processer och rutiner för uppföljning finns och löpande uppföljning och fördjupad uppföljning sker. Då avvikelser upptäcks vidtas åtgärder i varierande omfattning, utifrån avvikelsernas karaktär och beroende på avtalstext. Möjlighet till utökad förebyggande kontroll inför avtalstecknande ska undersökas. Behov av vidareutvecklings finns och särskild funktion har upprättats. Funktionen är regionövergripande, underställd ekonomidirektören och utgör en del av Koncernstab Inköp och Ekonomistyrning.	Årlig uppföljning.

⁶ Region Skånes vårddatabaser

⁷ Lag om läkarvårdsersättning

⁸ Lag om ersättning för fysioterapi

⁹ Välfärdsbrottslighet - SKR

Risker som hanteras genom åtgärd

Aktiv hanteringsmetod för risker där det finns förutsättningar att agera på ett på förhand tydligt behov.

	Risk	Riskbeskrivning	Risknivå	Riskhantering	Uppföljning
1	Hantering av personuppgifter.	Risk för att hantering av personuppgifter inte genomförs på ett korrekt sätt på grund av att PUB-avtal ¹⁰ som bilaga till huvudavtalet inte alltid säkerställs vid avtalstecknande vilket kan leda till avsteg från lagstiftning.	Påtaglig	Arbetsprocessen pågår med att upprätta och säkerställa att PUB-avtal upprättas som bilaga vid avtalstecknande. Stödfunktion för kommunikation behöver involveras och kommunikations- och aktivitetsplan upprättas.	Årlig uppföljning.

¹⁰ Personuppgiftsbiträdesavtal