

Diarienummer: REV 2021-00117
Handläggare: Kari Aartojärvi
E-post: kari.aartojarvi@vregion.se
Revisionsenheten
Västra Götalandsregionen
2022-01-10

Fördjupad granskning

Granskning av övergripande principer för ekonomi- och budgetstyrning

Innehåll

Sammanfattning	3
Granskningens utgångspunkter	6
Bakgrund	6
Granskningens syfte och revisionsfrågor	7
Avgränsning och definitioner	7
Revisionskriterier	7
Ansvariga styrelser	8
Metod	8
Granskningsansvarig och kvalitetskontroll	8
Resultat av granskningen	9
Iakttagelser	9
Dagens ekonomistyrning utgår från ett arbete som i huvudsak bedrevs i slutet av 1980-talet och på 1990-talet	9
Tidigare utvecklingsarbete utgör grunden för ekonomistyrningen när regionen bildas	11
Perioden 2015 – 2021 kännetecknas av samordning, förenklingar och avsteg från de ursprungliga principerna	12
Budgetstyrning kombineras med bokslutsstyrning	17
De intervjuades syn på principer, och tillämpning av principer, för ekonomi- och budgetstyrning kännetecknas av en relativt stor samsyn	19
Bedömning	24
Rekommendationer	27
Bilaga 1 - intervjuade	29
Bilaga 2 – sjukhusens resultat 2015 - 2020	30

Sammanfattning

Revisionen har vid ett flertal tillfällen lämnat kritik på olika delar av såväl utformningen som tillämpningen av regionens styrmodeller och styrprinciper. Kritiken har bland annat handlat om otydligheter i nämnders och styrelser ansvar och befogenheter och otydligheter beträffande vilka principer som gäller vid styrningen. Styrmodeller och styrprinciper har bedömts vara komplexa. De har sällan tillämpats utifrån den ursprungliga tanken utan har istället varit föremål för anpassningar och avsteg. Framförallt avser dessa avsteg principerna för ekonomistyrning.

En ändamålsenlig och effektiv ekonomistyrning som bidrar till god ekonomisk hushållning bygger på trovärdiga och långsiktigt hållbara styrprinciper som kan tillämpas över tid. Revisionen bedömer att det finns en risk att regionens ekonomistyrning inte är ändamålsenlig för att nämnder och styrelser ska kunna bedriva verksamheten med en ekonomi i balans och upprätthålla en långsiktigt god ekonomisk hushållning. Med anledning av det beslutade revisorskollegiet att genomföra granskning av övergripande principer för ekonomi- och budgetstyrning. Granskningen syftar till att bedöma om principer, och tillämpningen av principer, för ekonomi- och budgetstyrning är ändamålsenliga och bidrar till en god ekonomisk hushållning.

I granskningen beskrivs övergripande principer för ekonomi- och budgetstyrning, med fokus på styrningen av regionens sjukhus. Ett omfattande arbete har bedrivits under en lång tidsperiod för att utforma styrningen och de principer som idag gäller. Syftet med arbetet har varit att utveckla och förbättra sjukhusens effektivitet och produktivitet. Ambitionsnivån har varit hög för att lösa problem som identifierats i styrning och ledning av sjukhusen. Syftet har också varit att försöka skapa en rättvis resursfördelning och en redovisning som ger en rättvisande bild av ”output och input”, dvs en bild av utförd vårdproduktion och den resursförbrukning som den medfört.

Utifrån genomförd granskning gör vi bedömningen att övergripande principer för ekonomi- och budgetstyrning sammantaget är komplexa. Komplexiteten är så stor att det på såväl koncernnivå som sjukhusledningsnivå finns en bristande kunskap och förståelse för hur principerna hänger ihop. Bristande förståelse för beslutade principer gör att de inte blir ändamålsenliga och effektiva vid styrningen av verksamheten. Komplexiteten ökar med en organisation med delvis oklar ansvarsfördelning. Resursfördelning sker från flera olika håll. Det resulterar i att sjukhusen är osäkra på vilka resurser man i slutändan har att planera verksamheten ifrån. Det resulterar också i en känsla och tro i verksamheten att det under budgetåret finns mer pengar att få för olika vårdinsatser som bedrivs. Tilltron till budgeten riskerar därmed att försvagas.

Principerna för ekonomistyrning bygger på detaljerade kalkyler och analyser som inte är tillräckligt exakta för att ge rättvisande resultat. Det resulterar i obalanser som inte enkelt kan förklaras. Det leder till att det vid tillämpningen av principerna har uppstått en rad obalanser. Obalanserna behöver hanteras och svårigheter har uppstått i att då hålla fast vid beslutade principer. Det har funnits en politisk ovilja att ta konsekvenserna av beslutade principer. Det gör att avsteg görs redan i budgetarbetet och sedan också i samband med bokslutsarbetet. Sjukhus som redovisat ekonomiska underskott har inte behövt återställa negativt eget kapital. Avsteg sker för att kompensera i ett system som upplevs vara bristfälligt, vilket kan leda till ett minskat förtroende för de principer som är beslutade.

Tillämpningen av principerna, med alla avsteg, visar tydligt på betydande brister i ekonomistyrningen av sjukhusen. Avsteg från beslutade principer leder till tvivel och urholkar respekten för ekonomistyrningen som den bedrivs. En ändamålsenlig styrning av regionens verksamheter bör ha som syfte att underlätta att göra rätt och att skapa incitament för rätt beslut och rätt beteenden på alla organisatoriska nivåer.

Man kan se de olika principerna för ekonomi- och budgetstyrning som olika lager av styrning. Lager på lager av styrning byggs på varandra. I stort sett varje lager av styrning kräver någon form av beräkning som i slutändan påverkar resursfördelningen till sjukhusen. För varje lager skapas nya osäkerheter kring om beräkningarna är korrekta och rättvisa. Det underbygger behovet av att göra avsteg när avvikelser sedan uppstår.

I den av regionfullmäktige beslutade budgeten anges att budgeten är Västra Götalandsregionens överordnade styrdokument. Budgeten ska ange mål, uppdrag och ekonomiska ramar för regionens verksamheter. De avsteg som görs utifrån beslutade principer innebär också avsteg från budgetbesluten. Om budgeten ska vara det överordnade styrdokumentet så innebär avstegen att budgetens roll försvagas.

En tydlig slutsats utifrån genomförda intervjuer är att de intervjuade nästan samfällt anser att tillämpningen av beslutade principer för ekonomistyrning **inte** leder till god ekonomisk hushållning.

Granskningen visar att det under 2021 har fattats beslut om förenklingar och modifieringar av gällande principer, bland annat med anledning av identifierade brister. Arbetet pågår med utformningen av framtidens ersättningsystem. Ett omfattande arbete pågår i regionen med syfte att skapa en mer sammanhållen hälso- och sjukvård. Samordning och omställning är nyckelord i denna utveckling. Vår bedömning är att principerna för ekonomistyrning bör stödja den av regionfullmäktige beslutade inriktningen för hälso- och sjukvården för kommande år. Vår bedömning är också att principerna för ekonomistyrning bör stödja kostnadseffektivitet och en effektiv hälso- och sjukvård som bidrar till god hälsa i befolkningen. Vår bedömning är vidare att fortsatta förenklingar bör göras för att skapa mer långsiktiga förutsättningar för sjukhusen att bedriva sin verksamhet på ett effektivt sätt.

Regionstyrelsen har enligt kommunallagen och enligt sitt reglemente ett ansvar att leda och samordna regionens arbete. Vår samlade bedömning utifrån genomförd granskning är att regionstyrelsen bör se till att regionens verksamheter styrs av principer för ekonomi- och budgetstyrning som kännetecknas av långsiktighet, förutsägbarhet, stabilitet och rättvisa. Regionstyrelsen bör se till att principerna är hållbara över tid och att de accepteras och följs. Avsteg från beslutade principer bör endast ske i undantagsfall. Principerna bör ge förutsättningar för ett tydligt ansvarstagande och ansvarsutkrävande.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen är enligt sitt reglemente systemägare för den samlade regionfinansierad hälso- och sjukvården. Det innebär att styrelsen har ett övergripande ansvar för sjukvårdens innehåll, kvalitet och tillgänglighet. Styrelsen har också ett ansvar för att utveckla och ta fram förslag till regiongemensamma ersättningsystem samt ansvar för uppföljningen av tillämpningen av dessa. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen bör mer aktivt se till att utformning och tillämpning av regionens ersättningsystem stödjer arbetet med sammanhållen hälso- och sjukvård och omställningen av hälso- och sjukvården. Styrelsen bör också verka för att principerna för ekonomi- och budgetstyrning stödjer arbetet med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna har enligt sina reglementen ett befolkningsansvar inom sina respektive geografiska områden och har, inom den budget som regionfullmäktige fastställt, finansieringsansvaret för den vård som nyttjas av befolkningen i respektive nämnds område med undantag för vård som finansieras på annat sätt. Nämnderna ska teckna vårdöverenskommelser som ska bidra till att regionfullmäktiges mål uppnås. Hälso- och sjukvårdslagen anger att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Det ställer krav på en resursfördelning till nämnderna som ger förutsättningar att beställa vård efter det behov som befolkningen har. Om hälso- och sjukvårdsnämnderna bedömer att regionens principer för ekonomi- och budgetstyrning gör att man inte kan ta sitt befolkningsansvar och därmed inte uppnå regionfullmäktiges mål bör nämnderna påtala det för regionfullmäktige.

Vår rekommendation till regionstyrelsen är att se till att en översyn görs av regionens övergripande principer för ekonomi- och budgetstyrning. I arbetet med utveckling av principer för ekonomi- och budgetstyrning bör regionstyrelsen se till att:

- principerna kännetecknas av långsiktighet, förutsägbarhet, stabilitet och rättvisa.
- principerna är hållbara över tid och att de accepteras och följs samt att de ger förutsättningar för ett tydligt ansvarstagande och ansvarsutkrävande.
- principerna stödjer pågående arbete med en mer sammanhållen hälso- och sjukvård och arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården.
- principerna stödjer arbetet med ökad tillgänglighet till besök och behandlingar.
- principerna stödjer arbetet med effektivisering av hälso- och sjukvården och bidrar till en god ekonomisk hushållning.

Regionstyrelsen uppmanas att i övrigt beakta de iakttagelser och bedömningar som görs i granskningen.

Vår rekommendation till hälso- och sjukvårdsstyrelsen är att mer aktivt se till att utformning och tillämpning av regionens ersättningssystem stödjer arbetet med sammanhållen hälso- och sjukvård och omställningen av hälso- och sjukvården och att styrelsen verkar för att principerna för ekonomi- och budgetstyrning stödjer arbetet med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård.

Vår rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnderna är att verka för att regionens utformning och tillämpning av resursfördelningsmodell ger förutsättningar för nämnderna att beställa vård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om vård efter behov.

Granskningens utgångspunkter

Bakgrund

Revisionen har vid ett flertal tillfällen lämnat kritik på olika delar av såväl utformningen som tillämpningen av regionens styrmodeller och styrprinciper¹. Kritiken har bland annat handlat om otydligheter i nämnders och styrelsers ansvar och befogenheter och otydligheter beträffande vilka principer som gäller vid styrningen. Styrmodeller och styrprinciper har bedömts vara komplexa. De har sällan tillämpats utifrån den ursprungliga tanken utan har istället varit föremål för anpassningar och avsteg. Framförallt avser dessa avsteg principerna för ekonomistyrning.

Grundtanken i regionens styrmodell är att utförarstyrelser i allt väsentligt ska få sina uppdrag och ekonomiska ramar genom att överenskommelser tecknas med beställarnämnder. Utöver de uppdrag och ersättningar som dessa överenskommelser anger har utförarstyrelserna också uppdrag som styrs av reglementena och övergripande regionala beslut. Utförarstyrelserna säljer dessutom en del tjänster till andra utförare samt får intäkter i form av patientavgifter med mera. De samlade ersättningarna/intäkterna utgör den ”ram” som ska finansiera verksamhetens kostnader.

Under senare år har allt fler tillkommande beslut fattats om olika typer av extrauppdrag. Det är beslut som fattats av regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Det är beslut som är kopplade till statsbidrag, men också beslut som handlar om att uppnå regionala mål. För olika uppdrag finns olika ersättningsmodeller och ekonomistyrningsprinciper. Budgetprocessen har därmed blivit mer komplicerad med ett flertal aktörer och ett flertal modeller/principer som påverkar verksamheternas ekonomi. Ekonomistyrningen har blivit mer komplex för framförallt sjukhusen.

Regionens nämnder och styrelser är resultat- och balansräkningsenheter och har att tillse att ekonomin är i balans. Nettoresultatet för nämnder och styrelser ska budgeteras till 0. Att vara en balansräkningsenhet innebär bland annat att nämnden eller styrelsen långsiktigt ska redovisa ekonomiska resultat som innebär att det egna kapitalet inte blir negativt. Om så ändå blir fallet så finns ett regelverk kring återställning av negativt eget kapital. Under covid-19-pandemin har regionfullmäktige beslutat om att tillåta avsteg från detta regelverk. Avsteg har dock gjorts vid ett flertal tillfällen ända sedan regionen bildades 1999. Det gäller framförallt sjukhusen. Sjukhusens negativa egna kapital har ”nollställts” efter beslut i regionfullmäktige.

En ändamålsenlig och effektiv ekonomistyrning som bidrar till god ekonomisk hushållning bygger på trovärdiga och långsiktigt hållbara styrprinciper som kan tillämpas över tid. Ett resultat av tillämpningen av ekonomistyrningsprinciper enligt ovan är att budgetens roll som styrinstrument kan försvagas. Budgetstyrningen riskerar att bli svag, åtminstone vad gäller sjukhusen. Revisionen bedömer att det finns en risk att regionens ekonomistyrning inte är ändamålsenlig för att nämnder och styrelser ska kunna bedriva verksamheten med en ekonomi i balans och upprätthålla en långsiktigt god ekonomisk hushållning. Med

¹ Bland annat granskningarna ”Ärendeberedning inför ekonomiska beslut”, dnr REV 2020-00012 och ”Regionstyrelsens åtgärder för att komma till rätta med ekonomiska obalanser inom hälso- och sjukvården”, dnr REV 2019-00183 samt ” Granskning av Regionstyrelsens ledning och samordning av regionens arbete”, dnr REV 2017-00097.

anledning av det beslutade revisorskollegiet att genomföra granskning av övergripande principer för ekonomi- och budgetstyrning.

Granskningens syfte och revisionsfrågor

I granskningen ska beslutade principer för ekonomi- och budgetstyrning belysas, liksom hur dessa principer tillämpats. Granskningen syftar till att bedöma om principer, och tillämpningen av principer, för ekonomi- och budgetstyrning är ändamålsenliga och bidrar till en god ekonomisk hushållning. Följande revisionsfrågor ska besvaras:

1. Vilka principer för ekonomi- och budgetstyrning gäller i regionen?
2. Är beslutade principer för ekonomi- och budgetstyrning tydliga?
3. Har beslutade principer för ekonomi- och budgetstyrning följts?
 - a. Om inte, vilka avsteg har gjorts?
4. Är regionens principer för ekonomi- och budgetstyrning ändamålsenliga och bidrar de till en god ekonomisk hushållning?
 - a. Synen på principerna ur ett förvaltningsperspektiv?
 - b. Synen på principerna ur ett koncernperspektiv?
5. Är regionens tillämpning av principer för ekonomi- och budgetstyrning ändamålsenlig och bidrar den till en god ekonomisk hushållning?
 - a. Synen på tillämpningen ur ett förvaltningsperspektiv?
 - b. Synen på tillämpningen ur ett koncernperspektiv?

Avgränsning och definitioner

Granskningen avgränsas till att belysa principerna för ekonomi- och budgetstyrning vad gäller sjukhusen.

Med ekonomistyrning avser vi i denna granskning styrning utifrån de beslut som fattats om modeller, regelverk, principer och åtgärder för att uppnå ekonomiska mål.

Med budgetstyrning avser vi i denna granskning den strategiska planering och resursfördelning som anger förutsättningar och ansvarsfördelning för regionens verksamheter för respektive verksamhetsår.

Med principer avser vi i denna granskning regionövergripande system, modeller och regelverk.

Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. I granskningen används följande revisionskriterier.

- Kommunallagen 6 kap. 1§, om att regionstyrelsen ska leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och styrelser verksamhet.
- Kommunallagen 6 kap. 6§, om att nämnder och styrelser var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten.

- Kommunallagen 11 kap. 1§, om att regioner ska ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet.
- Hälso- och sjukvårdslagen 7 kap. 2 §, Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.
- Reglementet för regionstyrelsen, beslutad i regionfullmäktige 2019-06-10, 4§, om styrelsens övergripande ägar- och styrfunktioner.
- Reglementet för hälso- och sjukvårdsstyrelsen, beslutad i regionfullmäktige 2019-06-10, 3-4 §§, om styrelsens ansvar som systemägare och ansvar för hälso- och sjukvårdssystemet i Västra Götalandsregionen.
- Reglementena för hälso- och sjukvårdsnämnderna, beslutade i regionfullmäktige 2019-06-10, 3-5 §§, om nämndernas befolkningsansvar, finansieringsansvar samt ansvar att träffa vårdöverenskommelser med utförarna.
- Reglementena för sjukhusstyrelserna, beslutade i regionfullmäktige 2019-06-10, 3§ a., om styrelsernas ansvar att bedriva verksamheten effektivt och ändamålsenligt samt utveckla och följa upp verksamheten enligt regionfullmäktiges beslut samt regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens anvisningar.

Ansvariga styrelser

Granskningen avser regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnderna samt sjukhusstyrelserna.

Metod

Granskningen har genomförts i form av dokumentgranskning och intervjuer.

Granskningsansvarig och kvalitetskontroll

Granskningsansvarig och övriga projektdeltagare: Kari Aartojärvi är projektledare. Maria Gabrielsson Fredrikson är projektdeltagare. Kvalitetsansvarig är Anna Stenberg, revisionsdirektör.

Resultat av granskningen

I detta avsnitt ges en inledande beskrivning av hur de principer som gäller för regionens ekonomi- och budgetstyrning tillkommit. I avsnittet belyses också hur dessa principer utvecklats i och med regionbildningen och framåt samt hur principerna tillämpats. Vidare redovisas de intervjuades syn på principerna och på tillämpningen. Utifrån de iakttagelser som görs i granskningen gör revisionsenheten en bedömning och lämnar rekommendationer till granskade styrelser.

Iakttagelser

Dagens ekonomistyrning utgår från ett arbete som i huvudsak bedrevs i slutet av 1980-talet och på 1990-talet

För förståelsen av förekomsten av principer för ekonomistyrning i Västra Götalandsregionen behöver vi göra en översiktlig historisk återblick.

De principer för ekonomi- och budgetstyrning som gäller idag grundar sig på det arbete som bedrevs hos de tidigare sjukvårdshuvudmännen (Göteborgs kommun, Bohuslänstinget, Älvsborgs läns landsting och Skaraborgs läns landsting) från slutet av 1980-talet och under 1990-talet. Fram tills slutet av 1980-talet var principerna för ekonomi- och budgetstyrning på sjukhusen relativt okomplicerade. Det varierade visserligen något mellan sjukvårdshuvudmännen, men principerna kan ändå lite grovt sammanfattas i direkt anslagsstyrning från fullmäktige², enkel kostnadsredovisning och enkel prestationsredovisning. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, med en omfattande regionvård som utfördes för övriga sjukvårdshuvudmän, hade en mer utvecklad kostnadsredovisning och ersättningsmodell.

Den ekonomiska utvecklingen, med finanskris och sviktande offentliga resurser i början av 1990-talet, innebar att besparingar behövde göras i offentlig verksamhet vilket innebar att krav ställdes på en förbättrad produktivitet i hälso- och sjukvården. Det som också påverkade ekonomistyrningen var den allmänna samhällsutvecklingen mot ett mer decentraliserat beslutsfattande, behovet av ett ökat brukarinflytande och diskussionen om förtydligande av politikerrollen.

Det arbete som bedrevs inledningsvis bestod av tre huvudkomponenter som påverkade styrningen av sjukhusen. Dessa var:

1. att sjukhusförvaltningar blev resultat- och balansräkningsenheter. Kommunförbundet och landstingsförbundet presenterade 1986 en ny redovisningsmodell som var influerad av redovisning för privata företag. Kontoplanerna för redovisning av intäkter, kostnader, tillgångar, skulder och eget kapital utvecklades. Förändringen innebar bland annat att

² Anslag fördelades direkt till sjukhusen i samband med att fullmäktige beslutade om budget. Detta till skillnad mot idag då sjukhusen får sin budget indirekt. Detta eftersom fullmäktiges budgetbeslut ger en budgetram (regionbidrag) till hälso- och sjukvårdsnämnderna som i sin tur via överenskommelser bidrar till att sjukhusen får sin budget.

sjukhusen fick ansvar inte bara för resultatet mot budget utan också för sin balansräkning och för eget kapital.

2. att det blev ökat fokus på prestationsredovisning och på tydligare beskrivning och specifikation av den vårdverksamhet som man bedrev. Förändringen innebar att sjukhusen inte bara redovisade antal vårdtillfällen, vård dagar, läkarbesök och övriga besök, utan också antal vårdtillfällen per diagnosrelaterad grupp (DRG)³. DRG-systemet infördes som beskrivningssystem för slutenvård somatisk vård. Några av sjukvårdshuvudmännen införde också en mer detaljerad prestationsredovisning för delar av öppenvården.
3. att det blev ökat fokus på sjukhusens kostnadsredovisning på diagnos- och patientnivå som komplement till redovisning per kostnadsslag och ansvarsenhet. Sjukhusens kostnader fördelades mer detaljerat på olika verksamheter och prestationer. För att beräkna vad ett vårdtillfälle egentligen kostade krävdes mer detaljerade kostnadsräkningar avseende bland annat kostnaderna för labprover, röntgenundersökningar, operationer, IVA-vård, olika typer av servicetjänster, andel av administrativa kostnader med mera. Dessa kostnader tillsammans med den mer direkta kostnaden för vården på vårdavdelning utgjorde kostnaden per vårdtillfälle. Så kallad ”totalkostnadsredovisning” utvecklades. För att få fram en än mer detaljerad kostnadsredovisning på patient- eller patientgruppsnivå infördes också KPP-system (KPP=Kostnad Per Patient).

Utvecklingsarbetet ovan resulterade i att sjukvårdshuvudmännen nu hade en betydligt mer detaljerad kunskap om vilken vård som utfördes och vad den kostade. Det gav förutsättningar att mer detaljerat styra resurstilldelningen till sjukhusen i syfte att öka sjukhusens produktivitet. Förutsättningarna fanns nu på plats för att gå från en anslagsfinansiering till en finansiering som byggde på prestationsersättning. I och med att prestationer kunde beskrivas, redovisas och kostnadsberäknas mer detaljerat kunde också prestationer ersättas utifrån prislistor för olika typer av prestationer. Förändringen innebar att detaljerade prislistor togs fram som beskrev ersättning per diagnosgrupp (DRG) och ersättning per läkarbesök med mera. Vissa delar av verksamheten blev dock fortsatt finansierad genom enklare ersättningsmodeller (till exempel psykiatri som ersattes per vårdtillfälle/vård dag) eller utifrån mer riktade anslag (sådan verksamhet som inte enkelt kunde prestationsredovisas).

Ovanstående utveckling skedde delvis i alla Sveriges landsting. Förekomsten av mer detaljerade ersättningssystem varierade mellan landstingen. I många av landstingen har sjukhusens uppdrag styrts genom centralt beräknade produktionsbudgetar och budgetramar.

Bland de fyra sjukvårdshuvudmän som sedermera bildade Västra Götalandsregionen var det några som gick vidare i utvecklingsarbetet genom att utveckla styrningen i syfte att inte bara öka produktiviteten utan också effektiviteten, det vill säga att styra tydligare på **vad**

³ DRG, diagnosrelaterade grupper, är ett system för att beskriva sjukhusens patientsammansättning. Vårdkontaktarna i det svenska DRG-systemet delas in i uppemot 1.500 grupper för slutenvård och specialiserad öppenvård för somatisk och psykiatrisk vård.

sjukhusen skulle producera för vård för att tillgodose befolkningens behov. Det var ett utvecklingsarbete som regionen som helhet anammade i samband med regionbildningen 1999. Resultatet av det arbetet blev:

1. att styrningen av vården förändrades genom inrättande av beställar-/utförarmodeller. Beställarnämnder inrättades som gjorde behovsanalyser avseende vård för invånarna i nämndområdet. Utifrån dessa behovsanalyser och beslutade mål med mera beställde nämnderna vård från sjukhusen. Förändringen innebar att en ”förhandling” genomfördes mellan sjukhusen som utförare och hälso- och sjukvårdsnämnderna som beställare om den vård som skulle produceras kommande verksamhetsår. Vårdöverenskommelser tecknades mellan parterna. Den kostnadsberäkning, prestationsredovisning och prestationsersättning som beskrivits ovan var en förutsättning för att kunna införa en mer utvecklad beställar-/utförarmodell.
2. att fördelningen av resurser till hälso- och sjukvårdsnämnderna behövde fördelas på ett rättvist sätt utifrån befolkningens behov av vård i respektive nämndområde. Resursfördelningsmodeller togs fram. Förändringen innebar att resurser i huvudsak fördelades utifrån antal invånare, kön och åldersstruktur i olika nämndområden. Det kompletterades senare genom att mindre justeringar gjordes utifrån socioekonomiska faktorer och nämndområdets geografi⁴.
3. att ovanstående punkter förändrade budgetprocessen genom att fullmäktiges budgetbeslut riktade anslag till beställarnämnderna, och inte till sjukhusen, utifrån beräkningar i resursfördelningsmodellen. Förändringen innebar att hälso- och sjukvårdsnämndernas ekonomiska ramar utgjorde underlag för beställningen av vård från sjukhusen. Vårdöverenskommelser tecknades mellan parterna och dessa blev grundstommen till sjukhusens ekonomi och budgetar.

Tidigare utvecklingsarbete utgör grunden för ekonomistyrningen när regionen bildas

Ovanstående principer utgjorde i allt väsentligt grunden för den ekonomistyrning som gällde för sjukhusen när regionen bildades 1999. En mer detaljerad prestationsredovisning och kostnadsredovisning tillämpades. Inledningsvis hade hälso- och sjukvårdsstyrelsen ansvaret för beställningen av sjukhusvård, men några år in på 2000-talet överfördes ansvaret till hälso- och sjukvårdsnämnderna. De ersättningssystem som infördes var blandmodeller med både fast och rörlig ersättning.

I och med att de tidigare sjukvårdshuvudmännen hade haft delvis olika principer för såväl kostnadsberäkning som prestationsredovisning genomfördes en rad aktiviteter för att i största möjliga utsträckning skapa en regiongemensam modell. Ett flertal utredningar gjordes i början av 2000-talet avseende ersättningsmodellerna i syfte att skapa gemensamma system. En rad projekt bedrevs också kring kostnadsredovisning,

⁴ Med nämndområdets geografi avses att det i modellen finns ett ”glesbygdstillägg”.

prestationsredovisning, KPP med mera. Successivt har skillnader i kostnadsredovisning mellan sjukhusen minskat vad gäller till exempel lokalhyror, servicetjänster med mera. Det beror bland annat på att en regional samordning skett avseende olika typer av serviceverksamheter.

2006-2008 genomfördes en större organisationsförändring som också ställde krav på beslut om ytterligare principer för ekonomi- och budgetstyrning. Serviceverksamheter såsom städ, kost, tvätter, vaktmästeri, IS/IT med mera flyttades från sjukhusen till det nybildade Regionservice. Servicenämnden fick nu ett ansvar att samordna och konsolidera dessa verksamheter i syfte att bedriva verksamheten mer effektivt. Sjukhusen skulle fokusera på kärnverksamheten, det vill säga hälso- och sjukvård. Förändringen innebar att serviceöverenskommelser skulle tecknas mellan sjukhusen och Regionservice. Fastighetsnämnden fick ansvar för regionens fastigheter. Hyresavtal tecknades mellan sjukhusen och nämnderna. IS/IT-organisationen samlade under regionstyrelsens ansvar i samband med bildandet av Koncernkontoret 2015. Överenskommelser tecknades mellan sjukhusen och VGR-IT. Delar av serviceverksamheternas service debiterades utifrån relativt detaljerade prislistor.

Perioden 2015 – 2021 kännetecknas av samordning, förenklingar och avsteg från de ursprungliga principerna

Ovanstående modeller och principer för ekonomistyrning kvarstår i allt väsentligt år 2015. Det som sker löpande år för år är utveckling av vissa delar av principerna. I huvudsak kännetecknas dock perioden av samordning, förenklingar och i vissa fall mer schablonmässiga uppräknings. En rad avsteg görs också från beslutade principer.

Nedan beskrivs de viktigaste förändringarna i ekonomi- och budgetstyrningen från och med 2015 till idag samt de avsteg från principer som gjorts.

Resursfördelningsmodellen och riskdelning

Som nämnts ovan så sker resursfördelning till hälso- och sjukvårdsnämnderna utifrån antal invånare i nämndområdet med hänsyn taget till kön och åldersstruktur. En mindre justering görs också utifrån nämndområdets socioekonomi och geografi (glesbygd och små kommuner påverkar resurstilldelningen). Vid relativa förändringar i befolkningsutveckling mellan olika delar av regionen får vissa nämnder en större uppräknings än andra. Exempel på sådana förändringar är att **antalet** invånare i Göteborgsområdet ökat kraftigt jämfört med andra delar av regionen, framförallt Fyrbodalen och Skaraborg. Å andra sidan har **andelen** invånare över 65 år blivit avsevärt större i Fyrbodalen och Skaraborg än i Göteborg. Befolkningsförändringar har en påverkan på vårdkonsumtion och därmed också på resurstilldelning i en resursfördelningsmodell som har för avsikt att fördela resurser rättvist.

Även om de totala resurserna mellan verksamhetsår ökar så får befolkningsförändringar till följd, om resursfördelningsmodellen tillämpas, att en omfördelning av resurser sker mellan nämndområden. Konsekvenserna av sådana omfördelningar har bedömts vara svåra att hantera varför resursfördelningsmodellen inte har tillämpats under senare år bland annat med hänvisning till att en översyn behöver göras⁵. Hälso- och sjukvårdsnämndernas

⁵ RF:s budget för 2021 anger att: ”Då beslut fattats om prolongering av 2020 års vårdöverenskommelser till 2021 så prolongeras också nämndernas uppräknings med uppräkningsfaktorn utan andra justeringar utifrån

budgetar har ofta indexuppräknats med i stort sett samma index oavsett befolkningsutveckling i nämndområdet. Inför år 2022 har dock modellen åter tillämpats, men med vissa justeringar. Det bör dock nämnas att hälso- och sjukvårdsnämnderna fördelar budgeten emellan sig med hjälp av konsumtionsdata, enligt den så kallade sjukhusmatrisen. Den fasta ersättningen till sjukhusen varje månad grundar sig på befolkningens tidigare vårdkonsumtion och den rörliga ersättningen blir en följd av innevarande års konsumtion av vård.

Noterbart är också att hälso- och sjukvårdsnämnderna inbördes har haft en del ekonomiska obalanser som varit svåra att förklara. Hälso- och sjukvårdsnämnd Göteborg har under en lång period redovisat positiva ekonomiska resultat medan Västra hälso- och sjukvårdsnämnden redovisat negativa resultat. I en utredning av orsakerna till dessa obalanser konstaterades att Västra hälso- och sjukvårdsnämnden har ett ”strukturellt underskott” och att nämnden därmed tilläts redovisa ett underskott med 65 mnkr. Det gav förutsättningar för nämnden att, tillsammans med Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd, teckna vårdöverenskommelser med sjukhusen utan stora besparingskrav på sjukhusen.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna har också under årens lopp tillämpat olika former av riskdelning, som innebär att nämnder med ekonomiska överskott täcker underskott hos andra nämnder, alternativt medfinansierar kostnader. Syftet med riskdelning har varit att använda hälso- och sjukvårdsnämndernas samlade resurser så effektivt som möjligt i beställningen av hälso- och sjukvård. Några nämnder, framförallt Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd, har vissa år tecknat tilläggsöverenskommelser med sjukhusen under löpande verksamhetsår i syfte att få ut mer vård för de pengar man har till förfogande.

Vårdöverenskommelserna

Vårdöverenskommelserna har i flera omgångar förlängts att gälla även kommande år. Regionfullmäktige beslutade i budget 2019 om att 2018 års vårdöverenskommelser skulle förlängas att gälla även 2019. Detta för att sjukhusen brottades med svårigheter att klara en ekonomi i balans och därför behövde fokusera mer aktivt på att arbeta med de tre övergripande strategierna i regionen:

- Omställning av sjukvården med dess olika delmål
- Införandet av framtidens vårdinformationssystem
- Arbetsgivarvarumärket för att trygga den framtida kompetensförsörjningen

Andra motiv för förlängning av vårdöverenskommelser har varit att minska det administrativa arbetet och effektivisera budgetprocessen.

En uttalad målsättning var också att teckna fleråriga vårdöverenskommelse från och med budget 2020. I regionfullmäktiges budget för 2022, som beslutades i juni 2021, anges att vårdöverenskommelsearbetet måste förenklas så mycket som möjligt.

resursfördelningsmodellen”. Samtidigt görs i budgeten en bedömning att resursfördelningsmodellen åter behöver en översyn bland annat ”för att också bättre kunna prediktera utvecklingen över en planperiod för att fungera med fleråriga vårdöverenskommelser”.

Serviceöverenskommelserna

En ny styrmodell för Regionens service infördes 2015-01-01. Det innebar bland annat att en gemensam prislista för servicetjänster infördes. Vad gäller fastigheter infördes en ny internhyresmodell 2013 och det resulterade i att ett antal förvaltningar fick förhöjda internhyror. Under en övergångsperiod subventionerades därför de förvaltningar som drabbades av merkostnader. Överenskommelserna avseende IS/IT har byggt på en uppdelning i fasta respektive rörliga kostnader. Samtliga modeller har under senare år varit föremål för utvecklingsarbete.

Ersättningssystemen och ersättningarna

Ambitioner har funnits att ytterligare förfinna och skapa än mer detaljerade ersättningssystem. Delar av öppenvården har ersatts utifrån DRG-ersättning. Ambitioner har funnits att införa helt gemensamma priser för sjukhusen. Pilotprojekt har också bedrivits med införande av vårdepisodersättning för några specifika diagnosgrupper⁶. Pilotprojektet avslutades 31 december 2019 och diagnosgrupperna skulle istället ersättas via ordinarie ersättningsformer. Orsaken till att pilotprojektet avslutades uppgavs vara att uppföljning hade visat att ingen större aktivitet hade skett sedan införandet och att metoden därmed inte visat på någon effekt. Bedömningen var också att en regional utveckling av ersättningsmodellen skulle bli dyr och tidskrävande att genomföra.

Under de senaste åren har ansatsen vad gäller ersättningssystem för sjukhusvården gått mot alltmer av likformighet och förenkling. Förenklingarna har också kopplats till ambitionen att få till fleråriga vårdöverenskommelser. Inriktningen anges vara transparens, administrativ förenkling, likformighet och tydlig inriktning för att styra mot fullmäktiges mål. Några beslut som illustrerar denna utveckling är:

- Regionstyrelsen beslutade 2018-03-20 föreslå regionfullmäktige besluta att en gemensam ersättningsmodell införs för sjukhusen som innebär ett gemensamt DRG-pris för somatisk slutenvård samt den DRG-ersatta öppenvården. Regionfullmäktige beslutade 2018-04-10 enligt förslaget. Regionfullmäktige beslutade dock 2020-05-19 om att skjuta upp införandet av gemensamma priser till 2022.
- Regionstyrelsen beslutade 2021-01-26 om ett ”omtag i arbetet med ersättningar i hälso- och sjukvården”. Uppdraget handlade om att förenkla ersättningssystemet under en period i syfte att sjukhusen skulle kunna fokusera på det utvecklingsarbete som krävdes under den tid som IS/IT-systemet Millennium (Framtidens vårdinformationsmiljö) införs.
- Regionstyrelsen beslutade 2021-06-28 om en förenklad ersättningsmodell för 2022 som innebär att sjukhusen ersätts med anslag för de vårduppdrag som ingår i vårdöverenskommelserna. Anslagen utgår från 2021 års vårdöverenskommelser uppräknade med index och utifrån vissa

⁶ Vårdepisodersättning innebär i korthet att ersättning ges för en hel vårdepisod, dvs för vårdinsatser före, under och efter slutenvård på sjukhus. Ersättningen inkluderar alltså även sådan vård som utförs av vårdcentraler och andra sjukhusexterna vårdinrättningar. Tanken är att stimulera vårdgivare att ta ett helhetsansvar för behandlade patienter, vilket innefattar hantering av eventuella komplikationer som uppstår till följd av behandling, genom att ersätta vårdgivarna för sammanhängande vårdepisoder. Att kostnadsberäkna, och i nästa steg ersätta, för den samlade vårdinsatsen är relativt komplext.

överenskomna förändringar. Samma hantering gäller 2023. Motivet för beslutet är att det ”leder till långsiktiga och transparenta förutsättningar”. För att stimulera arbetet med insatser för ökad tillgänglighet bibehålls vissa prestationsrelaterade ersättningar, motsvarande ca 3% av sjukhusens uppdrag. Till det ska läggas beslut om särskilda tillgänglighetssatsningar som också ersätts utifrån redovisade prestationer.

- I regionfullmäktiges budget för 2022 anges att ett arbete har inletts med att ta fram ett nytt ersättningssystem för införande efter 2024. I budgettexten anges att ambitionen är att det nya systemet ska ge bättre långsiktiga förutsättningar för regionens verksamheter.

Hantering av statsbidrag

Regionen erhåller årligen specialdestinerade statsbidrag som är avsedda för olika ändamål. Hanteringen av statsbidrag har varierat. En hel del av statsbidragen har fördelats till hälso- och sjukvårdsnämnderna för vidarefördelning till bland annat sjukhusen. Andra statsbidrag har gått till hälso- och sjukvårdsstyrelsen för vidarefördelning. Statsbidragsmedel har också fördelats från regionstyrelsen. Under senare år har omfattningen av riktade statsbidrag ökat. Regionstyrelsen beslutade 2019-09-24 om riktlinjer för statsbidragshantering 2020 - 2021. I riktlinjerna anges att riktade statsbidrag i så stor utsträckning som möjligt ska fördelas till utförarverksamheter. Regionstyrelsen beslutade 2020-03-31 om en hantering, som innebär att riktade statsbidrag samlat fördelas till styrelser och nämnder i samband med beslutet om regiongemensamma riktlinjer för detaljbudgetarbetet i juni.

Ytterligare styrning

Den utveckling som beskrivs ovan har syftat till att öka kunskapen om den verksamhet som bedrivs och vad den kostar. Syftet har också varit att utveckla styrningen av verksamheten. Mycket av det som beskrivs kan ses som detaljstyrning av verksamheterna och som delar i det som senare kom att kallas för New Public Management (NPM). Utöver ovanstående utvecklingsarbete bör också några ytterligare utvecklingsinsatser nämnas. Det handlar om styrfilosofier och -principer som bygger på tanken att ekonomistyrning är en del i något större, verksamhetsstyrning.

1999 påbörjades arbetet med utveckling av målstyrning, med metoden Balanserade styrkort (Balanced Scorecard). Syftet var att styra verksamheten med hjälp av övergripande strategiska mål. Ett effektivt arbete med mål i ett verksamhetsperspektiv respektive medarbetarperspektiv förväntades ha positiva effekter på måluppfyllelsen vad gäller mål i medborgar-/patientperspektiv och även i ett ekonomiperspektiv. Nämnder och styrelser skulle bryta ner regionfullmäktiges mål till mer konkreta mål utifrån sina respektive verksamheters särart. Verksamheterna skulle sedan planera för och genomföra aktiviteter som bidrog till både verksamhetens och regionens måluppfyllelse. Målen skulle mätas med hjälp av styrta/indikatorer. Målstyrningen skulle ersätta detaljstyrningen av verksamheterna. Noterbart är dock att inget av ovanstående ekonomistyrningsprinciper togs bort vid införandet av målstyrning.

De senaste 10 åren har också ”styrfilosofier” såsom värdebaserad vård (att i ökad grad styra på värde för patienten/brukaren) och personcentrerad vård (patienten i centrum utifrån respektive persons unika behov) införts och tillämpats i varierande grad. Även här är tanken att, genom att utföra rätt saker i vårdprocesserna, öka effektiviteten och i förlängningen bidra till en god ekonomisk hushållning.

Under de senaste åren har det blivit fokus på tillitsbaserad styrning. Tillitsdelegationens definition av vad det innebär är: ”Tillitsbaserad styrning och ledning definieras här som styrning, kultur och arbetssätt med fokus på verksamhetens syfte och medborgarens behov, där varje beslutsnivå aktivt verkar för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer samt säkerställa att medarbetaren kan, vill och vågar hjälpa medborgaren⁷”. I den av regionfullmäktige beslutade budgeten för 2021 anges att tillitsbaserad styrning kan vara ett viktigt styrinstrument i syfte att effektivisera verksamheten. I budgettexten anges att ”för att lösa problemen med dålig tillgänglighet behöver en rad reformer genomföras för att lösa de i huvudsak organisatoriska systemfel som dagligen drabbar patienter i form av långa köer och personalen i form av en dålig och stressig arbetsmiljö. Lösningarna finns i stor utsträckning på varje sjukhus, inom varje verksamhet eller på den enskilda vårdavdelningen. Detaljstyrningen av hälso- och sjukvården måste därför ersättas av tillitsstyrning, där ansvar, makt och befogenheter att nå såväl ekonomiska som verksamhetsmässiga mål decentraliseras till chefer och deras medarbetare”.

Problematisering

Att bedöma befolkningens vårdbehov och utifrån det fördela resurser rättvist är svårt. Beställar- och utförarmodellens intention är att sjukhusen ska utföra den vård som nämnderna beställer utifrån befolkningens behov. Ett större akutinflöde och ett större remissinflöde än beräknat har dock en avsevärd inverkan på sjukhusens vårdproduktion. Den faktiska efterfrågan av vård kan avvika från det beräknade behovet av vård. Ett flertal faktorer påverkar efterfrågan på vård. Denna ”överkonsumtion” respektive ”underkonsumtion” kan få till följd att obalanser uppstår som är svåra att hantera. Obalanser i hälso- och sjukvårdsnämndernas ekonomi tenderar att överföras till sjukhusens ekonomi.

I och med införandet av en mer detaljerad kostnadsberäkning och prestationsredovisning ökade komplexiteten i ekonomi- och budgetstyrningen. Det finns svårigheter i att kostnadsberäkna och prestationsredovisa all den vård som sjukhus utför på ett likartat sätt för samtliga regionens sjukhus. Därigenom uppstår svårigheter att i nästa steg ta fram ”rättvisa” prislister för prestationerna som utförs. En ständig medicinsk utveckling, poliklinisering med mera medför också att kostnadsberäkningar av olika typer av prestationer blir mer eller mindre inaktuella och därmed felaktiga. I en utvecklad modell med prestationsersättning uppstår därför alltid avvikelser.

Som nämnts ovan så kan efterfrågan av vård avvika från det beräknade behovet av vård. Det faktiska behovet av vård kan också avvika från det som hälso- och sjukvårdsnämndernas resurser räcker till att beställa. Nämnderna riskerar att beställa för lite vård vilket kan få till följd att vårdköer växer. Dessa avvikelser kan också få till följd att sjukhusen utför mer vård än vad som anges i vårdöverenskommelserna. Frågan är då hur sjukhusen ska ersättas för denna ”överproduktion”. Under årens lopp har olika typer av regelverk skapats för ”vårdproduktion över tak”. Särskilda regler har skapats för tillgänglighetsvård. Trots överproduktionen har vårdköer uppstått.

Kostnader och prestationer redovisas inte helt likformigt mellan sjukhusen. Även om ett omfattande arbete lagts ner på att försöka likforma kostnadsberäkningar så finns det

⁷ SOU 2018:47 Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen: ”Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn”, sidan 131.

fortfarande skillnader. Det finns också en rad historiska strukturella skillnader som beror på det faktum att vissa sjukhus bedriver verksamhet vid ett flertal olika utbudspunkter (små sjukhus och små vårdenheter), vilket tenderar att öka kostnaderna. Det har varit svårt att fatta politiska beslut om besparingsförslag och förslag på omstruktureringar på grund av ett starkt motstånd från befolkningen på sådana förändringar.

Vad gäller prestationer så finns det fortfarande vissa skillnader mellan sjukhusen kring vad som betecknas som slutenvård och vad som är öppenvård. Det gäller bland annat beträffande ”korta vårdtillfällen”. De skillnader i kostnadsredovisning med mera som beskrivits ovan har resulterat i att prestationsersättningarna för sjukhusen har varit sjukhusspecifika, vilket innebär att sjukhus får olika ersättning trots att man utför samma vårdinsats. Som nämnts ovan finns en ambition att införa gemensamma priser om några år i regionen. Ett omfattande arbete har bedrivits och kommer att behöva bedrivas.

Budgetstyrning kombineras med bokslutsstyrning

I den av regionfullmäktige beslutade budgeten anges följande: ”Budgeten är Västra Götalandsregionens överordnade styrdokument. Till detta kommer, av regionfullmäktige antagna, styrdokument som ger en mer detaljerad inriktning för Västra Götalandsregionens verksamheter... Vid eventuella konflikter mellan styrdokument och budget gäller den senast antagna budgeten”.

Budgeten anger de mål och ekonomiska ramar som nämnder och styrelser har att förhålla sig till. I avsnitten ovan ges en relativt detaljerad beskrivning av den utveckling som skett över tid vad gäller principer för ekonomistyrning. Som framgår av beskrivningen har avsteg från beslutade principer gjorts vad gäller resursfördelning, VÖK-arbete, ersättningssystem med mera. Budgetstyrningen har dock utgått från att, med de justeringar som gjorts, så gäller budgeten och de mål och ekonomiska ramar som där anges. Överenskommelser ska tecknas mellan sjukhus och hälso- och sjukvårdsnämnder samt mellan sjukhus och serviceverksamheter. För sjukhusen innebär det att sjukhusens ekonomiska resultat avgörs av om sjukhusen kan bedriva verksamheten så att ersättningar och intäkter i övrigt för utförd vård täcker de kostnader man har. Om så inte är fallet uppstår ett underskott och ett negativt eget kapital som ska återställas enligt fastställda principer (tre år efter bokslutsåret). Förutom att bedriva verksamheten med en ekonomi i balans ska sjukhusen också uppnå de mål som regionfullmäktige fattat beslut om.

De tillämpade principerna har dock resulterat i stora budgetavvikelser på sjukhusen och i några fall också hos hälso- och sjukvårdsnämnderna. Under en följd av år har sjukhusen haft stora svårigheter att klara såväl verksamhetsmål som ekonomiska mål. Sjukhusen har under åren 2015 – 2019 sammantaget redovisat ett ekonomiskt resultat som innebär en avvikelse mot budget på -2,4 miljarder kronor (se bilaga 2 för specifikation). Även 2020 redovisade sjukhusen stora underskott, till stor del som en följd av extraordinära kostnader med anledning av covid-19-pandemin. Sjukhusens resultat i bokslutet 2020 nollställdes genom fördelning av statsbidragsmedel för covid-kostnader.

I och med årliga budgetunderskott så accentuerades problemet och det negativa egna kapitalet blev svårt att återbetala utan att det fick långtgående konsekvenser för den verksamhet som sjukhusen bedrev. I samband med regionfullmäktiges behandling av årsredovisningar har därför regionstyrelsen föreslagit en rad bokslutsdispositioner. Regionfullmäktige har i regel beslutat enligt förslagen, förutom beträffande 2018 (se nedan). Budgetstyrningen kan därmed sägas ha kompletterats med bokslutsstyrning.

Avsteg från regelverket avseende återställning av negativt eget kapital

När sjukhusen redovisar negativa resultat uppstår ett negativt eget kapital. Enligt beslutat regelverk ska det negativa egna kapitalet återställas senast tre år efter aktuellt bokslutsår. En genomgång av beslutade bokslutsdispositioner visar dock att ett flertal avsteg har gjorts från detta regelverk. Nedan beskrivs dessa avsteg för perioden 2015 – 2020. Avsteg gjordes också vid ett flertal tillfällen mellan åren 1999 – 2014.

Vid ingången till 2015 hade två sjukhus positiva egna kapital. Det var SU (119 mnkr) och SkaS (56 mnkr). Övriga sjukhus hade egna kapital på 0 eller nära 0 efter regionstyrelsens förslag till beslut 2015-03-17 om bokslutsdispositioner avseende bokslutet för 2014. Beslutet avseende 2014 innebar en positiv justering av sjukhusens samlade egna kapital med ca 670 mnkr. Regionfullmäktige beslutade om bokslutsdispositionerna 2015-04-14.

Sjukhusen redovisade i bokslut 2015 ett samlat resultat på -357 mnkr. Regionstyrelsen beslutade 2016-03-22 föreslå regionfullmäktige besluta att sjukhusens negativa kapital i princip helt nollställdes. Ett par av sjukhusen hade dock kvar ett mindre negativt eget kapital. Regionfullmäktige beslutade 2016-04-12 enligt regionstyrelsens förslag.

I samband med beslut om detaljbudget för 2016 och i beslut om delårsrapporterna per mars och augusti 2016 medgavs respektive sjukhus redovisa negativa resultat upp till en angiven nivå. Sjukhusen redovisade i bokslut 2016 ett samlat resultat på -181 mnkr. Regionstyrelsens förslag till bokslutsdispositioner 2016 som beslutades 2017-03-21 innebar att de beslut som fattats under året för godkända underskott beaktades. Sjukhusens negativa egna kapital nollställs i princip, förutom vad gäller SÄS som har ett kvarstående negativt eget kapital 2016 på ca 40 mnkr. Alingsås lasarett och Kungälv's sjukhus får även sina underskott från 2015 nollställda. Regionfullmäktige beslutade 2017-04-04 enligt regionstyrelsens förslag.

Sjukhusen redovisade i bokslut 2017 ett samlat resultat på -487 mnkr. Regionstyrelsen beslutade 2018-03-20 föreslå regionfullmäktige besluta att godkänna kompletterande regelverk för fastställande av eget kapital för sjukhusstyrelserna. Detta regelverk innebar att bara en viss andel av ett sjukhus underskott kunde skrivas av samt att vissa målindikatorer skulle vara uppfyllda för att en avskrivning ska kunna göras. Regionstyrelsen beslutade också föreslå regionfullmäktige att fastställa eget kapital för sjukhusen per 2018-01-01 till totalt -244 mnkr. Förslaget till kompletterande regelverk innebar också att kvarstående negativt eget kapital per 2018-01-01 kunde skrivas av i samband med bokslutsdispositioner för 2018. Villkoret för en sådan avskrivning var att sjukhusstyrelserna vid utgången av 2018 redovisar en ekonomi i balans och uppfyller vårdgarantin. Regionfullmäktige beslutade 2018-04-10 enligt regionstyrelsens förslag.

Sjukhusen redovisade i bokslut 2018 ett samlat resultat på -728 mnkr. Regionstyrelsen beslutade 2019-03-26 om att föreslå regionfullmäktige besluta att reducera underskottet för några av sjukhusen, men också att avslå begäran från flera av sjukhusen om att få underskott reducerat. Regionfullmäktige beslutade dock 2019-04-09 efter votering att nollställa samtliga sjukhus egna kapital. Det kompletterade regelverk som beslutades året innan tillämpades därmed inte.

Sjukhusen redovisade i bokslut 2019 ett samlat resultat på -605 mnkr. Regionstyrelsen beslutade 2020-03-31 föreslå regionfullmäktige besluta att sjukhusens resultat 2019 inte skulle justeras i samband med bokslutsdispositionerna. Sjukhusen fick därmed ett samlat

negativt eget kapital på ca 600 mnkr. Regionfullmäktige beslutade 2020-05-19 enligt regionstyrelsens förslag.

Sjukhusen redovisade i bokslut 2020 ett samlat resultat på +3 mnkr efter att sjukhusen fått ta del av statsbidragsmedel som täckte de underskott som annars uppkommit bland annat med anledning av covid-19-pandemin. Regionstyrelsen beslutade 2021-03-16 föreslå regionfullmäktige besluta att eget kapital för samtliga sjukhus per 2021-01-01 sätts till 0 kr med hänvisning till extraordinära kostnader med anledning av covid-19-pandemin. Regionfullmäktige beslutade 2021-04-13 enligt förslaget. Även 2019 års underskott, och det negativa egna kapital som det medförde, nollställdes därmed.

Av ovanstående redovisning framgår att avstegen från beslutade principer snarare varit regel än undantag. Den främsta orsaken till att negativa kapital nollställs anges vara att regionstyrelsen (och regionfullmäktige) inte bedömer att sjukhusen kan klara av att återställa negativt eget kapital enligt regelverket utan kraftiga nedskärningar i verksamheten, vilket skulle drabba patienterna och ytterligare försämra tillgängligheten och graden av måluppfyllelse till regionfullmäktiges mål. En faktor av betydelse har också varit att det funnits relativt stora ekonomiska överskott inom ”systemet”, dvs på koncernnivå och hos hälso- och sjukvårdsnämnderna m.fl. Regionens ekonomi har varit god samtidigt som sjukhusen redovisar stora underskott.

De intervjuades syn på principer, och tillämpning av principer, för ekonomi- och budgetstyrning kännetecknas av en relativt stor samsyn

I granskningen har det genomförts totalt sexton intervjuer (med nitton intervjuade, se bilaga 1), varav fem är med sjukhusens ekonomichefer och övriga elva med tjänstepersoner på Koncernkontorets koncernstab verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp, koncernstab hälso- och sjukvård samt koncernstab beställning och produktionsstyrning. Nedan redovisas resultatet av dessa intervjuer och de iakttagelser som vi gjort kopplat till de i granskningen ställda revisionsfrågorna.

Är regionens principer för ekonomi- och budgetstyrning ändamålsenliga och bidrar de till en god ekonomisk hushållning?

Gemensam syn

Flertalet av de intervjuade anser att principerna inte är tydliga trots att kommunikationen kring principerna anses vara relativt välfungerande. Orsaken till att de inte anses vara tydliga är att det är en omfattande samling principer som saknar en röd tråd. Flera av de intervjuade efterlyser ett helhetsgrepp om principerna. Det anses ha blivit för spretigt och svårt att hålla ihop. Flera av de intervjuade pekar också på att principerna bygger på en starkt decentraliserad organisation, medan utvecklingen går mot en mer sammanhållen hälso- och sjukvård. Omfattande insatser görs kring regiongemensam styrning av omställningen av hälso- och sjukvården, införandet av ett gemensamt vårdinformations-system med mera. Beslut om principer har inte hängt med i denna utveckling.

Flera av de intervjuade anser också att regelverket i sak är tydligt, men att insikten om att det kommer att frångås gör att det inte riktigt tas på allvar. Alla avvikelser från principerna

leder till otydlighet menar en intervjuad. En annan av de intervjuade betonar vikten av att man förstår och är överens om principerna samt ”att det är på riktigt”.

Komplexiteten och avvikelserna från beslutade principer leder till att nästan samtliga intervjuade anser att principerna inte bidrar till en god ekonomisk hushållning. Några menar att de skulle kunna göra det om man höll sig till principerna utan avsteg. Flera av de intervjuade kan dock skönja en viss förbättring i och med de förenklingar som nu genomförs. Det gäller inte minst införandet av anslagsfinansiering. Det som många av de intervjuade efterlyser är mer långsiktighet och konsekvent styrning, kanske genom överenskommelser som gäller en hel mandatperiod. Samtidigt pekar flera av de intervjuade på det faktum att någon form av principer måste man ha i och med att regionen har en politisk organisation med beställare och utförare. ”Om man inte hade dessa principer, vilka skulle man då ha” frågar sig en av de intervjuade.

På frågan om vad som är viktigt för en god ekonomistyrning svarar många långsiktighet, förutsägbarhet, rättvisa och att hålla sig till beslutade regelverk. Principerna för ekonomistyrning bör stödja de mål som organisationen har. Det bör finnas en balans mellan uppdrag och ekonomiska ramar. Man bör kunna ha ett tydligt ansvarsutkrävande. Det bör finnas ett samband mellan befogenheter och ansvar. Några av de intervjuade lyfter också behovet av transparens kring principer och modeller, det vill säga att de går att förstå.

Sjukhusens syn

De intervjuade på sjukhusen har till stor del samma syn på principerna för ekonomistyrning som de intervjuade på Koncernkontoret. Det som möjligen avviker är att man betonar mer vikten av realism i budgetar och behovet av minskad komplexitet, inte minst vad gäller sjukhusens intäcksströmmar. Intäkter som kommer från många olika håll anses försvåra verksamhetsplaneringen. En av de intervjuade uttrycker det som att ”det finns en känsla av en ständigt pågående förhandling och att mer pengar finns som kommer att lösa det hela”. Det blir därmed en kultur i VGR som gör att respekten för principerna sviktar. En annan av de intervjuade pekar på att olika styrsignaler kommer från ägaren respektive beställaren. Ekonomi ställs mot vårdgaranti.

Några av sjukhusen betonar också vikten av att gå från ekonomistyrning till verksamhetsstyrning. Det kan ses lite som en återgång till den styrfilosofi som balanserad styrning innebar. Kopplingen mellan verksamhetsstyrning och ekonomistyrning behöver stärkas. En av de intervjuade efterlyser mer av nyttoanalys och analys av hur styrningen skapar så mycket effekt och värde som möjligt.

Flertalet av de intervjuade har synpunkter på resursfördelningsmodellen, VÖK-processen och ersättningssystemen. Några av de intervjuade menar att det behövs mer av ett sammanhållet system och en gemensam syn. De principer som finns anses av en av de intervjuade inte ta höjd för ökade kostnader vid nybyggnationer och kostnader kopplade till medicinsk utveckling/ökad kvalitet. VÖK-processen anses av flertalet intervjuade inte vara särskilt värdeskapande utan relativt statisk där dialogen sker på marginalen. Serviceöverenskommelserna finns det en mer positiv syn kring, även om flera av de intervjuade ser dessa mer som formalia där sjukhusen har svårt att påverka innehåll och kostnad.

Flertalet sjukhus ser positivt på införandet av anslagsersättning. Det anses skapa en stabilitet under en period av stora förändringar. Man menar också att det kan komma att underlätta överföringen av vård från slutenvård till öppenvård. Vad gäller statsbidragen så menar flera av de intervjuade att det fortfarande är för komplicerat med många olika finansieringsströmmar där vissa bidrag dessutom kommer sent.

På frågan om de intervjuade anser att budgeten är styrande svarar samtliga ja. Detta gäller åtminstone på förvaltningsnivå. Några av de intervjuade ser dock problem längre ut i organisationen där kanske budgeten inte bedöms vara rimlig och styrande.

Koncernkontorets syn

De intervjuade på Koncernkontoret lyfter också mycket av det som nämnts ovan, men betonar lite starkare vikten av tydligt ansvar, ansvarstagande och ansvarsutkrävande.

Flera av de intervjuade pekar på resursfördelningsmodellen som ett verktyg att fördela resurser så rättvist som möjligt utifrån befolkningens behov. En av de intervjuade förtydligar detta genom att ange att ”om ändamålet är lika tillgång till vård och ett lokalt demokratiskt ansvarstagande så är modellen ändamålsenlig”. Behovet av översyn av modellen lyfts av några av de intervjuade. Flera av de intervjuade lyfter också det faktum att justeringar sker utifrån verklig konsumtion inom ramen för den så kallade ”sjukhusmatrisen”.

De intervjuade på Koncernkontoret har en annan, lite mer splittrad, syn på VÖK än de på sjukhusen. Behovet av någon slags överenskommelse lyfts, eller som en av de intervjuade säger: ”Om man har bestämt sig för uppifrån-och ner-perspektiv så måste diskussionen om uppdraget och volymen ske vid något tillfälle. Formen är inte fel, men man kan diskutera resultatet”. Flera av de intervjuade påpekar att om det inte är på riktigt och att verksamheten inte tror på processen då är det inte ändamålsenligt. Flera efterlyser också ytterligare administrativ förenkling.

Beträffande ersättningssystemet så anger flera av de intervjuade att det ska bli intressant att följa vilken effekt anslagsersättning har på vårdproduktionen. Många betonar att prestationsersättning sannolikt fyllt sin funktion och bidragit till ökad vårdproduktion. Samtidigt menar andra att betydelsen av ersättningssystem kan ha överskattats: ”När vi säger att vi har prestationsersättning i sjukhusvården ska vi komma ihåg att ca 2/3 faktiskt varit anslagsersatt”⁸. Några av de intervjuade ifrågasätter om det varit särskilt styrande och effektivt med detaljerade ersättningssystem med tanke på allt administrativt arbete det för mer sig. En av de intervjuade ifrågasätter också påståenden som emellanåt lyfts avseende att ersättningssystemen är konserverande vad gäller slutenvård och att de förhindrar överföringen till öppenvård: ”Polikliniseringen är för stark för att systemen ska kunna hindra det. Möjligen fördröjs det något”. Några av de intervjuade ser anslagsersättning som en aspekt av tillsynsstyrning.

Vad gäller statsbidragen ser många det som positivt att en mer samlad hantering nu sker. Flertalet av de intervjuade på Koncernkontoret anser att budgeten är styrande.

⁸ En del av vården är svår att prestationsersätta och där ges riktade anslag. Halva ersättningen för den prestationsersatta vården sker i form av fast ersättning, den andra halvan utifrån prislistor.

Är regionens tillämpning av principer för ekonomi- och budgetstyrning ändamålsenlig och bidrar till en god ekonomisk hushållning?

Gemensam syn

Så gott som samtliga intervjuade ser det som bekymmersamt att det gjorts ständiga avsteg från beslutade principer. Såväl de intervjuade på sjukhusen som på Koncernkontoret anser att om man fastställt principer så bör de också gälla. Många av de intervjuade anser dock att det kan vara svårt att fullt ut tillämpa principerna då det skulle kunna få allvarliga konsekvenser för sjukhusverksamheterna. Det gäller särskilt besluten om täckande av negativt eget kapital. Här anser många intervjuade att det blir svårt att fullfölja kraven på återställning av eget kapital när det finns pengar i ”systemet”, det vill säga att regionen har en god ekonomi och redovisar positiva resultat samtidigt som sjukhusen redovisar negativa resultat. Det blir politiskt svårt att ställa tuffa krav på sjukhusen i en sådan situation.

Att avsteg gjorts från resursfördelningsmodellen ses av många av de intervjuade som mer eller mindre nödvändigt. Modellen skulle innebära att vissa sjukhus ekonomi skulle urholkas medan andra skulle få tillskott. Effekterna skulle bli stora framförallt i Fyrbodal och Skaraborg och för de sjukhus som ligger där. Man menar att politiken inte är beredd att ta konsekvenserna av sådana beslut. Även hälso- och sjukvårdsnämndernas riskdelning ses av många som ett sätt att korrigera i ett system som skapar obalanser. Det finns en viss enighet om att VÖK-arbetet inte är helt effektivt och att förändringar behöver göras. En av de intervjuade säger att ”det är intressant att vi har en resursfördelningsmodell som måste manipuleras i många steg innan det blir användbart”.

I huvudsak är det en positiv syn på att en övergång sker till anslagsfinansiering 2022 - 2023. Några av de intervjuade pekar på att ersättningssystemens konstruktion under årens lopp varierat beroende bland annat på särskilda satsningar. Det har gjort det möjligt att få extraersättning vid ökad vårdproduktion. Synen på uppdelningen av vårdproduktionen i basvolym och tilläggsvolym är splittrad även om många av de intervjuade ser ett behov i att ha ett extra fokus på de vårdområden där vi har bristande tillgänglighet. Flera lyfter frågan om sjukhusens basåtagande och de krav som bör ställas på vårdproduktion kopplat till det. Intervjuade på såväl sjukhusen som Koncernkontoret ser också behovet av en översyn av basvolymerna så att de är aktuella och rättvisande.

Det finns en relativt stor samsyn i att den samlade tillämpningen av principer för ekonomistyrningen innebär problem vad gäller ansvar och ansvarsutkrävande. Några citat från de intervjuade:

”Att man har ett ansvar är jättetydligt. Vi har ett regelverk som ställer krav, men vad det innebär att inte klara av sitt ansvar är mer oklart”.

”Vi har inte riktigt konsekvenskulturen. Ansvarsutkrävande saknas”.

”Ansvarsutkrävande har inte fått så stora konsekvenser, men däremot känner sjukhuset, som har redovisat stora underskott, ett stort tryck för att nå ekonomi i balans”.

”Ganska tydligt att varje förvaltning är ansvarig för sin ekonomi. Svårt att peka på var felet blir när vi har en politisk organisation med systemägare, fem beställare och utförare. Det är väl tyvärr så att man anar syndernas förlåtelse borta i tunneln, så då blir det sämre budgetföljsamhet. Har dock en känsla att folk vill göra rätt”.

”Vi har imploderat modellen med ägarbidrag. Man behöver i verksamheten inte ha ordning på kostnader eftersom man får ägarbidrag i slutändan”.

”Om man tar det på allvar så skulle man också kunna utkräva ansvar”.

Följden enligt många av de intervjuade blir att det saknas starka incitament att tillämpa principerna. Avsteg från principer och beslut leder till tvivel och till att respekten för systemet urholkas. Budgetens styrande funktion ifrågasätts därmed.

Sjukhusens syn

Flera av de intervjuade på sjukhusen lyfter problematiken kring avskrivning av sjukhusens underskott. Man menar att det skapar förväntningar om att även framtida underskott ska avskrivas och att det undergräver budgetens betydelse. En av de intervjuade menar att det sänder en signal om att ekonomi inte är på riktigt. Man behöver inte ta ansvar. Man menar också att det blir svårt att tillämpa regelverk längre ut i sjukhusorganisationen. Samtidigt medger de intervjuade att det är svårt att tillämpa principerna då det skulle innebära stora neddragningar av sjukhusens verksamhet.

De intervjuade på sjukhusen ser inte att avstegen vad gäller VÖK är särskilt allvarliga då man anser att VÖK-processen ändå inte är effektiv. Dialogen om VÖK handlar om förändringar på marginalen och anses inte hantera grundproblematiken. Kopplingen mellan befolkningens behov, sjukhusens produktionsvolym, kostnader och VÖK anses svag. Förlängning av VÖK:ar över flera år ger tid till ett mer långsiktigt arbete på sjukhusen, eller som en av de intervjuade uttrycker det ”det är svårt att göra om VÖK:en varje år”. En av de intervjuade ser det som ett led i att arbeta mer med en sammanhållen hälso- och sjukvård i regionen.

Vad gäller uppdelningen av vårdproduktion i basvolym respektive tilläggsvolym anser flera av de intervjuade att det också är ett led i att försöka öka produktionen. Det är dock pedagogiskt svårt att förklara för verksamheten att det finns olika ”produktionspottar”. Det gör att ”man producerar oavsett vilken pott det är”. Basvolym är inte något som man ute i verksamheten tydligt styr på. Intervjuerna visar att det också finns en diskussion om diagnossättning och att sjukhusen gör lite olika. Diagnossättning påverkar ersättningarna. En av de intervjuade frågar sig varför basvolymerna varit prestationsersatta och menar att det tyder på bristande tillit till att sjukhusen klarar av uppdraget. Detaljstyrning motverkar därmed tillitsstyrning.

Trots kritiken mot flera av de övergripande principerna för ekonomistyrning arbetar flera av sjukhusen med att försöka bryta ner såväl vårdvolym som ersättningar till verksamhetsnivå. Några av sjukhusen efterfrågar också regionala beslut avseende modell för ekonomistyrning ända ut på verksamhetsnivå och inte enbart det detaljregelverk som idag gäller med riktlinjer och detaljanvisningar.

Koncernkontorets syn

De intervjuade på Koncernkontoret har i princip samma syn på tillämpningen av principer för ekonomi- och budgetstyrning som de på sjukhusen. En av de intervjuade lyfter att avstegen helt enkelt är rationella utifrån de avvägningar som politiken måste göra. ”Det är behagligt för alla parter att avskriva underskott”. Samtidigt finns en diskussion om att avvikelser beror på strukturella underskott, demografi, medicinsk utveckling, prisökningar på läkemedel etc. Den intervjuade menar att man kanske skulle ta höjd för dessa förändringar redan vid indexuppräknings av budget.

- Komplexiteten ökar med en organisation med delvis oklar ansvarsfördelning. Regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen, de fem hälso- och sjukvårdsnämnderna och de fem sjukhusstyrelserna har alla en stark ambition att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården. De har ansvar för olika aspekter av denna utveckling och ansvarsfördelningen är inte alltid helt tydlig. Komplexiteten har ökat med tillgänglighetssatsningar och beställningar/ersättningar från ”sidan”, det vill säga från annat håll än via de vårdöverenskommelser som tecknas mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och sjukhusstyrelserna. Det resulterar i att sjukhusen är osäkra på vilka resurser man i slutändan har att planera verksamheten ifrån. Det resulterar också i en känsla och tro i verksamheten att det under budgetåret finns mer pengar att få för olika vårdinsatser som bedrivs. Tilltron till budgeten riskerar därmed att försvagas.
- Flera av principerna för ekonomistyrning bygger på detaljerade kalkyler och analyser. Underlaget för att göra dessa kalkyler och analyser, vad gäller till exempel resursfördelningsmodell, behovsanalyser och ersättningssystem, är ofullständigt och inte tillräckligt exakt för att ge rättvisande resultat. Det resulterar i obalanser som inte enkelt kan förklaras.
- Ovanstående punkter leder till att det vid tillämpningen av principerna har uppstått en rad obalanser. Obalanserna behöver hanteras och svårigheter har uppstått i att då hålla fast vid beslutade principer. Det har funnits en politisk ovilja att ta konsekvenserna av beslutade principer. Det gör att avsteg görs redan i budgetarbetet och sedan också i samband med bokslutsarbetet. Principerna för återställning av negativt eget kapital tillämpas inte. Sjukhus som redovisat ekonomiska underskott har inte behövt återställa negativt eget kapital. Sannolikt har det varit svårt att stå fast vid beslutade principer med anledning av den osäkerhet som funnits kring principernas rättvisa och också utifrån det faktum att regionens ekonomi sammantaget varit god under en följd av år. Avsteg sker för att kompensera i ett system som upplevs vara bristfälligt. Risk finns att det leder till ett minskat förtroende för de principer som är beslutade.
- Tillämpningen av principerna, med alla avsteg, visar tydligt på betydande brister i ekonomistyrningen av sjukhusen. Avsteg från beslutade principer leder till tvivel och urholkar respekten för ekonomistyrningen som den bedrivs. Varför följa beslut och principer när det ändå i slutändan sker avsteg och man får ”syndernas förlåtelse”? Likväl noterar vi i granskningen att det finns en stark vilja i verksamheten att trots bristerna arbeta utifrån de beslut som fattats och att försöka göra rätt. Vi menar dock att en ändamålsenlig styrning av regionens verksamheter bör ha som syfte att underlätta att göra rätt och att skapa incitament för rätt beslut och rätt beteenden på alla organisatoriska nivåer.

Man kan se de olika principerna för ekonomi- och budgetstyrning som olika lager av styrning. När regionfullmäktige beslutar om budget för kommande verksamhetsår tilldelas hälso- och sjukvårdsnämnderna regionbidrag utifrån resursfördelningsmodellen (som det är tänkt i alla fall). Principerna för resursfördelning byggs på med principer för VÖK-process, för tillgänglighetssatsningar och för ersättningssystem med olika ersättningar för olika typer av vårdproduktion. Därutöver tillkommer principer beträffande överenskommelser

med serviceverksamheter med särskilda ersättningssystem, principer för målstyrning, tillitsstyrning med mera. Lager på lager av styrning byggs på varandra. I stort sett varje lager av styrning kräver någon form av beräkning som i slutändan påverkar resursfördelningen till sjukhusen. För varje lager skapas nya osäkerheter kring om beräkningarna är korrekta och rättvisa. Det underbygger behovet av att göra avsteg när avvikelser sedan uppstår.

I den av regionfullmäktige beslutade budgeten anges att budgeten är Västra Götalandsregionens överordnade styrdokument. Budgeten ska ange mål, uppdrag och ekonomiska ramar för regionens verksamheter. De avsteg som görs utifrån beslutade principer innebär också avsteg från budgetbesluten. Om budgeten ska vara det överordnade styrdokumentet så innebär avstegen att budgetens roll försvagas.

En tydlig slutsats utifrån genomförda intervjuer är att de intervjuade nästan samfällt anser att tillämpningen av beslutade principer för ekonomistyrning inte leder till god ekonomisk hushållning.

Granskningen visar att det under 2021 har fattats beslut om förenklingar och modifieringar av gällande principer, bland annat med anledning av identifierade brister. Arbete pågår med utformningen av framtidens ersättningssystem. Vår bedömning är att det just nu finns en viss osäkerhet om vilken riktning som ekonomistyrningen kommer att ta.

Anslagsstyrning emotses av många av de intervjuade med stort intresse där både risker och möjligheter kan skönjas. Ett omfattande arbete pågår i regionen med syfte att skapa en mer sammanhållen hälso- och sjukvård. Samordning och omställning är nyckelord i denna utveckling. Införandet av Framtidens vårdinformationsmiljö är en del i samordningen. Omfattande insatser behöver bedrivas för att genomföra omställningen till en mer nära vård. Fortsatta och samordnade insatser behöver bedrivas för att komma tillrätta med den vårdskuld som pandemin förorsakat. Vår bedömning är att principerna för ekonomistyrning bör stödja den av regionfullmäktige beslutade inriktningen för hälso- och sjukvården för kommande år. Principerna bör också stödja effektivisering av hälso- och sjukvården i form av samordning och koncentration av vård.

Vår bedömning är också att principerna för ekonomistyrning bör stödja kostnads-effektivitet och en effektiv hälso- och sjukvård som bidrar till god hälsa i befolkningen. Ersättningssystem för sjukhusens vårdproduktion bör stödja kostnadssänkande åtgärder och inte som idag försvåra överföring av vård till mer öppna vårdformer. Det kan innebära att även ersättningssystemen för primärvården bör ses över.

Vår bedömning är vidare att fortsatta förenklingar bör göras för att skapa mer långsiktiga förutsättningar för sjukhusen att bedriva sin verksamhet på ett effektivt sätt. Om regionens långsiktiga inriktning är tydlig så ger det sjukhusen bättre möjligheter att planera och styra verksamheten. Enligt vår mening bör därför regionstyrelsen överväga om övergripande planeringsförutsättningar kan fastställas, och vårdöverenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och sjukhusstyrelserna tecknas, för mer än två år. Beredskap för oväntade händelser bör dock alltid finnas som möjliggör justeringar i en sådan mer långsiktig planering.

Regionstyrelsen har enligt kommunallagen och enligt sitt reglemente ett ansvar att leda och samordna regionens arbete. Vår samlade bedömning utifrån genomförd granskning är att regionstyrelsen bör se till att regionens verksamheter styrs av principer för ekonomi- och budgetstyrning som kännetecknas av långsiktighet, förutsägbarhet, stabilitet och rättvisa.

Regionstyrelsen bör se till att principerna är hållbara över tid och att de accepteras och följs. Avsteg från beslutade principer bör endast ske i undantagsfall. Principerna bör ge förutsättningar för ett tydligt ansvarstagande och ansvarsutkrävande.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen är enligt sitt reglemente systemägare för den samlade regionfinansierad hälso- och sjukvården. Det innebär att styrelsen har ett övergripande ansvar för sjukvårdens innehåll, kvalitet och tillgänglighet. Styrelsen har också ett ansvar för att utveckla och ta fram förslag till regiongemensamma ersättningssystem samt ansvar för uppföljningen av tillämpningen av dessa. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen bör mer aktivt se till att utformning och tillämpning av regionens ersättningssystem stödjer arbetet med sammanhållen hälso- och sjukvård och omställningen av hälso- och sjukvården och att verka för att principerna för ekonomi- och budgetstyrning stödjer arbetet med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna har enligt sina reglementen ett befolkningsansvar inom sina respektive geografiska områden och har, inom den budget som regionfullmäktige fastställt, finansieringsansvaret för den vård som nyttjas av befolkningen i respektive nämnds område med undantag för vård som finansieras på annat sätt. Nämnderna ska teckna vårdöverenskommelser som ska bidra till att regionfullmäktiges mål uppnås. Hälso- och sjukvårdslagen anger att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Det ställer krav på en resursfördelning till nämnderna som ger förutsättningar att beställa vård efter det behov som befolkningen har. Om hälso- och sjukvårdsnämnderna bedömer att regionens principer för ekonomi- och budgetstyrning gör att man inte kan ta sitt befolkningsansvar och därmed inte uppnå regionfullmäktiges mål bör nämnderna påtala det för regionfullmäktige.

Rekommendationer

Vår rekommendation till regionstyrelsen är att se till att en översyn görs av regionens övergripande principer för ekonomi- och budgetstyrning. I arbetet med utveckling av principer för ekonomi- och budgetstyrning bör regionstyrelsen se till att:

- principerna kännetecknas av långsiktighet, förutsägbarhet, stabilitet och rättvisa.
- principerna är hållbara över tid och att de accepteras och följs samt att de ger förutsättningar för ett tydligt ansvarstagande och ansvarsutkrävande.
- principerna stödjer pågående arbete med en mer sammanhållen hälso- och sjukvård och arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården.
- principerna stödjer arbetet med ökad tillgänglighet till besök och behandlingar.
- principerna stödjer arbetet med effektivisering av hälso- och sjukvården och bidrar till en god ekonomisk hushållning.
- i övrigt beakta de iakttagelser och bedömningar som görs i granskningen.

Vår rekommendation till hälso- och sjukvårdsstyrelsen är att mer aktivt se till att utformning och tillämpning av regionens ersättningssystem stödjer arbetet med sammanhållen hälso- och sjukvård och omställningen av hälso- och sjukvården och att styrelsen verkar för att principerna för ekonomi- och budgetstyrning stödjer arbetet med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård.

Vår rekommendation till hälso- och sjukvårdsnämnderna är att verka för att regionens utformning och tillämpning av resursfördelningsmodell ger förutsättningar för nämnderna att beställa vård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om vård efter behov.

Bilaga 1 - intervjuade

I granskningen har följande tjänstepersoner intervjuats:

Sjukhusen

- Anders Glansén, ekonomidirektör, SU
- Sven Florström, ekonomichef, NU-sjukvården
- Torben Pihl, ekonomichef, SÅS
- Åsa Ranbro Jansson, ekonomichef, SkaS
- Kristina Westerberg, strateg, SkaS
- Lena Stigrot, strateg, SkaS
- Ulf Lindberg, ekonomichef, Sjukhusen i Väster

Koncernkontoret

- Stefan Bengtsson, strateg, koncernstab verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp
- Nina Bonnedahl, enhetschef, koncernstab verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp
- Anna Erlingsdotter Wass, strateg, koncernstab verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp
- Emil Gisslow, enhetschef, koncernstab verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp
- Katarina Hagby, enhetschef, koncernstab verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp
- Björn Jägesten, ekonom, koncernstab verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp
- Jan Kilhamn, tf hälso- och sjukvårdsdirektör, koncernstab hälso- och sjukvård
- Magnus Kronvall, strateg, koncernstab beställning och produktionsstyrning
- Annika Mårtensson, strateg, koncernstab hälso- och sjukvård
- Levi Siljemyr, enhetschef, koncernstab beställning och produktionsstyrning
- Kaarina Sundelin, direktör, koncernstab beställning och produktionsstyrning
- Anders Östlund, regionutvecklare, koncernstab verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp

Bilaga 2 – sjukhusens resultat 2015 - 2020

Ekonomiska resultat för sjukhusen 2015 - 2020

Sjukhus	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Summa
SU	-122	-74	-326	-211	-71	3	-801
NU	-79	-16	-35	-157	-99	0	-386
SÄS	-44	-65	-72	-156	-186	0	-523
SkaS	-63	3	-12	-148	-116	0	-336
SV					-131	0	-131
KS	-25	-18	-25	-38			-106
AL	-23	-7	-15	-18			-63
FSS	-1	-4	-2	-8			-15
ANS	0	0	0	8			8
Totalt	-357	-181	-487	-728	-603	3	-2353

Källa: Regionens årsredovisningar

SU = Sahlgrenska Universitetssjukhuset

NU = NU-sjukvården

SÄS = Södra Älvsborgs Sjukhus

SkaS = Skaraborgs sjukhus

SV = Sjukhusen i Väster (som är en sammanslagning av de fyra mindre sjukhusen)

KS = Kungälv's sjukhus

AL = Alingsås lasarett

FSS = Frölunda Specialistsjukhus

ANS = Angereds Närsjukhus

I tabellen anges respektive års resultat så som de anges i regionens årsredovisningar. Det är inte detsamma som budgetavvikelse.

- 2015 redovisade SU en budgetavvikelse på -61 mnkr och SkaS en budgetavvikelse på -51 mnkr.
- 2018 redovisade SU en budgetavvikelse på -214 mnkr.
- 2019 redovisade NU en budgetavvikelse på -23 mnkr.