



Vårdersättningar inom hälso- och vårdval i Region Skåne

Rapport

Region Skåne

KPMG AB

2021-07-01

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	3
2	Inledning och bakgrund	4
2.1	Syfte, revisionsfrågor och avgränsning	4
2.2	Revisionskriterier	5
2.3	Metod och genomförande	6
3	Resultat av granskningen	9
3.1	Avtalens ändamålsenlighet	9
3.2	Följsamhet till avtalen	12
3.3	Vårdersättningarnas riktighet	14
3.4	Uppföljning och kontroller av leverantörers lämplighet	19
3.5	Hälso- och sjukvårdsnämndens agerande vid påtalade brister	20
4	Slutsats och rekommendationer	21
4.1	Svar på revisionsfrågor	22
4.2	Rekommendationer	23
A	Bilagor	25

1 Sammanfattning

KPMG har av Region Skånes revisorer fått i uppdrag att granska om hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt följsamhet till gällande avtal för hälso- och vårdval i Region Skåne och har en tillräcklig kontroll som säkerställer att felaktiga ersättningar inte utgår inom dessa.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte har säkerställt följsamhet till gällande avtal för hälso- och vårdval i Region Skåne och att nämnden inte har en tillräcklig kontroll som säkerställer att felaktiga ersättningar inte utgår. Granskningen har visat att det föreligger brister av varierande natur och grad vad gäller den interna styrningen och kontrollen samt att det förekommer felaktigheter i utbetalda ersättningar.

Vår granskning påvisar ett antal specifika utvecklingsområden kopplat till enskilda ersättningsmodeller samt system för kontroll och uppföljning av registreringar av vårdinsatser och utbetalningar av vårdersättningar inom respektive vårdval.

Då felaktigheter gällande vårdersättningar kan konstateras inom samtliga granskade vårdval är vår bedömning att rutinerna för intern kontroll inom vårdvalen inte är tillräckliga, utan att hälso- och sjukvårdsnämnden bör utveckla rutiner, införa system och avsätta resurser för att utöva en ändamålsenlig intern kontroll.

Mot bakgrund av vår granskning lämnar vi följande rekommendationer:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör besluta om ett utvecklingsarbete med syfte att förenkla avtalsvillkoren och renodla ersättningsmodellerna för respektive vårdval.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör besluta om ett utvecklingsarbete avseende de administrativa systemen för registrering av leverantörernas vårdinsatser, inklusive den support som erbjuds leverantörerna.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att verksamheten har tillräckliga resurser och systemstöd för att kunna utöva en effektiv intern styrning och kontroll.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att det genomförs ett systematiskt förbättringsarbete kring organisationens riskkultur med syfte att stärka styr- och kontrollmiljön.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i högre utsträckning delta i arbetet med riskanalyser då nämnden kan ha ett annat perspektiv än vad verksamheten har.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tillse att de interna kontrollplanerna utformas i enlighet med regionens reglemente och tillämpningsanvisningar för intern kontroll.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör utveckla anvisningar som anger hur det interna kontrollarbetet ska bedrivas för att tydligt ta hänsyn till risken för bedrägerier.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör utveckla rutiner som säkerställer att regionen tar initiativ till rättsliga åtgärder då det bedöms finnas en risk för att de fel som upptäcks är medvetna.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör utreda den totala omfattningen av felaktiga vårdersättningar med syfte att erhålla komplett underlag för vidare åtgärder.

2 Inledning och bakgrund

Vi har av Region Skånes revisorer fått i uppdrag att granska om hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt följsamhet till gällande avtal för hälso- och vårdval i Region Skåne och har en tillräcklig kontroll som säkerställer att felaktiga ersättningar inte utgår inom dessa.

Bakgrunden till granskningen är en förstudie som KPMG genomförde under 2020¹. Förstudien behandlade avtalsvillkoren för 10 vårdval i Hälsoval Skåne. Resultatet visade på risker för ineffektivitet, fel och fusk kopplat till vårdersättningarna. Ett skäl till bedömningen av att regelverket upplevs vara komplext vid registreringar av vårdinsatser. Risker belystes även kopplat till bristande följsamhet till gällande avtal och villkor där exempelvis begränsad uppföljning och få kontroller lyftes fram som möjliga orsaker.

Mot bakgrund av de risker som identifierats i förstudien har revisorerna bedömt att det finns behov av att genomföra en fördjupad granskning av följsamhet till avtal och kontroll avseende dessa vårdval.

2.1 Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

2.1.1 Granskningens syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt följsamhet till gällande avtal för hälso- och vårdval i Region Skåne och har en tillräcklig kontroll som säkerställer att felaktiga ersättningar inte utgår inom dessa.

För att besvara detta syfte har revisorerna i Region Skåne identifierat följande revisionsfrågor:

- 1 Säkerställer Region Skåne att upprättade avtal för hälso- och vårdval är ändamålsenliga?
- 2 Säkerställer Region Skåne en följsamhet till gällande avtal inom hälso- och vårdval?
- 3 Säkerställer Region Skåne att det inte sker felaktiga registreringar och i förlängningen utbetalningar inom hälso- och vårdvalen?
- 4 Säkerställer Region Skåne att det finns en ändamålsenlig uppföljning och tillräckliga kontroller av leverantörer inom hälso- och vårdvalen?
- 5 Vidtar Region Skåne ändamålsenliga åtgärder i samband med att brister och/eller felaktigheter upptäcks?

Granskningen ska besvara fem övergripande revisionsfrågor. Revisionsfrågorna har inledningsvis utvecklats till mer detaljerade delfrågor som tydligt belyser de aspekter som är mest relevanta för granskningen, exempelvis gällande intern kontroll. En sammanställning av aktuella revisions- och delfrågor redovisas i bilaga 1.

¹ Vårdersättningar inom hälso- och sjukvården – förstudie, KPMG, 2020

2.1.2 Avgränsningar av uppdraget

För att på ett effektivt sätt svara på revisionsfrågorna har vi i samråd med uppdragsgivaren valt att avgränsa antalet vårdval utifrån de risker som framkommit i tidigare förstudie. Tre riskområden framhålls särskilt i förstudien; ekonomisk risk, anseenderisk samt operativ risk.

Den ekonomiska risken avser främst två delar; att felaktiga ersättningar kan betalas ut och att vårdgivare systematiskt kan prioritera enklare vårdinsatser och remittera mer kostsamma insatser till andra instanser, så kallade ekonomiska remisser.

Anseenderisken avser främst att olämpliga aktörer kan bedriva vård, vilket kan skada allmänhetens förtroende för vårdvalet och Region Skåne som huvudman.

Operativ risk avser bristande kvalitet och patientsäkerhet, vilket dels också omfattar att olämpliga aktörer kan bedriva verksamhet, dels att avtalsvillkoren ger utrymme för vårdinsatser som inte är ändamålsenliga.

Mot bakgrund av dessa risker beslutades att följande vårdval ska granskas: Specialisttandvård, Barnmorskemottagning, Hudsjukvård, Ögonsjukvård, Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (fortsättningsvis LARO) samt Psykoterapi.

Mot bakgrund av uppdragets syfte och inriktning har revisorerna avgränsat granskningen till att avse hälso- och sjukvårdsnämnden.

2.2 Revisionskriterier

Revisorerna har angett revisionskriterier, det vill säga de bedömningsgrunder som ska bilda underlag för granskningens analys, slutsatser och bedömningar. Dessa är:

- Kommunallagen (2017:725) kap. 6 § 6
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kap. 3 § 7
- Tandvårdslagen (1985:125)
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem
- Reglemente för regionstyrelse och nämnder i Region Skåne (RF 2020-05-09)
- Region Skånes verksamhetsplan och budget 2020 med plan för 2021-2022 (RF 2019-06-17)
- Region Skånes uppdrag för hälso- och sjukvården 2020 inklusive bilagor (HSN 2019-05-09)
- Region Skånes uppdrag för vård i egen regi 2020, (2019-04-30)
- Förfrågningsunderlag och Avtal för Hälsoval Skåne gällande år 2020. Beslutade i Hälso- och sjukvårdsnämnden (2019-09-25)
- Reglemente för God hushållning och intern kontroll (RF 2007-11-26—27 § 96)
- Tillämpningsanvisning till reglementet för God hushållning och intern kontroll
- Övriga styrdokument som är relevanta/aktuella för granskningen

2.3 Metod och genomförande

I detta avsnitt ges en utförlig redovisning av på vilket sätt granskningen genomförts, vad gäller såväl bemanning som granskningsmetoder och praktiskt genomförande.

2.3.1 Ansvariga konsulter och kontaktpersoner från Region Skåne

Uppdragsledare från KPMG:s sida har varit Veronica Hedlund Lundgren och projektledare har varit Mattias Wikner. Övriga medverkande konsulter har varit Ana Fotina, Linnea Grönvold och Jesper Meisner. Magnus Larsson har haft rollen som kvalitetssäkrare och Staffan Gullsby har fungerat som medicinsk rådgivare till revisionsteamet.

Kontaktpersoner för Region Skånes revisorer har varit Conny Johansson, förtroendevald revisor. Projektledare för granskningen har varit Alexander Brydon, yrkesrevisor vid Region Skånes revisionskontor.

2.3.2 Genomförda intervjuer

Flertalet av granskningens frågeställningar har undersökts genom intervjuer med olika förtroendevalda, tjänstepersoner samt ett urval av leverantörer:

- Intervjuer har genomförts med förtroendevalda i hälso- och sjukvårdsnämndens presidium (2 personer).
- Intervjuer är genomförda med tjänstepersoner från olika funktioner i verksamheten:
 - Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, (12 personer).
 - Enhetschef på vårdgivarservice (1 person).
 - Verksamhetscontrollers (6 personer).
 - Specialister kring administrativa system (3 personer).
 - Regionjurister (2 personer).
- Intervjuer är genomförda med verksamhetschefer och andra företrädare för leverantörer inom de olika vårdvalen. Två leverantörer har intervjuats inom respektive vårdval (totalt 12 personer).

2.3.3 Utvärdering av intern styrning och kontroll

För att besvara de revisionsfrågor som gäller hälso- och sjukvårdsnämndens styrning, ledning och uppföljning av leverantörerna inom hälso- och vårdvalen har nämndens interna styrning och kontroll granskats.

Bedömningen har sin utgångspunkt i COSO-ramverket² som har utvecklats till en global standard inom intern styrning och kontroll. Syftet med ramverket är att definiera intern styrning och kontroll samt vägleda utvärdering och utveckling av organisationers interna kontrollsystem.

Således bygger granskningen på COSO-ramverkets definition som omfattar fem övergripande komponenter, vilka sin tur omfattar totalt 17 specifika principer. De olika komponenterna och principerna illustreras i nedanstående lista.

² Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission 2013, en av de mest erkända modellerna inom intern kontroll.

- 1 Styr- och kontrollmiljön
 - a) **Har organisationen förbundit sig till integritet och etiska värden?**
 - b) **Visar styrelsen på självständighet gentemot ledningen och övervakar den interna kontrollen?**
 - c) Finns en tydlig organisationsstruktur med ansvar och befogenheter?
 - d) Arbetar organisationen aktivt med kompetensförsörjning?
 - e) **Sker ansvarsutkrävande vad gäller tilldelade uppgifter inom intern kontroll?**
- 2 Riskvärdering
 - a) Har organisationen preciserat målen med tillräcklig tydlighet för att identifiera och värdera risker?
 - b) Har organisationen en process för att identifiera och analysera risker för att målen inte kommer nås?
 - c) **Beaktar organisationen risk för oegentligheter i riskanalysen?**
 - d) **Beaktar organisationen interna och externa förändringar i riskanalysen?**
- 3 Kontrollaktiviteter
 - a) **Har organisationen tagit fram kontrollaktiviteter för att reducera risker till acceptabla nivåer?**
 - b) **Har organisationen tagit fram generella IT-kontroller?**
 - c) **Är kontrollaktiviteterna dokumenterade (vad, hur, när)?**
- 4 Information och kommunikation
 - a) **Använder organisationen relevant information för att stödja interna kontrollen?**
 - b) **Kommunicerar organisationen internt för att stödja en fungerande intern kontroll?**
 - c) **Kommunicerar organisationen externt hur den interna kontrollen fungerar?**
- 5 Övervakande aktiviteter
 - a) Genomför organisationen regelbundet utvärderingar av den interna kontrollen?
 - b) Utvärderar och kommunicerar organisationen brister i den interna kontrollen till berörda och vidtar åtgärder?

I den aktuella granskningen berörs samtliga fem komponenter, men analysen fokuserar särskilt på efterlevnaden av de principer som tydligt berör de aktuella revisionsfrågorna. De principer som är i särskilt fokus är markerade med fetstil i ovanstående lista.

Principerna inom respektive komponent kan användas som en checklista för att säkerställa kvaliteten i en organisations internkontroll. För varje princip har COSO förtydligat ytterligare kriterier som används vid utvärdering av en organisations mognadsgrad avseende arbetet med intern styrning och kontroll.³

³ Se bilaga 1 för en komplett redovisning av de frågeställningar som legat till grund för utvärderingen av nämndens internkontroll.

2.3.4 Transaktionsanalys och journalgranskning

För att besvara de revisionsfrågor som gäller förekomst och omfattning av felaktiga vårdersättningar har vi genomfört en transaktionsanalys och en kompletterande journalgranskning.

Transaktionsanalys

Inledningsvis har ett urval av verksamhetschefer samt hälso- och sjukvårdsstrateger intervjuats med syfte att identifiera risker för felregistreringar och fusk med vårdersättningar. Detta moment har resulterat i en uppsättning av indikatorer på att leverantörerna gjort felaktiga registreringar i administrativa system, vilket i så fall föranlett felaktiga ekonomiska utbetalningar.

Utifrån dessa indikatorer har vi genomfört ett omfattande analysarbete av aktuella transaktioner, med syfte att identifiera eventuella avvikelser och felaktigheter. Exempel på sådana kan vara:

- Att en vårdenhets har en avvikande mängd av särskilda typer av vårdinsatser (överregistrering).
- Att samma vårdinsats registreras flera gånger samma dag för samma patient (dubbletter).
- Att olika vårdinsatser kombineras på ett felaktigt sätt (otillåtna kombinationer).

Sammantaget har analysen omfattat över 3,7 miljoner transaktioner, vilket är samtliga utbetalningar för de aktuella vårdvalen under åren 2018, 2019 och 2020.

Inledningsvis identifierades sex av vårdvalen som särskilt relevanta för en övergripande transaktionsanalys, närmare bestämt Barnmorskemottagning, Psykoterapi, Hudsjukvård, Ögonsjukvård, LARO, samt Specialisttandvård.

Därefter har i två av vårdvalen avvikelser identifierats i en sådan omfattning och av sådan art att det funnits anledning till djupare analys och journalgranskning. Journalgranskning har genomförts för LARO samt Specialisttandvård.

Journalgranskning

Journalgranskningen har genomförts inom de verksamheter där transaktionsanalysen påvisat tydliga avvikelser, närmare bestämt leverantörer inom LARO samt leverantörer inom Specialisttandvård.

För att belägga förmodade felaktigheter har tre enheter valts ut inom varje vårdval. Härfter har journalerna för 15 patienter begärts ut från respektive leverantör. En av leverantörerna överlämnade journaler för enbart fyra patienter, övriga journalanteckningar uppgavs saknas för de aktuella datum vi begärde. Vi bedömer dock inte att det påverkar våra övergripande slutsatser. Sammantaget har således journalanteckningar för 79 patienter granskats enligt följande:

- LARO-enhet 1: Journalanteckningar för 15 patienter
- LARO-enhet 2: Journalanteckningar för 15 patienter
- LARO-enhet 3: Journalanteckningar för 4 patienter

- Tandvårdsenhet 1: Journalanteckningar för 15 patienter
- Tandvårdsenhet 2: Journalanteckningar för 15 patienter
- Tandvårdsenhet 3: Journalanteckningar för 15 patienter

Det övergripande syftet med denna granskning är att bedöma hälso- och sjukvårdsnämndens internkontroll kopplat till vårdersättningar – inte primärt att identifiera enskilda leverantörer som kan ha missbrukat systemet. Av denna anledning är de aktuella leverantörerna och enheterna anonymiserade i föreliggande rapport.

2.3.5 Analys och avrapportering

Varje enskild frågeställning har analyserats på följande sätt. De iakttagelser som gjorts vid intervjuerna är oftast inte tillräckliga för att kunna dra säkra slutsatser, då urvalet ibland är för litet eller för att olika personer har olika uppfattningar. I flera fall har frågeställningarna därför besvarats genom en samlad bedömning av intervjusvar i kombination med resultatet av genomförd transaktionsanalys och journalgranskning.

Målsättningen har varit att göra en tydlig bedömning för samtliga frågeställningar. I vår granskning har samtliga frågeställningar kunnat besvaras, vilket till stor del beror på att gjorda iakttagelser ofta varit samstämmiga.

Härefter har föreliggande rapport utformats och här framgår våra samlade slutsatser och rekommendationer. Detta omfattar en sammanställning av de viktigaste områdena där vi bedömt att det finns brister inom verksamheten, samt rekommendationer kring hur dessa brister kan hanteras.

Efter avstämning med revisionskontoret har en faktakontroll av den skriftliga rapporten genomförts av företrädare för avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning.

3 Resultat av granskningen

3.1 Avtalens ändamålsenlighet

3.1.1 Iakttagelser

Avtalens omfattning och utformning

Avtalsvillkoren är generellt sett omfattande vad gäller antal sidor och detaljrikedom. De flesta leverantörer menar dock att omfattningen har minskat eller har så pass tydligt avgränsade avsnitt att själva villkoren i sig är lätta att uppfatta.

Under intervjuer med vårdgivare framkommer det att trots omfattande regelverk ger avtalsvillkoren respektive leverantör tillräcklig möjlighet att profilera sin verksamhet och utveckla sina arbetssätt. De flesta leverantörer uttrycker detta, samtidigt som en mindre del leverantörer önskar större möjligheter att utforma verksamheten mer själva.

Region Skåne har arbetat målmedvetet under de senaste åren för att avtalsvillkoren ska bli mindre omfattande och inte lika detaljstyrande, något som i huvudsak upplevs som positivt av både vårdgivare och tjänstepersoner. Förändringar av avtalsvillkoren görs oftast i samråd med leverantörerna och uppdateringar kommuniceras i samband med regelbundna dialogmöten.

Ersättningsmodellernas utformning

En central del i vårdvalen är villkoren för ekonomisk ersättning kopplat till utförda vårdinsatser. Varje vårdval har sin specifika ersättningsmodell men något förenklat kan tre olika kategorier identifieras:

- Ersättning per insats (rörlig ersättning): Bestämda ersättningar erhålls för de specifika åtgärder och vårdinsatser som utförs åt respektive patient. Därmed kan ersättningen för ett patientbesök variera betydligt mellan olika individer. I denna grupp ingår Specialisttandvård, LARO-mottagning samt Grå starr.
- Ersättning per vårdprocess (fast ersättning): Ersättningarna erhålls antingen för ett bestämt antal besök eller helt genomförda vårdprocesser för varje patient. Här har varje besök eller process ofta ett relativt fast och förutbestämt innehåll. I denna grupp ingår Audionommottagning och Psykoterapi.
- Kombinerad ersättning: Detta är en kombination av rörliga och fasta ersättningar. där leverantörerna får ersättning för såväl specifika åtgärder som en grundersättning för varje individ (listningsersättning eller liknande). I denna grupp ingår Allmän tandvård för barn- och unga vuxna, Barnavårdscentral, Barnmorskemottagning, Hudsjukvård och Ögonsjukvård.

Två vårdval har ersättningsmodeller med förhållandevis komplex utformning. När det gäller vårdvalet Allmän tandvård för barn och unga vuxna styrs ersättningen även av barnens ålder i kombination med enhetens relativa Care Need Index (CNI), vilket är ett mått på patientstockens risk för ohälsa kopplat till socioekonomiska förhållanden. När det gäller vårdvalet Ögonsjukvård erhålls månadsvis ersättning för dels en vårdkontakt om dagen och det är den kontakten som genererar högst ersättning, dels för öppenvårdsbesök. Vidare ersätts vårdgivaren för rörliga kostnader för sju specifika vårdinsatser, och därutöver får enheten rörlig ersättning för telefonkontakt avseende kvalificerad hälso- och sjukvård.

Ersättningsmodellernas tydlighet och styrande incitament

Eftersom varje vårdval har sin egen ersättningsmodell och egna ersättningsgrundande kriterier, finns därmed olika risker i de olika vårdvalen kopplat till ersättningsmodellen. Att ge en generell bild av riskerna blir därför tämligen komplicerat. Det som kan konstateras är att när det finns få automatiska kontroller och omfattande manuell administration tenderar riskerna med ersättningsmodellerna bli högre.

Flera leverantörer menar att vårdvalen kräver en omfattande administration, ofta på grund av bristfälliga rutiner och system för registrering, vilket i sin tur tvingar leverantörerna till parallella system och manuellt extraarbete. Enligt tidigare förstudie anser en majoritet av leverantörerna att ersättningsmodellens komplexa regelverk utgör en betydande administrativ börda.

Komplexa regelverk utgör även en risk då leverantörernas personal har svårt att förstå hur registreringar ska ske på ett korrekt sätt, samt gör olika tolkningar av hur vårdinsatser ska utföras för att ge rätt till ersättning. Tidigare förstudie har visat att ersättningsmodellernas komplexa regelverk ökar risken för felaktiga registreringar och i förlängningen felaktiga ersättningar.

Gällande de specifika vårdvalen kan konstateras att det inom audionommottagningar och grå starr finns en generell nöjdhet med ersättningsmodellen där få leverantörer

anser att ersättningsmodellens komplexitet utgör risk för felaktiga ersättningar. De flesta leverantörer menar också att modellen styr så att rätt vårdinsatser prioriteras.

Ersättningsmodellen för vårdvalet Ögonsjukvård medför enligt intervjuade betydande variationer i ersättning mellan olika år, vilket är problematiskt för leverantörernas planering. Ersättningsmodellen för vårdvalet barnmorskemottagning bygger delvis på födelsetalen, vilket gör det svårt att förutse intäkterna. Vissa vårdinsatser, exempelvis preventivmedelsbesök utförs i lägre grad till följd av den relativt låga ersättningen.

Ett annat exempel är vårdval Psykoterapi där ersättningsmodellen uppges gynna korta KBT-behandlingar i en så hög utsträckning att vissa leverantörer regelmässigt erbjuder detta även då andra vårdinsatser svarar bättre mot patientens behov.

Översyn av avtalsvillkoren

Av intervjuerna framkommer att avtalen ses över årligen. Intervjuade leverantörer inom såväl privat som egen regi upplever att förändringar i avtalen förmedlas sent på året vilket skapar problem för leverantörerna att anpassa verksamhet och budget efter förändringarna. Intervjuade upplever att strategerna tar till sig de synpunkter som leverantörerna har angående avtalsvillkoren och ersättningar, vilket även framkom vid enkätundersökningen i förstudien.

Intervjuade leverantörer, både privata och inom regionens regi har uppgett att ersättningen från Region Skåne inte ger kostnadstäckning för samtliga vårdmoment. Exempel som lämnas är bland annat att barnmorskemottagningar får en fast ersättning för vård till listade gravida patienter och den påverkas inte av vilka insatser patienten är i behov av. Vidare uppges att leverantörer inom vårdval Ögonsjukvård på egen hand får bekosta dyra tester som inte ingår i ersättningsmodellen. Intervjuade inom vårdval Hudsjukvård upplever att ersättningsmodellen missgynnar digitala lösningar och gynnar fysiska möten trots att vissa möten lika väl kan genomföras digitalt, exempelvis vid smittspårning. Här har det dock aviserats förändringar inför 2022.

3.1.2 Bedömning

Villkorens ändamålsenlighet omfattar dels avtalsvillkoren i sig, dels processen för att se över avtalsvillkoren. Vår samlade bedömning är att det generellt sett finns en förståelse och acceptans för avtalsvillkoren, särskilt inom de vårdvalen med ett förhållandevis begränsat vårdåtagande, exempelvis audionommottagning och grå starr. Samtidigt uppfattar vi att det finns utmaningar kring processen för att utveckla avtalsvillkoren, mer specifikt vad gäller de dialogmöten som hålls mellan uppdragsgivaren och leverantörerna, där mötena ibland upplevs sakna öppen och konstruktiv dialog.

Vår bedömning är att hälso- och vårdvalens komplexa ersättningsmodeller i vissa fall inte styr vården på ett optimalt sätt och att utformningen medför risker för felaktiga ersättningar. Inom flera vårdval finns administrativa krav som innebär en betydande administrativ börda för leverantörerna. Vidare återfinns inom vissa vårdval avtalsvillkor som ger leverantörerna ett betydande tolkningsutrymme, vilket vi bedömer riskerar att ge negativa konsekvenser för vårdens kvalitet. Vi kan även konstatera att oklarheter kring hur vissa avtalsvillkor ska tolkas medför att leverantörer i flera fall får helt olika ersättning för likartade insatser. Mot bakgrund av våra iakttagelser menar vi att avtalens ändamålsenlighet inte har säkerställts.

3.2 Följsamhet till avtalen

3.2.1 Iakttagelser

Uppföljning av vårdinsatsernas genomförande och kvalitet

I avtalen för respektive vårdval anges vilka kvalitetskrav som ställs på vårdinsatserna och hur uppföljning ska genomföras. Uppföljningen av leverantörerna sker på olika sätt, i vissa avtal anges kvalitetsmått och mål med indikatorer som ska mätas. Annan typ av uppföljning som anges är uppföljning av kvantitativa data och diagnosdata, väntetider och data om patientupplevd kvalitet taget ur olika nationella register.

Av intervjuer framkommer att det inom Region Skåne inte finns tillräckliga personella resurser för att säkerställa tillräcklig uppföljning av leverantörerna. Exempelvis arbetar två strateger på avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning mot 228 leverantörer inom barnmorskemottagning och barnavårdscentraler⁴. De förhållandevis begränsade uppföljningsresurserna, sett till antalet leverantörer, medför enligt intervjuade att mindre noggranna och oseriösa aktörer kan vara svårt att upptäcka.

Intervjuade strateger anger att ekonomisk uppföljning genomförs genom granskning av månadsfakturer och leverantörernas registreringar systemen. En närmare beskrivning av regionens uppföljning av vårdersättningar ges i avsnitt 3.3.

Strategerna genomför vanligtvis två så kallade dialogmöten per år och vårdval, dit man bjuder in samtliga leverantörer. På dialogmötena redovisas ibland utvecklingen av olika nyckeltal, så som tillgänglighet och antal besök. Däremot finns ingen gemensam plan för uppföljning eller granskning av enskilda leverantörer inom regionens hälso- och vårdval. Inom vissa vårdval genomförs leverantörsuppföljningar varje år, då strateger och andra sakkunniga besöker respektive leverantör. Inom andra vårdval genomförs uppföljande besök av en enskild leverantör enbart på förekommen anledning. Intervjuade strateger uppger att såväl dialogmöten som leverantörsuppföljningar har genomförts i minskad utsträckning under år 2020 på grund av pågående coronapandemin.

Intervjuade leverantörer anser att det genomförs få såväl generella som riktade uppföljningsinsatser. Det begränsade antalet kontroller och granskningar av enskilda leverantörer kan leda till att oseriösa aktörer inte upptäcks tillräckligt snabbt. Även i tidigare förstudie framkom att en stor andel leverantörer anser det problematiskt att oseriösa leverantörer inte upptäcks tillräckligt snabbt, då det både snedvrider konkurrensen och hotar vårdens kvalitet.

Inte inom något vårdval sammanställs eller analyseras idag den totala omfattningen av avvikelser. För att genomföra analys av exempelvis patientbesök i relation till antalet vårdpersonal och patienter samt ekonomiska nyckeltal krävs idag stor handpåläggning i regionens system. Det har även framkommit att regionen vid ekonomisk uppföljning av enskilda leverantörer, saknar system som kan knyta eventuella avvikelser till specifika personnummer. Detta betyder att regionen, utöver gängse rättsliga

⁴ Det totala antalet leverantörer varierar, men 2021-06-01 var antalet leverantörer inom respektive vårdval fördelade enligt följande; barnavårdscentral (151 st), barnmorskemottagning (77 st), hudsjukvård (15 st), ögonsjukvård (13 st), audionommottagning (11 st), psykoterapi (317 st), allmän tandvård (399 st), specialisttandvård (73 st), LARO-mottagning (22 st) samt grå starr (17 st).

begränsningar, har begränsade tekniska möjligheter att begära ut specifika journalanteckningar för verifiering av att registrerade vårdinsatser faktiskt genomförts.

Intervjuade anger att det nya journalsystemet som ska implementeras i regionen under hösten 2021 kommer att ge bättre förutsättningar för uppföljning av verksamheterna.

Uppföljningens styrande effekt

I samtliga vårdvals avtalsvillkor anges att uppdragsgivaren har rätt att följa upp den vid enheten utförda verksamheten, utifrån ändamålsenlighet och kvalitet.

Uppdragsgivarens uppföljning omfattar även rätten att göra de kontroller som behövs för att bedöma om leverantörens underlag för ersättning till enheten är korrekt. Om uppföljningen påvisar brister i verksamheten kan uppdragsgivaren besluta om att genomföra en fördjupad uppföljning. Vid konstaterade brister vidtas åtgärder generellt sett enligt en eskalerande process:

- 1 Övergripande rapport om vad uppföljningen visar.
- 2 Åtgärdas inte brister blir det en erinran.
- 3 Justering av ersättning.
- 4 Avtalet avslutas, framtagna ackreditering.

Intervjuade upplever att vidtagna åtgärder i praktiken ser olika ut mellan vårdvalen och det finns önskemål om regiongemensamma åtgärdsnivåer för att skapa ökad likvärdighet gällande hur brister behandlas mellan de olika vårdvalen.

Enligt gällande avtalsvillkor ska alla leverantörer ha ett kvalitetssäkrat avvikelsesystem och skriftliga rutiner för avvikelshantering i verksamheten. Regionens system och regelverk för avvikelshantering är dock inte utformat för att omfatta privata leverantörer. Då de privata leverantörerna inte är inkluderade i regionens avvikelsesystem, så medför detta att det saknas en automatiserad och heltäckande insamling av avvikelser.

Antal avvikelser varierar mellan olika vårdval, men avvikelser är vanligt förekommande och avser ofta bristande system och fel i ersättningsunderlag/utbetalningar. En uppfattning som framförs av vissa intervjuade är att det sällan blir någon påföljd om leverantörer bryter mot avtalet.

Intervjuade önskar även tydligare uppföljning av verksamheterna vilket de menar skulle leda till en ökad patientsäkerhet, minskad risk för felaktiga utbetalningar och förbättrade möjligheter till återkrav vid felaktigheter.

Information om uppkomna brister i samband med uppföljningar av leverantörer och vidtagna åtgärder presenteras i vissa fall för hälso- och sjukvårdsnämnden. Vid mer omfattande brister där leverantören föreslås mista sin ackreditering behandlas ärendet alltid i nämnden. Vid mindre brister informeras inte nämnden och ansvarig strateg tar ställning till eventuella åtgärder. Vid intervjuer framkommer att informationsinsatser vid dialogmöten kan ske vid identifierade brister, exempelvis vid bristande journalföring.

Hälso- och sjukvårdsnämndens arbete med intern kontroll

Det har varit svårt för oss att få en tydlig bild av nämndens internkontrollarbete. Vi har tagit del av hälso- och sjukvårdsnämndens internkontrollplan för år 2020. I strid mot

gällande reglemente och tillämpningsanvisningar saknar internkontrollplanen beskrivningar av kontrollmiljön, genomförd riskbedömning och genomförda kontrollaktiviteter. Vi kan heller inte finna att uppföljning av vårdinsatser, felaktiga registreringar eller utbetalningar till leverantörer finns angivna som riskområden.

Vissa intervjuade upplever att de förtroendevaldas medvetenhet och engagemang kring internkontrollfrågor har ökat senaste åren och de upplever att nämnden är mer aktiv i arbetet med den interna kontrollen. Andra intervjuade menar däremot att det bland förtroendevalda och flera tjänstepersoner i ledande befattning fortfarande finns en utbredd uppfattning om att intern kontroll främst är en administrativ uppgift som bör begränsas till ett minimum, samt att goda relationer till leverantörerna ska prioriteras.

I aktuellt reglemente och tillämpningsanvisning beskrivs att regionens internkontroll syftar till att förbättra verksamhetens regelefterlevnad, effektivitet och uppfyllelse av regionfullmäktiges mål. Samtidigt kan vi konstatera att regionen saknar en gemensam struktur och process för internkontrollarbetet.

Enligt uppgift har kraven på redovisning av nämndernas interna kontroll under år 2020 sänkts på grund av rådande pandemi. Bland annat redovisades nämndernas uppföljning inte i delårsrapporten. Hur prioriterat arbetet med intern kontroll är och vilka resurser som finns tillgängliga skiljer sig åt mellan verksamheterna enligt intervjuade. Vi uppfattar att endast ett fåtal personer har internkontroll som en betydande del av sina arbetsuppgifter, det vanligaste är istället att internkontrollarbetet kombineras med en rad andra uppdrag.

3.2.2 Bedömning

Utifrån granskningen är vår bedömning att Region Skåne inte säkerställer en följsamhet till gällande avtal inom hälso- och vårdval. Bedömningen baserar vi på att det vid intervjuer framkommer att det inte finns tillräckliga personella resurser för att säkerställa tillräcklig uppföljning av leverantörerna. Inte heller sker någon systematisk uppföljning av avvikelser hos leverantörerna och det saknas en struktur och process för såväl det övergripande internkontrollarbetet som för genomförande av konkreta kontrollaktiviteter gällande vårdinsatser.

Slutligen konstaterar vi att nämndens internkontrollplan för 2020 har väsentliga brister i förhållande till gällande reglemente och tillämpningsanvisningar.

3.3 Vårdersättningarnas riktighet

3.3.1 Iakttagelser

Processen för utbetalning av vårdersättningar

Utbetalning av vårdersättningar till leverantörer är sista steget i en lång och komplex process, som dessutom ser olika ut beroende på vårdval. Som stöd för vår analys kan processen dock beskrivas mer schematiskt i fem övergripande steg:

- 1 Första steget är att leverantörerna löpande registrerar utförda vårdinsatser i särskilda system som tillhandahålls av Region Skåne. Dessa system ska inte förväxlas med journalsystemen.

- 2 I nästa steg görs automatiska beräkningar av vilken ersättning som respektive leverantör är berättigad till utifrån de vårdinsatser som registrerats.
- 3 Härfter tas det månadsvis fram fakturaunderlag för respektive leverantör. Av dessa framgår på totalnivå vilken vårdersättning som planeras att betalas ut. I detta steg är det Vårdgivarservice som kontrollerar och godkänner fakturaunderlagen utifrån formella krav – att det finns giltiga avtal med leverantörerna, att bankuppgifter är korrekta etc⁵.
- 4 I nästa steg granskas beloppen, jämförelser görs mot föregående månad och därefter attesteras fakturaunderlagen av de strateger som är avtalsansvariga för respektive vårdval.
- 5 Det femte och sista steget är automatisk utbetalning av vårdersättningar till leverantörerna.

Systemstöd för registrering av vårdinsatser

Inom flertalet av vårdvalen registrerar leverantörerna utförda vårdinsatser i Region Skånes patientadministrativa system PASiS. Intervjuade leverantörer anger att systemet är instabilt och omständligt att arbeta i. Leverantörerna är ofta beroende av andra system för tidsbokning och journalanteckningar, vilket innebär dubbelarbete då leverantörerna måste registrera samma uppgifter i olika system. Inom tandvården används istället i systemet Tandvårdsfönster. Vissa leverantörer (Folktandvården) har automatisk överföring från sitt journalsystem till Tandvårdsfönster, medan andra måste registrera både i journalsystem och i Tandvårdsfönster. Audionommottagningarna använder ett tredje system, Priva, för registrering av utförda vårdinsatser.

Enligt tidigare förstudie finns ett utbrett missnöje bland leverantörerna kring systemen för registrering av vårdersättningar, de upplevs som krångliga och opålitliga. Här framkommer också att avsaknaden av automatiska kontroller ger utrymme för felaktiga registreringar. Vidare påvisas olika sätt att manipulera ersättningssystemet, exempelvis genom att felaktigt registrera hembesök eller fysiskt besök när insatsen egentligen skett över telefon (falska insatser), att registrera samma vårdinsats flera gånger samma dag för samma patient (dubbletter), att kombinera olika vårdinsatser på ett felaktigt sätt (otillåtna kombinationer) osv.

Bristande tydlighet i vissa avtalsvillkor medför att vilken KVÅ-kod⁶ som ska registreras för vilken typ av vårdinsats kan bli en tolkningsfråga. Det saknas även kontroller av att leverantörerna använder samma KVÅ-koder för samma vårdinsatser och registrerar på ett likartat sätt. Detta uppfattar vi är vanliga orsaker till felaktiga vårdersättningar.

Vid osäkerhet kring regelverk, rutiner eller system för registrering ska leverantörerna vända sig till Vårdgivarservice, dit leverantörerna kan ringa eller lämna ett ärende via en e-tjänst. Från leverantörernas sida har framförts betydande kritik mot Vårdgivarservice tillgänglighet och bristfälliga stöd. Om leverantörerna vill diskutera mer principiella och långsiktiga frågor kring vårdvalen kan de även vända sig till

⁵ Ett undantag utgörs av fakturor inom ortodonti (specialisttandvård tandreglering) som hanteras av administratör på Enheten för tandvårdsstyrning – inte av Vårdgivarservice.

⁶ KVÅ-kod är den kod som används för att i administrativa system ange vilken vårdinsats som utförts.

strategier inom respektive verksamhet. Även att komma i kontakt med strategierna är något som lyfts av leverantörerna som problematiskt.

Sammantaget har det framkommit att leverantörerna upplever ett svårtillgängligt och svagt stöd från Region Skåne gällande system och rutiner för registrering av utförda vårdinsatser.

Rutiner för att säkerställa korrekta vårdersättningar

Som nämnts i föregående stycke saknas flera *förebyggande* kontroller kopplat till de registreringar som ligger till grund för vårdersättningarna. Exempelvis saknar de administrativa systemen automatiska kontroller som förhindrar inmatning av dubletter, otillåtna kombinationer etc. Ansvariga strateger kontrollerar och attesterar månatliga samlingsfakturer för respektive vårdval, vilket kan fånga upp större avvikelser i förhållande till föregående månad. Det finns emellertid få möjligheter för strategierna att upptäcka fel kring enskilda transaktioner, ursprungliga fel som uppstått långt tidigare och som följer med från månad till månad, eller systematiska fel och skevheter mellan enskilda leverantörer.

Tidigare har även berörts att verksamhetens internkontroll inte omfattar analyser av risker och möjligheter till fel, fusk och manipulation. Vi noterar att nämndens riskanalys endast övergripande omfattar denna typ av risker och att nämndens internkontrollplan helt saknar kontroller för att upptäcka och förebygga oegentligheter och bedrägerier. Den omfattar heller inte uppföljning av om verksamheten genomför några löpande kontroller och vad dessa i så fall har för effekt.

En annan fråga är om det istället genomförs någon effektiv uppföljning eller analys av genomförda utbetalningar, för att i efterhand *upptäcka* felaktigheter. Granskningen har visat att sådana efterföljande kontroller inte görs på ett systematiskt sätt och som framgår tidigare sammanställs och analyseras avvikelser inte på ett samlat sätt. Enligt intervjuer saknar flera strateger såväl tid som kompetens och stödresurser för att på egen hand genomföra den här typen av analyser. Detta uppges som huvudorsaken till att det heller inte görs några regelbundna analyser av omfattningen av felaktiga vårdersättningar. Följaktligen finns heller inga fasta rutiner för justering av felaktigheter.

I intervjuerna beskrivs i stort sett samstämmigt att befintliga systemstöd, rutiner och kontroller av vårdersättningar inte räcker för att säkerställa korrekta vårdersättningar. Vi noterar dock stora skillnader mellan olika intervjuade vad gäller hur man förhåller sig till dessa brister. Medan vissa intervjuade ser risker för felaktigheter, oegentligheter och bedrägerier som ett stort problem, så är det flera förtroendevalda och tjänstepersoner som istället framhåller sin tilltro till leverantörernas professionalism. När det gäller den specifika risken för bedrägerier är det enligt flera intervjuade onödigt att införa kontroller för att förebygga oegentligheter bland läkare och annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Ett annat uttryck för att ekonomiska oegentligheter inte tas på största allvar är att de felaktigheter och avvikelser som uppdagats av vår granskning eller av verksamheten själv, ofta avvisas med argumentet att de utgör en så liten del av de totala utbetalningarna. Detta synsätt framkommer vid intervjuer med såväl förtroendevalda som tjänstepersoner i olika delar av organisationen, vilket kan ses som uttryck för en svag styr- och kontrollmiljö.

Utöver granskning av förekomsten av rutiner, kontroller och uppföljningar behöver förekomst av felaktiga vårdersättningar undersökas. Den konstaterade förekomsten av felaktigheter utgör en indikator på hur effektiva olika rutiner och kontroller är. Våra granskningsresultat redovisas i nästa avsnitt.

Konstaterade felaktigheter och oklarheter inom vårdersättningarna

Ett vanligt förekommande fel är förekomst av dubletter eller multipla ersättningar för en vårdkontakt. Det har konstaterats för vårdvalen **Ögonsjukvård, LARO, Barnmorskemottagning** och **Specialisttandvård**.

Vår analys av transaktioner inom vårdvalet **Hudsjukvård** har visat att det förekom felaktiga utbetalningar år 2019 rörande dubletter, multipla vårdkontakter per patient och dag samt förhöjda ersättningar för vissa åtgärder. Efter att detta påtalats av leverantörerna korrigerades emellertid dessa felaktigheter år 2020.

Inom vårdvalet **LARO** har transaktionsanalysen påvisat registreringar med otillåtna kombinationer av vårdåtgärder och vårdgivarkategori såsom "teambesök" i kombination med "medicinhämtning" eller "läkarbesök" i kombination med "medicinhämtning". Det förekommer stor spridning mellan LARO-enheterna angående hur stor andel av vårdkontakterna som är teambesök: från 14% till 81% av alla vårdkontakter under den granskade treårsperioden, upp till 97% för vissa enheter och månader. Vid granskningen av journalanteckningarna från de teambesök som kombineras med medicinhämtning hos LARO-enhet 3 framgår inte tydligt vad teambesöket avsett eller vilka kompetenser som medverkat utöver vid medicinhämtningen, det finns således inget som styrker att det handlat om ett teambesök. Medicinhämtning sker i de flesta fallen, men vid ett tillfälle framgår inte heller medicinhämtning av journalanteckningarna.

Inom LARO förekommer flera fall med upp till sex vårdkontakter per patient och dag, vilket inte explicit strider mot avtalsvillkoren, men rimligheten bakom dessa kan ifrågasättas. Analysen av journalerna visar emellertid att LARO-enhet 1 och LARO-enhet 2 har journalanteckningar för samtliga besök som stödjer multipla besök under samma dag. Under besöken sker vanligtvis olika typer av samtal och vårdinsatser så som teamsamtal, samtal med psykolog, samtal med läkare, provtagning etc. Journalanteckningarna kan således anses stödja de multipla besöken som registrerats hos utförarna. Det är dock inte tydligt att de ska betraktas som olika vårdkontakter.

Det varierar också vilka åtgärds-koder som enheterna registrerar mest frekvent per patient av de som är tillgängliga för detta vårdval; "medicinhämtning", "stödjande samtal", "läkemedelsordination", "annan specificerad utredning". Av journalanteckningarna från LARO-enhet 2 framgår att majoriteten av besöken registrerade med åtgärds-koden för läkemedelsordination i själva verket varit medicinuthämtning. Åtgärds-koden har således använts felaktigt vid majoriteten av besöken. En annan åtgärds-kod som förekommer frekvent hos LARO-enhet 2 är koden för "stödjande samtal". I majoriteten av de fall där koden registrerats anges i journalanteckningarna att ett stödjande samtal förekommit, men vid flera tillfällen saknas specifika anteckningar som beskriver samtalet och som stödjer att ett sådant samtal faktiskt ägt rum. Hos LARO-enhet 1 registreras åtgärds-koden för "specificerad utredning" i 54% av registreringarna. Åtgärds-koden har visat sig ha ett brett användningsområde och har använts vid besök då exempelvis teamsamtal,

provtagning, gruppaktivitet mm. förekommit. Vi saknar därmed en tydlig systematik i användningen av åtgärds-koden.

Vid transaktionsanalys för **Specialisttandvård** kan vi konstatera ett antal rapporteringar med otillåtna kombinationer av åtgärder såsom tanduttagning i samband med inskolning eller i samband med omfattande dentoalveolär kirurgi i samma kvadrant, eller omfattande dentoalveolär kirurgi i samband med sedering med bensodiazepiner. Det förekommer även fall med överregistrering av vissa åtgärder (inskolning, åtgärder inom serie B700) vilket strider mot gällande regelverk och avtalsvillkor.

Analysen av journalerna visar att leverantörerna vid flertalet besök kombinerat olika vårdinsatser på ett felaktigt sätt. I vissa fall har patienter genomgått allt för omfattande åtgärder i samma del av munnen. I andra fall visar journalerna att olika vårdinsatser genomförts som inte under några omständigheter får kombineras.

Majoriteten av de felaktigheter som anträffats under journalgranskningen av leverantörerna Tandvårdsenhet 1 och Tandvårdsenhet 2 avser dubletter. Leverantörerna har vid upprepade tillfällen registrerat samma vårdinsats samma dag för samma patient, vilket är otillåtet.

Transaktionsanalys för vårdvalet **Psykoterapi** kunde inte utföras på grund av brist av tillgång till data på vårdkontaktsnivå och otillräcklig information kring det aggregerade dataunderlaget.

Ytterligare analyser behöver göras för att fastställa den totala omfattningen av felaktiga vårdersättningar till samtliga leverantörer. Utifrån ovanstående analys bedömer vi att åtminstone 26,6 miljoner kr utbetalats på felaktiga grunder.

3.3.2 Bedömning

Vi har visat att en majoritet av leverantörerna anser att de system som finns för registrering av vårdinsatser inte är ändamålsenliga. Likaså finns synpunkter på bristande tillgänglighet hos strateger och vårdgivarservice samt kvaliteten på stödet som ges. Systemen för registreringar har enbart ett fåtal automatiska kontroller, vilket medför att felaktiga registreringar inte förebyggs på ett effektivt sätt.

Vårt samlade intryck är att verksamheten saknar tillräckliga rutiner, system och resurser för att utöva en ändamålsenlig intern kontroll. Bristande system och rutiner blir särskilt kritiskt då vi även uppfattar att nämndens styr- och kontrollmiljö är förhållandevis svag. Tydliga exempel på detta är att nämndens internkontrollplan inte explicit beaktar risker för bedrägerier, att den trots vissa konstaterade risker saknar ett stort antal kontrollaktiviteter, samt att intervjuade beskriver en utbredd tveksamhet bland förtroendevalda och tjänstepersoner i ledande befattning till att det överhuvudtaget behövs kontroller. Även om nämnden har valt att hålla riskanalysen och kontrollaktiviteterna på en övergripande nivå, och överlätit de löpande kontrollerna till verksamheten, bedömer vi att en övergripande uppföljning och sammanställning av felaktigheter och oegentligheter bör redovisas.

Slutligen kan vi konstatera att det förekommer faktiska felaktigheter i utbetalda vårdersättningar inom flera vårdval. Felaktigheterna gäller såväl ersättning för dubletter som otillåtna kombinationer och överregistrering, dvs ersättning för

vårdinsatser som inte återfinns i journalanteckningarna. Vår bedömning är att de avtalsvillkor och det regelverk som ligger till grund för inrapporteringen i vissa fall är komplext och svårtolkat, vilket lämnar utrymme för såväl olika tolkningar som felrapporteringar, vilket i sin tur kan förklara flera felaktiga och tveksamma vårdersättningar. Andra avtalsvillkor är tydliga och i dessa fall finns risk för att avvikelserna kan utgöra oegentligheter.

Vår samlade bedömning är därför att Region Skåne inte säkerställer korrekta registreringar och utbetalningar av vårdersättningar inom hälso- och vårdvalen.

3.4 Uppföljning och kontroller av leverantörers lämplighet

3.4.1 Iakttagelser

Kontroll av leverantörers lämplighet

I enlighet med lagen om valfrihetssystem (LOV) inbjuds leverantörer att ansöka om godkännande enligt ett standardiserat förfarande. Enskilda leverantörers lämplighet kontrolleras då i samband med ansökningsförfarandet. Genom undertecknande av ansökan intygar sökande att de lever upp till ett antal krav gällande leverantörens juridiska och ekonomiska ställning, kompetens etc. Härfter görs en prövning av ansökan och ansvarig nämnd fattar beslut om eventuellt godkännande.

Uttalade skäl som kan göra att leverantörers ansökan inte godkänns är bland annat om sökanden:

- har låg kreditvärdighet enligt kreditupplysningen.
- inte kan redovisa ekonomisk stabilitet eller kan redovisa en ekonomisk plan som visar på förutsättningar att utföra uppdraget.
- är dömd för brott som innefattar korruption, bestickning, bedrägeri eller penningtvätt.
- har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen.
- tidigare haft uppdrag som sagts upp i förtid till följd av brister i sökandens agerande.
- är under utredning om allvarliga brister i verksamhet som sökanden har i annat uppdrag.

Det finns således en rad villkor som måste uppfyllas för att bli ackrediterad leverantör i vårdvalssystemen. De intervjuade är eniga om att det är förhållandevis omfattande kontroller som görs av leverantörer vid ansökningsprocessen. När det däremot gäller den löpande uppföljningen, efter att leverantören väl godkänts, uppfattar vi att det inte finns en lika tydlig struktur och systematik.

När det gäller leverantörers lämplighet har granskningen visat att det inte förekommer någon regelbunden eller återkommande kontroll av de krav som ställs i ansökningsprocessen.

Avsaknaden av återkommande, förebyggande kontroller medför att olämpliga leverantörer riskerar att upptäckas sent. Risk för att oseriösa aktörer inte upptäcks tillräckligt snabbt är något som framkom redan i den tidigare förstudien. En anledning till detta är att det inom flera vårdval saknas regelbundna kontrollaktiviteter med särskilt

fokus på förändringar av leverantörernas lämplighet, exempelvis vad gäller personalens kompetens. Det ska dock framhållas att det finns skillnader mellan vårdvalen, och inom vårdvalen tandvård och audionom genomförs enligt intervjuade vårdgivare däremot regelbundna och mer djupgående uppföljningar.

Kontroll av underleverantörer (tredjeparter)

I vårdvalen gäller regelmässigt att respektive leverantör ansvarar för att samma krav som ställs på leverantören ställs på underleverantören. Leverantören ansvarar därmed för att eventuella underleverantörer iakttar och följer de krav och villkor som ställs i avtalet. Leverantören ansöker om underleverantörsavtal till avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning för godkännande.

Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning kontrollerar inte regelmässigt att leverantörerna genomför uppföljning av sina underleverantörer. Istället utgår man från att leverantörerna fullföljer sina åtaganden fram till dess att man nås av andra besked.

3.4.2 Bedömning

Vi bedömer att det sker en ändamålsenlig kontroll av enskilda leverantörers lämplighet i samband med ansökningsförfarandet. När det däremot gäller fortlöpande uppföljning och upprepade kontroller av leverantörers lämplighet är vår bedömning att det finns brister i den interna kontrollen då detta enbart för vissa vårdval sker på ett regelbundet och systematiskt sätt och det saknas gemensamma rutiner för detta.

När det gäller kontroll av underleverantörer anser vi inte att det är tillräckligt att förlita sig på att leverantörerna själva gör denna kontroll och att avstå från att genomföra kontroller från regionens sida.

Vi bedömer det som positivt att ekonomisk uppföljning sker genom granskning av månadsfakturer där strategerna kan notera om något i rapporteringen sticker ut som kan föranleda behov av kontroll av leverantörerna. Däremot sker få förebyggande kontroller och granskningar av enskilda leverantörer vilket vi ser som en brist, då det kan leda till att oönskade beteenden inte motverkas och att oseriösa aktörer inte upptäcks tillräckligt snabbt.

Vår samlade bedömning är därför att Region Skåne inte säkerställt att det finns en ändamålsenlig uppföljning och tillräckliga kontroller av leverantörer inom hälso- och vårdvalen.

3.5 Hälso- och sjukvårdsnämndens agerande vid påtalade brister

3.5.1 Iakttagelser

Hur förtroendevalda informeras om brister

Det uppföljningsarbete som genomförs av tjänstepersonerna och eventuella upptäckta brister återrapporteras inte rutinmässigt till nämnden. Förtroendevalda informeras i första hand vid allvarliga och omfattande brister, avvikelser eller oegentligheter som kan komma att innebära sanktioner och ytterst uppsägning eller hävande av avtal.

I både tidigare genomförd förstudie och föreliggande granskning framkommer att förtroendevalda önskar en mer systematisk och regelbunden uppföljning och återkoppling utifrån fasta kontroller.

Konsekvenserna till följd av informationen

Vid intervjuer framkommer skilda åsikter mellan vårdvalen om det finns strukturerade metoder för åtgärder vid noterade brister hos leverantörer. Mot bakgrund av det begränsade antal brister som påtalats är det svårt att ge en samlad bild av hur förtroendevalda agerat och vilka styrande effekter det haft. En uppskattning från intervjuade är att det rör sig om cirka en handfull leverantörer under den senaste treårsperioden där nämnden funnit så allvarliga brister att nämnden beslutat om framtagna ackreditering och att avtalen avslutats.

Intervjuade förtroendevalda och tjänstepersoner anser att nämnden och verksamheten agerat på ett konsekvent sätt i samband med upptäckta felaktigheter.

Inte heller intervjuade leverantörer kan uttala sig om åtgärdernas styrande effekter då de uttrycker att den typen av åtgärder från nämndens sida är relativt sällsynta.

3.5.2 Bedömning

Vår bedömning är att det finns behov av att utveckla rapporteringen av upptäckta brister så att den blir mer strukturerad än idag, då nämnden informeras om brister i begränsad utsträckning, och normalt enbart då verksamheten upptäckt allvarligare brister, avtalsbrott eller oegentligheter.

Vi uppfattar även att det finns utrymme för en mer regelbunden och samlad redovisning till hälso- och sjukvårdsnämnden kring hur leverantörerna sköter sina uppdrag. Vi bedömer att det är särskilt relevant i samband med att nya avtalsvillkor ska fastställas.

Vår bedömning är att den politiska styrningen och kontrollen av leverantörerna är relativt begränsad och att nämnden har hög tilltro till att de olika leverantörerna fullföljer sin åtaganden samt att verksamheten rapporterar om så inte är fallet.

Med anledning av det begränsade antalet fall då nämnden funnit anledning att agera är det svårt att bedöma dess ändamålsenlighet. Vid de tillfällen som nämnden agerat vid påtalade brister är vår bedömning emellertid att agerandet varit rimligt och konsekvent.

4 Slutsats och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte är att hälso- och sjukvårdsnämnden inte har säkerställt följsamhet till gällande avtal för hälso- och vårdval i Region Skåne och att nämnden inte har en tillräcklig kontroll som säkerställer att felaktiga ersättningar inte utgår. Granskningen har visat att det föreligger brister av varierande natur och grad vad gäller den interna kontrollen. Transaktionsanalysen och genomförd journalgranskning har visat att det förekommer felaktigheter i utbetalda ersättningar.

4.1 Svar på revisionsfrågor

Säkerställer Region Skåne att upprättade avtal för hälso- och vårdval är ändamålsenliga?

Vår granskning visar att avtalsvillkoren i huvudsak accepteras av leverantörerna men att det finns utmaningar kring processen för att utveckla avtalen.

Komplexa ersättningsmodeller styr i vissa fall värden på ett sätt som inte är optimalt. Även administrativa krav och otydliga villkor får negativa konsekvenser för vårdens kvalitet. Mot bakgrund av våra iakttagelser menar vi att avtalens ändamålsenlighet inte säkerställs.

Säkerställer Region Skåne en följsamhet till gällande avtal inom hälso- och vårdval?

Granskningen påvisar bristande resurser, rutiner och systemstöd för uppföljning av leverantörernas vårdinsatser. Vi konstaterar även väsentliga brister i det övergripande internkontrollarbetet. Härav är vår bedömning att Region Skåne inte säkerställer en följsamhet till gällande avtal inom hälso- och vårdval.

Säkerställer Region Skåne att det inte sker felaktiga registreringar och i förlängningen utbetalningar inom hälso- och vårdvalen?

Granskningen påvisar brister inom de administrativa system som finns för registrering av leverantörernas vårdinsatser. Brister återfinns även inom den support som erbjuds leverantörerna samt den uppföljning som görs av utbetalda vårdersättningar.

Vi påvisar även felaktiga registreringar och utbetalningar inom flera vårdval. Felaktigheterna kan till viss del ses som ett resultat av komplexa och svårtolkade regelverk, men i andra fall snarare ses som oegentligheter. Vår samlade bedömning är därför att Region Skåne inte säkerställer korrekta registreringar och utbetalningar av vårdersättningar inom hälso- och vårdvalen.

Säkerställer Region Skåne att det finns en ändamålsenlig uppföljning och tillräckliga kontroller av leverantörer inom hälso- och vårdvalen?

Vi bedömer att det sker en ändamålsenlig kontroll av enskilda leverantörers lämplighet i samband med ansökningsförfarandet. När det däremot gäller fortlöpande uppföljning och upprepade kontroller av leverantörers lämplighet finns det brister i kontrollen, vilket kan leda till att oseriösa aktörer inte upptäcks tillräckligt snabbt. Vår samlade bedömning är därför att Region Skåne inte säkerställt att det finns en ändamålsenlig uppföljning och tillräckliga kontroller av leverantörer inom hälso- och vårdvalen.

Vidtar Region Skåne ändamålsenliga åtgärder i samband med att brister och/eller felaktigheter upptäcks?

Vår bedömning är att den politiska styrningen och kontrollen av leverantörerna är relativt begränsad och att nämnden har hög tilltro till att de olika leverantörerna fullföljer sina åtaganden samt att verksamheten rapporterar eventuella brister och avvikelser.

Med anledning av det begränsade antalet fall då nämnden funnit anledning att agera är det svårt att bedöma åtgärdernas ändamålsenlighet. Vid de tillfällen som nämnden agerat vid påtalade brister är vår bedömning emellertid att agerandet varit rimligt och konsekvent.

4.2 Rekommendationer

Vår granskning påvisar ett antal specifika utvecklingsområden kopplat till enskilda ersättningsmodeller samt system för registreringar av vårdinsatser och utbetalningar av vårdersättningar inom respektive vårdval.

Flera av de brister som framkommer kan emellertid hänföras till bristande intern styrning och kontroll. Då felaktigheter gällande vårdersättningar kan konstateras inom samtliga vårdval är vår bedömning att utveckling av enskilda vårdval inte är tillräckligt, utan att nämnden även bör utveckla rutiner, införa system och avsätta resurser för att utöva en ändamålsenlig intern kontroll. Mot bakgrund av vår granskning lämnar vi följande rekommendationer:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör besluta om ett utvecklingsarbete med syfte att förenkla avtalsvillkoren och renodla ersättningsmodellerna för respektive vårdval.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör besluta om ett utvecklingsarbete avseende de administrativa systemen för registrering av leverantörernas vårdinsatser, inklusive den support som erbjuds leverantörerna.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att verksamheten har tillräckliga resurser och systemstöd för att kunna utöva en effektiv intern styrning och kontroll.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att det genomförs ett systematiskt förbättringsarbete kring organisationens riskkultur med syfte att stärka styr- och kontrollmiljön.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör i högre utsträckning delta i arbetet med riskanalyser då nämnden kan ha ett annat perspektiv än vad verksamheten har.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör tillse att de interna kontrollplanerna utformas i enlighet med regionens reglemente och tillämpningsanvisningar för intern kontroll.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör utveckla anvisningar som anger hur det interna kontrollarbetet ska bedrivas för att tydligt ta hänsyn till risken för bedrägerier.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör utveckla rutiner som säkerställer att regionen tar initiativ till rättsliga åtgärder då det bedöms finnas en risk för att de fel som upptäcks är medvetna.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden bör utreda den totala omfattningen av felaktiga vårdersättningar med syfte att erhålla komplett underlag för vidare åtgärder.

Datum som ovan

KPMG AB

Veronica Hedlund Lundgren
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Mattias Wikner
Verksamhetsrevisor

Detta dokument har upprättats enbart för i dokumentet angiven uppdragsgivare och är baserat på det särskilda uppdrag som är avtalat mellan KPMG AB och uppdragsgivaren. KPMG AB tar inte ansvar för om andra än uppdragsgivaren använder dokumentet och informationen i dokumentet. Informationen i dokumentet kan bara garanteras vara aktuell vid tidpunkten för publicerandet av detta dokument. Huruvida detta dokument ska anses vara allmän handling hos mottagaren regleras i offentlighets- och sekretesslagen samt i tryckfrihetsförordningen.

A Bilagor

Bilaga 1: Analysram

Revisionsfrågor	Specifika frågeställningar	Intern kontroll
1. Säkerställer Region Skåne att upprättade avtal för hälso- och vårdval är ändamålsenliga?	Genomförs tillräckliga översyner av avtalsvillkoren?	
	Undersöks om ersättningsnivåerna är i paritet med nivån i andra regioner?	
	Ger ersättningen kostnadstäckning för samtliga vårdmoment?	
	Styr avtalsvillkoren verksamheten till en jämlik och säker vård?	
	Finns en bra process för att utveckla avtalen?	
	Har leverantörer rimlig möjlighet att påverka avtalsvillkoren?	
	Ges leverantörer tillräcklig tid att anpassa verksamheten när avtalsvillkor förändras?	
2. Säkerställer Region Skåne en följsamhet till gällande avtal inom hälso- och vårdval?	Finns det kontroll av hur väl avtalen efterlevs vad gäller vårdinsatserna?	
	Finns det tillräckliga resurser (personal, budget, kompetens) för uppföljning av verksamheten?	Har organisationen tagit fram kontrollaktiviteter för att reducera risker till acceptabla nivåer?
	Sker uppföljningen av verksamheten med effektiva metoder?	
	Analyseras vilka villkor där avvikelser är vanligast förekommande (arbetssätt, bemanning, dokumentation etc.)?	
	Analyseras omfattningen av åtgärder (farhågor, fördjupade uppföljningar, återbetalning, uppsägning)?	
	Analyseras korrelation mellan avvikelser och leverantörernas karaktär (stora/små, privata/offentliga, nya/etablerade)?	
	Fungerar uppföljningen styrande?	
	Finns det anpassade åtgärder vid avvikelser, brister och avtalsbrott?	
	Har de olika åtgärderna en tillräckligt styrande effekt?	
	Har arbetet med intern kontroll prioritet i verksamheten?	Sker ansvarsutkrävande vad gäller tilldelade uppgifter inom intern kontroll?
3. Säkerställer Region Skåne att det inte sker felaktiga registreringar och i förlängningen utbetalningar inom hälso- och vårdvalen?	Är ersättningsmodellen utformad med rätt incitament?	
	Innehåller ersättningsmodellen incitament som styr värden mot god kvalitet?	
	Innehåller ersättningsmodellen incitament att styra värden efter patienters behov?	
	Innehåller ersättningsmodellen incitament för en kostnadseffektiv vård?	

	Fungerar systemstöden för registrering (PASIS, Tandvårdsfönster, Priva) på ett bra sätt?	
	Är regelverket kring registrering enkelt att förstå?	
	Utgör arbetet kring registrering en rimlig administrativ börda för leverantörerna?	
	Erbjuder nämnden tillräcklig support kring systemstöden?	
	Finns det rutiner för att säkerställa korrekta vårdersättningar?	
	Finns det automatiska kontroller som förhindrar felaktigheter (dubletter etc.)?	Har organisationen tagit fram generella IT-kontroller?
	Genomförs effektiv uppföljning och kontroll av utbetalningar?	Är kontrollaktiviteterna dokumenterade? (Vad Hur När)
	Analyseras möjligheter till fel, fusk och manipulation?	Beaktar organisationen risk för oegentligheter i riskanalysen?
	Analyseras omfattningen av felaktiga vårdersättningar?	Beaktar organisationen risk för oegentligheter i riskanalysen?
	Finns det effektiva rutiner för justering av felaktigheter?	
4. Säkerställer Region Skåne att det finns en ändamålsenlig uppföljning och tillräckliga kontroller av leverantörer inom hälso- och vårdvalen?	Finns tillräckligt tydliga krav på leverantörers lämplighet att bedriva vårdinsatser?	
	Finns en tillräcklig kontroll av leverantörers lämplighet att bedriva vårdinsatser?	
	Görs en tillräcklig kontroll av tredjeparter/underleverantörer?	
5. Vidtar Region Skåne ändamålsenliga åtgärder i samband med att brister och/eller felaktigheter upptäcks?	Formerna för och omfattningen av informationen	
	Kan förtroendevalda enkelt informera sig om felaktigheter och brister?	Kommunicerar organisationen internt för att stödja en fungerande intern kontroll?
	Efterfrågar förtroendevalda information kring felaktigheter och brister?	Visar styrelsen på självständighet gentemot ledningen och övervakar den interna kontrollen?
	Analyseras omfattningen av så kallade välfärdsbedrägerier (medvetna försök till fusk med vårdersättningar)?	Beaktar organisationen risk för oegentligheter i riskanalysen?
	Konsekvenserna till följd av informationen	
	Finns en tydlig rollfördelning mellan nämnd och förvaltning i samband med upptäckta felaktigheter?	Finns en tydlig organisationsstruktur med ansvar och befogenheter?
	Agerar nämnd och förvaltning på ett konsekvent sätt i samband med upptäckta felaktigheter?	Finns en tydlig organisationsstruktur med ansvar och befogenheter?
	Har de olika åtgärderna minskat förekomsten av bedrägerier?	