

REVISIONSKONTORET

SAMMANFATTNING AV GRANSKNINGSRAPPORT

GRANSKNING AV VÅRDERSÄTTNINGAR INOM HÄLSO- OCH VÅRDVAL I REGION SKÅNE

UPPDRAG OCH SYFTE

Revisorerna har genomfört en granskning av vårdersättningar inom hälso- och vårdval i Region Skåne. KPMG har biträtt i granskningsarbetet och upprättat bifogad rapport. Syftet med granskningen har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden har säkerställt följsamhet till gällande avtal för hälso- och vårdval i Region Skåne samt om nämnden har en tillräcklig kontroll som säkerställer att felaktiga ersättningar inte utgår inom dessa.

RESULTAT AV GRANSKNINGEN

Den 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. Bedömningen grundar sig på att det i granskningen framkommer brister av varierande natur och grad vad gäller den interna styrningen och kontrollen samt att det förekommer felaktigheter i utbetalda ersättningar.

Nämnden bedöms inte säkerställa en följsamhet till gällande avtal för hälso- och vårdvalen. Bedömningen grundas på att det vid genomförda intervjuer framkommit att det inte finns tillräckligt med personella resurser för att säkerställa en tillräcklig uppföljning av vårdleverantörerna. Granskningen visar även att det inte sker en systematisk uppföljning av avvikelser hos vårdleverantörerna samtidigt som det saknas en struktur för både det övergripande internkontrollarbetet inom nämndens ansvarsområde och för genomförande av konkreta kontrollaktiviteter gällande vårdinsatser.

Nämnden bedöms inte säkerställa korrekta registreringar och utbetalningar inom hälso- och vårdvalen. Detta då en genomförd transaktionsanalys visar på förekomsten av registrerade dubletter eller multipla ersättningar, i strid med avtalsvillkoren, för flera vårdval. Felaktiga utbetalningar av ersättningar kan ha skett på grund svårtolkade avtalsvillkor, vilket lett till felaktiga inrapporteringar från vårdleverantörerna. Andra avtalsvillkor bedöms vara mer tydliga, vilket kan innebära att noterade avvikelser beror på oegentligheter.

Granskningen visar att det finns få automatiska kontroller vid leverantörernas registreringar av

vårdinsatser. Genomförda intervjuer tyder på att befintliga systemstöd, rutiner och kontroller inte räcker för att säkerställa korrekta vårdersättningar. Utifrån genomförd transaktionsanalys bedöms åtminstone 26 miljoner kronor ha betalats ut på felaktiga grunder under åren 2018 t.o.m. 2020.

Utifrån granskningsresultatet rekommenderas hälso- och sjukvårdsnämnden:

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