

Grundläggande granskning av Driftnämnden Närsjukvård

Region Halland

Mars 2023



*Anna Olsson Lindén
Sara Sommarin*

Innehållsförteckning

Inledning	03
Sammanfattande bedömning med rekommendationer	04
Granskningsresultat	05
- Planering och styrning	05
- Uppföljning	08
- Måluppfyllelse	11
- Internkontrollplan	12

Inledning

Bakgrund

Av kommunallagen och god revisionssed följer att revisorerna årligen ska granska alla styrelser och nämnder.

Regionstyrelsen och nämnderna ska förvalta och genomföra verksamheten i enlighet med fullmäktiges uppdrag, lagar och föreskrifter. För att fullgöra uppdraget måste respektive organ bygga upp system och rutiner för styrning, uppföljning, kontroll och rapportering samt säkerställa att dessa rutiner tillämpas på avsett sätt. En bristfällig styrning och kontroll kan riskera att verksamheten inte bedrivs och utvecklas på avsett sätt.

Syfte och revisionsfrågor

Syftet med den översiktliga granskningen är att ge regionens revisorer ett underlag till uttalande i revisionsberättelse.

Följande övergripande revisionsfråga ska besvaras: *Har styrelsens och nämndernas förvaltning skett på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt samt med tillräcklig intern kontroll?*

För att besvara den övergripande revisionsfrågan omfattar granskningen 25 underliggande revisionsfrågor som rör styrning, kontroll, åtgärder, måluppfyllelse för verksamheten och måluppfyllelse för ekonomin. Dessa presenteras i rapporten.

Revisionskriterier

Revisionskriterier i granskningen utgörs främst av *kommunallagen 6:6* och följsamhet till fullmäktiges uppdrag i form av *Mål och budget 2022*. Ytterligare revisionskriterier är direktiv för styrning, internkontroll och uppföljning som fastställts av regionstyrelsen genom *Riktlinjer för planering och uppföljning (2019)*, samt av regionfullmäktige genom *Reglemente Intern kontroll (2020, reviderat 2022)*. I enlighet med reglementet för intern kontroll har tjänsteorganisationen, regionkontoret, tagit fram tillhörande anvisningar. De av regionfullmäktige antagna *Arbetsordningar och reglementen 2019* utgör grund för nämndernas och styrelsens ansvarsområden och uppgifter för år 2022.

Metod och avgränsning

Den översiktliga granskningen har skett genom dokumentanalys av verksamhetsplan, riskanalys, internkontrollplan och uppföljningsrapporter, genomgång av nämndens samtliga protokoll för revisionsåret samt intervjuer med representanter från verksamheten. I tid avgränsas granskningen i huvudsak till år 2022.

Respektive granskningsområde bedöms med hjälp av signalsystem: grön (tillräckligt), gult (delvis tillräckligt), rött (otillräckligt) och grå (ej bedömningsbar).

Sammanfattande bedömning

Granskningsområde	Revisionell bedömning	Kommentar
Ändamålsenlighet <i>Baseras på revisionsfråga 1b, 3d, 4b, 5a, 6a, 7a, 8b, 8e</i>	Grön	Nämnden kan i rimlig grad verifiera att dess förvaltning utförts på ett ändamålsenligt sätt under år 2022. Vi noterar att regionens målstyrning är fortsatt otydlig avseende vilken förväntan som finns gentemot nämnder att arbeta med samtliga fokusområden. Nämnden måluppfyllelse bedöms överlag vara delvis uppfylld.
Ekonomiskt tillfredsställande <i>Baseras på revisionsfråga 5b</i>	Grön	Nämnden kan i rimlig grad verifiera att förvaltningen skett på ett från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt under år 2022. Nämnden uppvisar ett ekonomiskt resultat som avviker med +40,7 mnkr från driftbudget.
Intern kontroll <i>Baseras på revisionsfråga 1a, 1c, 2a, 3a-c, 4a, 4c-e, 6b, 7b-c, 8a, 8c-d</i>	Grön	Den interna kontrollen hänförlig till styrelsens förvaltning bedömts ha varit tillräcklig under år 2022. Mindre avvikelser har noterats avseende målens/förvaltningsuppdragens uppföljningsbarhet.

Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer till Driftnämnden Närsjukvård:

- Vidta planerade åtgärder under år 2023 för att uppnå nämndens mål samt uppnå målvärden för kvalitetsindikatorer
- Säkerställ att mål tydligt kan följas upp

Granskningsresultat - Planering och styrning

Revisionsfrågor	Bedömning	Kommentar
1. Plan för verksamheten	a) Har nämnden antagit en plan för sin verksamhet?	Grön Nämnden antog verksamhetsplanen vid sitt sammanträde den 15 december 2021.
	b) Är plan för verksamheten upprättad i enlighet med med regionens direktiv?	Grön Verksamhetsplanen inkluderar avsnitt för målstyrning, kvalitetsstyrning och ekonomistyrning. Verksamheten uppdrag beskrivs utifrån vilka behov som ska tillgodoses samt vilken lagstiftning och vilka styrdokument som är av särskilt betydelse. Vi noterar att verksamhetens organisation och ledningsstruktur, samt målgrupper och intressenter/samarbetspartners inte redovisas.
	c) Är plan för verksamheten heltäckande, dvs. omfattar den nämndens samtliga verksamheter?	Grön Närsjukvårdens grunduppdrag för år 2022 framgår inte av fullmäktiges reglemente för 2019. Ett nytt reglemente träder i kraft för år 2023. Av verksamhetsplanen för 2022 framgår att driftnämnden Närsjukvårdens uppdrag är att driva Region Hallands vårdcentraler i egen regi, Folk tandvården med allmän barn- och vuxentandvård, tandreglering samt ett antal särskilda uppdrag. Närsjukvården Halland har också ett tillfälligt särskilt uppdrag som samordningsansvarig utifrån ett flertal regionövergripande områden inom pandemiarbetet. Nämndens verksamheter ingår i planens kapitel för målstyrning och/eller kvalitetsstyrning.
2. Budget	a) Har nämnden antagit en budget för sin verksamhet?	Grön Nämnden antog internbudget för sin verksamhet vid sammanträdet den 15 december 2021. Driftnämnden har fattat beslut om investeringsplan. Huvuddelen av Närsjukvårdens verksamheter, ca 90 procent, är intäktsfinansierade och tilldelas resurser genom hälso- och sjukvårdspengen, barntandvårdspengen och tandvårdstaxan. Resterande del, ca 10 procent, av budgeten har tilldelats som anslag till särskilda uppdrag och tandregleringen. Från och med 2021 har de anslagsfinansierade verksamheterna en nettokostnadsbudget, det innebär således att delar av verksamheten arbetar med resultatbudget och delar av verksamheten med nettokostnadsbudget.

Granskningsresultat - Planering och styrning

Revisionsfrågor	Bedömning	Kommentar
3. Mål	a) Finns mål formulerade för nämndens verksamhet?	<p>Nämnden har antagit 16 förvaltningsuppdrag utifrån fem av fullmäktiges fokusområden, samt utifrån området förutsättningar för verksamhetens genomförande. Nämnden formulerar förvaltningsuppdrag inom fullmäktiges fokusområden utifrån regiongemensamma uppdrag som är framtagna av tjänsteorganisationen. Vi bedömer att uppdragen till förvaltningen är att anse som mål för nämndens verksamhet.</p> <p>Nämnden har även antagit 21 kvalitetsindikatorer med satta målvärden. Enligt intervjuer utgör kvalitetsindikatorerna en typ av mål för verksamheten gällande områden som tillgänglighet, klinisk tid och besök.</p>
	b) Finns mål formulerade för nämndens ekonomi?	<p>Nämnden har antagit budgetdokument som nämnden ska förhålla sig till. Regionfullmäktige har angett rambudget för nämnden den 23 juni 2021 genom Mål och budget för år 2022.</p> <p>Nämndens verksamheter är i stor utsträckning intäktsfinansierad och budget bygger på antaganden om intäktsutveckling. Vid intervjuer anges att patienternas val följaktligen avgör hur mycket intäkter verksamheten har, det vill säga det finns ingen given anslagsbudget. Verksamheten uppges därför löpande behöva anpassa sig så att intäkter och kostnader är i balans.</p> <p>Nämnden har i sin verksamhetsplan antagit kvalitetsindikator för att följa budgetavvikelse.</p>
	c) Är målen uppföljningsbara (mätbara)?	<p>Inga av nämndens förvaltningsuppdrag har antagna indikatorer. Det anges inte tydligt i verksamhetsplanen på vilket sätt uppdrag/mål ska följas upp. Vid intervjuer uppges att kvalitativ uppföljning anses vara mer ändamålsenlig för verksamheten än kvantitativa indikatorer. I uppföljningsrapporter och årsredovisning beskrivs vilket utvecklingsarbete som bedrivs inom respektive målområde.</p> <p>Kvalitetsindikatorerna med satta målvärden är tydligt uppföljningsbara.</p>

Granskningsresultat - Planering och styrning

Revisionsfrågor		Bedömning	Kommentar
3. Mål	d) Är målen upprättade i enlighet med fullmäktiges direktiv?	Gul	<p>Nämnden har konkretiserat uppdrag/mål inom 5 av 7 fokusområden. Nämnden anger i sin verksamhetsplan att den bidrar till de fokusområden som faller inom verksamhetens grunduppdrag och reglemente. Vid sakavstämning av rapporten framkommer att förvaltningen anser att målen upprättade i enlighet med regionala anvisningar. Vi noterar att i mall för verksamhetsplanen i systemet Stratsys framgår att nämnd ska bidra till de fokusområden som faller inom nämndens grunduppdrag och reglemente. Vi noterar samtidigt att samtliga fokusområden är likställda varandra i fullmäktiges Mål och budget 2022. Vi bedömer därmed att regionens målstyrning är fortsatt otydlig avseende vilken förväntan som finns gentemot nämnder att arbeta med alla fokusområden.</p> <p>Fokusområdena är nedbrutna till regiongemensamma uppdrag. Att nämnden ska formulera mål utifrån regiongemensamma uppdrag nämns inte i Mål och budget 2022 eller regionstyrelsens riktlinjer för planering och uppföljning. Av intervjuer framgår att regiongemensamma uppdrag utvecklats av tjänsteorganisationen för utvecklingsområden där flera förvaltningar bedöms behöva bidra tillsammans.</p> <p>I verksamhetsplaner för 2023 finns inte regiongemensamma uppdrag. I Mål och budget 2023 har fullmäktiges fokusområden istället konkretiserats genom mål antagna av fullmäktige.</p>

Granskningsresultat - Uppföljning

Revisionsfrågor		Bedömning	Kommentar
4. Rapportering och åtgärder	a) Har nämnden upprättat direktiv/ instruktion för rapportering?	Grön	<p>Nämnden omfattas av regiongemensamma riktlinjer för planering och uppföljning som fastställts av regionstyrelsen år 2019. Nämnden omfattas även av instruktion för uppföljning i fullmäktiges mål- och budgetdokument för 2022.</p> <p>Av dessa direktiv framgår att rapportering ska ske genom uppföljningsrapport 1, uppföljningsrapport 2 och årsredovisning samt månadsrapporter. Nämnden följer enligt intervjuer regionkontorets anvisade redovisningsfrekvens för månadsrapporter per februari och per oktober.</p>
	b) Sker rapportering i enlighet med direktiv?	Grön	<p>Nämnden har tagit del av uppföljningsrapport 1 vid sammanträdet den 1 juni 2022, uppföljningsrapport 2 vid sammanträdet den 28 september 2022 och den 27 februari 2023.</p> <p>Månadsrapport per februari och per oktober har upprättats. Månadsrapport per februari antogs den 30 mars 2022. Av protokollgranskningen framgår inte att nämnden antagit månadsrapport per oktober.</p> <p>Nämnden har därutöver vid fyra tillfällen tagit del av rapport för vårdcentralen Hallands listningsinformation och tillgänglighet, Folk tandvårdens tillgänglighet, samt ekonomisk rapport. Rapporteringen har behandlats vid sammanträdet den 30 mars 2022, den 4 maj 2022, den 2 november 2022 och den 2 december 2022.</p>

Granskningsresultat - Uppföljning

Revisionsfrågor		Bedömning	Kommentar
4. Rapportering och åtgärder	c) Fokuserar rapportering på måluppfyllelse för verksamhet och ekonomi?	Grön	<p>Uppföljningsrapporterna fokuserar på uppföljning av mål och ekonomi. För uppföljningsrapport 2 och årsredovisning framgår bedömning av måluppfyllelse.</p> <p>Uppföljningsrapporterna redovisar utvecklingsarbete som bedrivits samt analys utifrån nämndens kvalitetsindikatorer.</p> <p>I uppföljningsrapport 1 redovisas en kraftig positiv ekonomisk utveckling och en budgetavvikelse på drygt +70 Mkr. Uppföljningsrapport 2 visar på en fortsatt positiv ekonomisk utveckling med en budgetavvikelse på drygt +68 Mkr. Den positiva avvikelsen är till övervägande del ersättningar för tillkommande pandemiuppdrag.</p> <p>I både uppföljningsrapport 1 och 2 anges bland annat att vårdcentralerna når målet för antal besök och att arbete genomförts för att införa en ny digital kontaktväg, en chatt för invånarna med vårdcentral. För Folktandvården nås inte fullt ut uppsatt mål gällande antal besök (mätt genom klinisk tid). En högre sjukfrånvaro totalt för verksamheterna noteras i både uppföljningsrapport 1 och 2. Personalomsättningen visar på en fortsatt ökande trend.</p>

Granskningsresultat - Uppföljning

Revisionsfrågor		Bedömning	Kommentar
4. Rapportering och åtgärder	d) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för verksamheten?	Grön	<p>Bedömningen grundar sig på att åtgärder angetts vid uppföljningsrapport 2 för att nå mål och kvalitetsindikatorer, samt att vissa åtgärder gett resultat.</p> <p>I uppföljningsrapport 2 uppges 9 mål vara uppfyllda och 7 mål vara delvis uppfyllda.</p> <p>I årsredovisningen uppges 9 mål vara uppfyllda och 7 mål vara delvis uppfyllda. Mellan uppföljningsrapport 2 och årsredovisningen har 2 mål försämrats från uppfyllt till delvis och 2 mål förbättrats från delvis till uppfyllda. För 5 delvis uppfyllda mål har ingen förändring skett.</p> <p>I uppföljningsrapport 2 bedömer vi att åtgärder angetts för 6 delvis uppfyllda mål. Dessa åtgärder består bland annat av informationsinsatser. För ett mål som bedömts som delvis uppfyllt i uppföljningsrapport 2 framgår inga åtgärder.</p> <p>För kvalitetsindikatorerna har bedömning av resultatet för en indikator förbättrats mellan uppföljningsrapport 2 och årsredovisningen från ej uppfyllt till delvis uppfyllt. Bedömning av en indikator har samtidigt försämrats från delvis uppfyllt i uppföljningsrapport 2 till ej uppfyllt i årsredovisningen. För samma indikator har resultatet förbättrats, men en striktare bedömning av resultatet har gjorts i årsredovisningen än i uppföljningsrapport 2. Åtgärder för att förbättra verksamhetens kvalitet anges i såväl uppföljningsrapport 2 och årsredovisningen.</p>
	e) Vidtar nämnden tydliga åtgärder för att nå mål för ekonomin?	Grön	Nämnden har nått god måluppfyllelse för ekonomin för helåret.

Granskningsresultat - Måluppfyllelse

Revisionsfrågor		Bedömning	Kommentar
5. Måluppfyllelse	a) När nämnden uppsatta mål för verksamheten?	Gul	<p>Nämnden bedömer 9 mål som uppfyllda och 7 mål som delvis uppfyllda för helåret i sin årsredovisning.</p> <p>Vi noterar även att av nämndens kvalitetsindikatorer med satta målvärden anges 5 som uppfyllda, 8 som delvis uppfyllda och 7 som ej uppfyllda för helåret i årsredovisningen. Exempel på kvalitetsindikatorer som anges som delvis uppfyllda är målvärdet för tillgänglighet gällande vårdgaranti med besök inom 3 dagar. Nämndens resultat på 82% överstiger SKR:s målvärde men inte nämndens målvärde på 90%. Exempel på kvalitetsindikatorer som inte uppfylls är personalomsättningen som uppgår till 21,6 %, sjukfrånvaron till 7,2% samt bemanningskostnaderna som ökat till 7%.</p>
	b) När nämnden uppsatta mål för ekonomin?	Grön	<p>Nämndens resultat är inom angiven budgetram. Nämnden uppvisar ett ekonomiskt resultat som avviker med +40,7 mnkr från budget.</p> <p>Tillfälliga ersättningar kopplat till pandemin som nämnden inte budgeterat för uppges enligt årsredovisningen vara en starkt bidragande faktor till resultatet. Vårdcentralerna visar samtidigt ett negativt resultat som uppgår till -15,6 mnkr. Detta beror främst på kostnader för inhyrd personal, men även bland annat på minskad listning och därmed lägre intäkter i form av hälso- och sjukvårdspeng. Särskilda uppdrag, palliativa allmänna vårdavdelningen och Folktandvården visar positiva avvikelser om samlat +15,5 mnkr. För Folktandvården Halland är kostnaderna lägre än budgeterat. Den palliativa vårdavdelningen har på grund av problem med byggnaden hållit stängt fram till november 2022. Personalen har sedan stängningen arbetat i andra verksamheter inom regionen.</p> <p>Närsjukvårdens investeringar uppgår under 2022 till 7,1 mnkr vilket är väsentligt lägre än budgeten på 23,5 mnkr. Den lägre investeringsvolymen är enligt årsredovisningen främst en följd av att pandemin har påverkat verksamheternas möjlighet att arbeta med investeringsfrågor, men också orsakat av att en upphandling blivit ytterligare försenad.</p>

Granskningsresultat - Internkontrollplan

Revisionsfrågor		Bedömning	Kommentar
6. Riskanalys	a) Har riskanalys utförts i enlighet med direktiv?	Grön	Riskanalys har analyserats i en tregradig skala utifrån riskens konsekvens och sannolikhet för inträffande. Riskerna har kategoriserats utifrån riskkategorier, riskområden och risker. Inför arbetet med intern kontrollplan 2022 genomförde förvaltningen ett första övervägande av risker i en arbetsgrupp med representanter från olika delar av stabens verksamhet. Identifieringen av risker är framtagen inom tre processer: huvudprocess/verksamhetsprocess, ledningsprocess och stödprocess.
	b) Finns en dokumenterad riskanalys för intern kontroll?	Grön	Nämnden har behandlat dokumenterad riskanalys vid sitt sammanträde den 17 november 2021.
7. Plan för intern kontroll	a) Har plan upprättats i enlighet med direktiv?	Grön	En internkontrollplan för år 2022 har upprättats som beskriver fem kontrollmoment med dess kontrollmetoder samt redovisningsfrekvens.
	b) Har nämnden antagit plan för innevarande år?	Grön	Nämnden har antagit internkontrollplan för 2022 vid sitt sammanträde den 15 december 2021.
	c) Är planen heltäckande, dvs. omfattar den förekommande risker av olika slag?	Grön	Internkontrollplanen omfattar risker som rör verksamhet, personal, styrning och administration. Nämnden har inte inkluderat ekonomiska risker i internkontrollplanen, men vi noterar att ekonomin följs upp genom verksamhetsplanens kvalitetsindikatorer samt månadsvis genom ordinarie rapportering till nämnden.

Granskningsresultat - Internkontrollplan

Revisionsfrågor		Bedömning	Kommentar
8. Rapportering av intern kontroll	a) Har nämnden upprättat direktiv för rapportering till nämnden?	Grön	Redovisningsfrekvens av kontrollmoment framgår av nämndens internkontrollplan för 2022. Kontrollmoment ska följas upp i samband med uppföljningsrapport 2 och genom årsrapport.
	b) Sker rapportering till nämnden enligt direktiv?	Grön	Uppföljning av internkontrollplanen redovisas i samband med uppföljningsrapport 2 den 28 september 2022. Vi har mottagit den årliga rapporten men kan inte verifiera att den behandlats av nämnd än.
	c) Fokuserar rapportering på resultat och analys?	Grön	För varje kontrollmoment beskrivs resultatet av genomförd kontroll. Beskrivningen inkluderar analys. I uppföljningsrapport 2 anges inte bedömning av resultat. I årsrapporten ingår bedömning om kontrollmoment är helt, delvis eller ej uppfyllt.
	d) Vidtar nämnden vid behov åtgärder utifrån lämnad rapportering?	Grön	Vid uppföljningsrapport 2 av internkontrollplanen anges inte bedömning av resultaten enligt tregradig skala, vilket gör det svårt att utläsa vilka kontrollmoment som kräver åtgärder. Det framgår av analysen av resultatet för vissa kontrollmoment att insatser behöver göras. Det framgår däremot inte tydligt vilka åtgärder som nämnden beslutat att vidta för respektive kontrollmoment. I årsrapporten bedöms ett kontrollmoment som uppfyllt, två som delvis uppfyllt och två som ej uppfyllt. I årsrapporten anges åtgärder för respektive kontrollmoment. Åtgärderna innebär sammanfattningsvis att arbete kommer fortsätta inom områdena under år 2023. Bedömningen grundas på att åtgärder anges i årsredovisningen.
	e) Sker rapportering till styrelse i enlighet med direktiv?	Grön	Nämnden har vid sammanträdet den 27 februari 2023 fattat beslut om uppföljningsrapporten per helår samt delgett beslut och underlag till regionstyrelsen.

2022-03-15

Marie Lindblad

Anna Olsson Lindén

pwc.se

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Halland enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 16 juni 2022. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.