

Västra Götalandsregionen

Extern granskning av
sjukhusens ekonomi

26 november 2023



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	s.3
2	Uppdragets bakgrund, metod och genomförande	s.6
3	Övergripande styrning och organisering av VGR och dess sjukhusförvaltningar	s.12
4	Analys av styrningen av sjukhusförvaltningarna mot en ekonomi i balans	s.18
5	Ekonomisk analys och jämförelser	s.40
6	PwC:s slutsatser och rekommendationer till fortsatt arbete	s.68
7	Appendix	s.73



The slide features a dark gray background. In the top right corner, there is a 2x2 grid of squares: the top-left is orange, the top-right is yellow, and the bottom-left is yellow, while the bottom-right is dark gray. In the bottom left corner, there is a 2x2 grid of squares: the top-left is light gray, the top-right is dark gray, the bottom-left is red, and the bottom-right is dark gray.

1

Sammanfattning

Sammanfattning (1/2)

PwC har genomfört en granskning av Västra Götalandsregionens (VGR) sjukhusförvaltningars ekonomi. Granskningen syftar till att ge en nulägesbild av sjukhusförvaltningarnas uppdrag, förutsättningar och ekonomi samt av produktiviteten och effektiviteten inom utvalda områden, genom en jämförande nyckeltalsanalys. Granskningen ska också belysa och analysera faktorerna bakom den bristande verkställigheten av beslutade åtgärder. I uppdraget har det också ingått att utveckla en analys- och datamodell som möjliggör uppföljning och jämförelser.

Den decentraliserade styrningen begränsar ägarstyrningen

VGR:s decentraliserade styrmodell medför begränsningar i ägarstyrningen och ger i förlängningen en begränsad möjlighet till ansvarsutkrävande av nämnder, styrelser och förvaltningar. PwC bedömer att regionstyrelsens och koncernkontorets roll i att leda och samordna nämnder, styrelser och förvaltningar behöver stärkas i de frågor där målsättningen är att agera koncerngemensamt, exempelvis avseende omställningen av hälso- och sjukvården till god och nära vård och arbetet med en ekonomi i balans. Genom att nyttja det mandat som redan finns i regionstyrelsens reglemente kan rollen stärkas.

De beslut som fattas av regionstyrelsen behöver åtföljas av beslut i nämnder och styrelser för att ge önskad effekt. Inom ramen för regionstyrelsens uppsiktsplikt, behöver denna beslutskedja säkerställas.

Regionens budgetprocess skapar svårigheter att bedöma om sjukhusförvaltningarna ges rätt ekonomiska förutsättningar

Den anslagsfinansierade ersättningsmodellen infördes under 2022 som en tillfällig lösning, främst på grund av osäkerheten kring datafångst vid implementering av vårdinformationssystemet Millennium. Modellens utformning har en svag koppling mellan vårdproduktion och ersättning. Detta ger sjukhusförvaltningarna svaga incitament att öka såväl vårdproduktion som produktivitet.

Kontinuerliga avsteg från styrande ekonomiprinciper har gjorts under flertal år genom att sjukhusförvaltningarnas underskott exempelvis hanteras genom avskrivningar beslutade av regionstyrelsen.

Brister i budgetprocess, ersättningsmodell och den inkonsekventa tillämpningen av ekonomiska principer gör det svårt att överblicka effekterna av regionens ekonomistyrning. PwC rekommenderar VGR att genomföra en översyn av nuvarande ersättningsmodell och budgetprocess i syfte att

skapa långsiktiga förutsättningar för sjukhusförvaltningarna för att klara sitt uppdrag med en ekonomi i balans.

Generell låg träffsäkerhet i prognoser ger en missvisande bild av det ekonomiska läget

Ekonomiska prognoser behöver, i större grad än idag, göras utifrån realistiska förutsägelser som också tar hänsyn till sannolik verkställighetsgrad i åtgärdsplaner. Den låga träffsäkerheten som föreligger i dagens prognoser indikerar att dessa inte används i sitt ursprungliga syfte, det vill säga som den bästa möjliga bedömningen av ett framtida utfall utifrån tillgängliga data. PwC rekommenderar att koncernkontoret förtydligar syfte, mål och process för förvaltningarnas prognosarbete samt säkerställer att prognoser tas fram i enlighet med regionens styrande ekonomiprinciper.

Sammanfattning (2/2)

VGR fördelar lägre andel resurser till hälso- och sjukvården jämfört med andra regioner samtidigt som sjukhusen har stora ekonomiska underskott

Gemensamt för samtliga sjukhusförvaltningar är att ekonomin inte är i balans. Gapet mellan intäkter och kostnader ökar. Detta indikerar att verksamheterna till viss del saknar rätt förutsättningar för att nå en ekonomi i balans. Denna indikation får också stöd i det faktum att VGR:s nettokostnad för hälso- och sjukvård är lägre i jämförelse med andra regioner.

VGR:s vårdproduktion har varit och är lägre jämfört med andra regioner, det går dock inte att dra slutsatsen att den lägre nettokostnaden enbart är hänförlig till lägre produktion. Det går heller inte att fullt ut bedöma om VGR:s hälso- och sjukvård är mer eller mindre effektiv än andra regioner. Det krävs en djupare analys för att kartlägga vilka samband som råder. Totalt sett finns indikationer på att sjukvården i VGR kan vara underdimensionerad.

Av den andelen som avser hälso- och sjukvård fördelar VGR en större andel resurser till primärvården jämfört med andra regioner. PwC har inte i denna utredning undersökt hur långt VGR har kommit i omställningen till god och nära vård, där primärvården är en av de centrala aktörerna genom

förväntad ökad produktion. PwC kan därför inte bedöma i vilken utsträckning som vård flyttats från sjukhusförvaltningarna till primärvården.

Utifrån primärvårdens jämförelsevis höga kostnadsläge, och den specialiserade somatiska vårdens jämförelsevis låga kostnadsläge, är det av vikt att säkerställa att vårdproduktionen motsvarar resurstilldelning för respektive utförare. PwC rekommenderar därför VGR att utreda den specialiserade somatiska vårdens dimensionering och vårdproduktion i relation till primärvårdens dimensionering och vårdproduktion.

PwC rekommenderar även VGR att tydliggöra relationen mellan resursfördelning till hälso- och sjukvården och resursfördelningen till regionens övriga verksamheter. Detta i skenet av att VGR, i jämförelse med andra regioner, fördelar mindre andel resurser till hälso- och sjukvård i jämförelse med de resurser som fördelas till regional utveckling.

Avsaknad av koncerngemensamma beslut och arbetssätt avseende åtgärdsplaner ger begränsad ekonomisk effekt

Åtgärdsplanerna för en ekonomi i balans har historiskt hanterats olika av sjukhusförvaltningarna. Det krävs ett enhetligt arbetssätt för att möjliggöra full verkställighet och därmed koncernpåverkande ekonomiska effekter.

PwC rekommenderar VGR att fullfölja det, under 2023, initierade arbetet med en koncerngemensam process för sjukhusförvaltningarnas åtgärdsplaner. PwC rekommenderar också att koncernkontorets ägandeskap för denna process tydliggörs.

PwC rekommenderar även att VGR fortsätter arbetet med koncerngemensamma åtgärder för en ekonomi i balans. Beslutsmandat för dessa åtgärder behöver tydliggöras.

2

Uppdragets bakgrund,
metod och genomförande

Bakgrund, syfte och leverabler

Verksamhetsåret 2023 inleddes för Västra Götalandsregionen (VGR), i likhet med Sveriges övriga regioner, med ett utmanande ekonomiskt läge med ökade kostnader och minskade intäkter från staten. VGR:s sjukhusförvaltningar befinner sig i ett läge där regionen har för höga kostnader i förhållande till intäkter. Förvaltningarnas åtgärdsplaner för att åstadkomma en ekonomi i balans släpar efter och är otillräckliga. Dessutom har de ekonomiska effekterna av strategin för omställningen av hälso- och sjukvården i VGR hittills inte varit tillräckliga. Samtidigt pågår en förändring av den rådande styrmodellen, vilken omfattar så väl ekonomistyrning som den aktiva ägarstyrningen som regionens centrala politiska organ utövar över förvaltningarna. Se appendix A.2 för utdrag ur uppdragshandling *Extern granskning av sjukhusens ekonomi*.

Mot denna bakgrund beslutade regionstyrelsen den 28 mars 2023 att ge regiondirektören i uppdrag att tillsätta en extern granskning av sjukhusens ekonomi med fokus på bristande verkställande av åtgärdsplaner och att nå en budget i balans vid underskott. Uppdraget tilldelades PwC och har genomförts under perioden maj-november 2023.

Syftet med granskningen

Granskningen syftar till att ge en nulägesbild av sjukhusförvaltningarnas uppdrag, förutsättningar och ekonomi samt av produktiviteten och effektiviteten inom utvalda områden, genom en jämförande nyckeltalsanalys. Inom ramen för granskningen ska sjukhusförvaltningarnas arbete med att ta fram åtgärdsplaner för en ekonomi i balans belysas och analys av faktorerna bakom den bristande verkställigheten av beslutade åtgärder göras.

Som en del av uppdraget skapas en analys- och datamodell med utvalda nyckeltal som möjliggör uppföljning och jämförelser mellan sjukhusförvaltningarna.

Uppdragets tre leverabler:

1. Ekonomisk analys - nyckeltalsanalys
2. Fördjupad analys av bristande verkställighet av åtgärdsplaner
3. Framtagande av analys- och datamodell

*Leverabel 1 och 2 presenteras i denna rapport.
Leverabel 3 levereras som en egen produkt i form av en
PowerBI-rapport.*

Övergripande tidslinje med metodbeskrivning

Initiering av granskning

Inledningsvis har de tre leverablerna (se föregående sida) konkretiserats och definierats. Därefter har kontaktpersoner och initiala intervjupersoner identifierats. Tidigare rapporter och analyser har även inhämtats.

maj-juni



juni-sep



Framtagande av analys- och datamodell

Den ekonomiska analysen samt arbetet med att bygga en analys- och datamodell har gjorts i nära samarbete med företrädare från olika delar av regionens organisation. Arbetet har bl.a. innefattat orientering avseende regionens datakällor, urval av nyckeltal samt ihopkoppling av data utifrån ansvarsområden.

Ekonomisk omvärldsanalys

En regionövergripande nyckeltalsanalys har genomförts utifrån offentlig statistik. Syftet med den regionövergripande nyckeltalsanalysen har varit att jämföra VGR mot andra regioner. Ytterligare en nyckeltalsanalys har genomförts utifrån ett urval av ett antal sjukhus i andra regioner, vilka jämförts med sjukhusen inom VGR.

juni-sep



aug-sep



Fördjupad analys av verkställighet av åtgärdsplaner

En fördjupad inventering, analys och sammanställning av hur förvaltningarnas åtgärdsplaner är utformade, hur de beslutats och hur de följs upp har genomförts. Analys har gjorts av verkställigheten av åtgärdsplanerna och den övergripande styrningen av detta arbete. Informationen kommer såväl från intervjuer med tjänstemän från sjukhusförvaltningarna och koncernstaben samt från styrande dokument. En enkätundersökning riktad till verksamhetschefer har genomförts, vecka 34-36 2023, för att få en fördjupad förståelse av styrningen och arbetet med åtgärdsplaner. Enkäten skickades ut till 102 chefer inom sjukhusförvaltningarna, svarsfrekvensen uppgick till 76 procent.

Avstämningar och delrapportering

Under granskningen har veckovisa avstämningar med beställarrepresentanter för VGR genomförts. Muntlig delrapportering med preliminära iakttagelser har redovisats för ägarutskottet i september och november månad.

juni-okt



okt-nov



Avrapportering och slutrapport

Avslutningsvis har PwC arbetat med framtagande av denna slutrapport där iakttagelser, analys och slutsatser presenteras. Analys- och datamodellen har överlämnats till utsedd mottagare inom koncernkontoret.

Metodbeskrivning analys- och datamodell

Under arbetet med att ta fram en analys- och datamodell uppkom olika utmaningar. Dessa berörde framförallt datainsamlingen och integrationsprocessen då regionens olika datakällor inte har samma struktur i de olika sjukhusförvaltningarna, vilket därför krävde ett manuellt mappningsarbete. En mappningstabell togs fram som kopplade ihop olika datakällor och ansvarsområden. Inom ramen för utredningen gjordes detta på en övergripande nivå vilket ska ses som en tillfällig lösning tills det finns en enhetlig struktur regionen att tillgå. PwC uppfattar att ett sådant arbete pågår och betonar frågans prioritet. Mappningen i analysmodellen ger information på sjukhusförvaltningsnivå samt på verksamhetsområdesnivå. Se mer detaljer i Appendix A.2.

Nedan beskrivs kortfattat de utmaningar som uppkom under arbetet med analys- och datamodellen. En mer detaljerad beskrivning av dessa utmaningar och hur PwC valde att hantera dessa återfinns på nästkommande sida. Vidare belyses även hur dessa utmaningar har påverkat den version av modellen som överlämnas till regionen för fortsatt utveckling och förvaltning. För ännu mer detaljer och illustrationer of nedan utmaningar se Appendix A.2.

Utmaningar i VGR:s datastruktur	Påverkan på analys och jämförelser
Brist på intersystemrelationer	Försvårade möjligheten till tillförlitliga jämförelser där data från ekonomi, produktion och personal kombineras.
Olika namnkonventioner	Försvårade möjligheten att hitta en nivå i de olika organisationsstrukturerna att göra tillförlitliga jämförelser på.
Datakänslighet och åtkomstutmaningar	Påverkade utvecklingstiden av analysmodellen och antalet iterationer den gick igenom med olika intressenter inom VGR.



Analys- och datamodellen - hantering av utmaningar

Brist på intersystemrelationer

En av de främsta utmaningarna som påverkade arbetet med analys- och datamodellen var frånvaron av en användbar nyckel (för att kombinera data) mellan ekonomi-, personal- och produktionssystem inom och mellan sjukhusförvaltningarna. System har olika organisationsstrukturer både inom en förvaltning men framförallt mellan sjukhusförvaltningarna. Denna brist på direkt koppling hindrade modellens förmåga att sömlöst integrera dessa olika datauppsättningar på en mer granulär nivå än den högsta nivån (vilken utgörs av sjukhusförvaltningsnivån).

Angreppssätt

I arbetet med att identifiera unika referenser mellan systemen blev det tydligt att gapet mellan ekonomi- och produktionssystemet var större än mellan ekonomi- och personalsystemet, se Appendix A.2. Beslut togs tillsammans med VGR:s ekonomidirektör om att skapa en mappningstabell mellan sjukhusens verksamheter och mellan HSA*-verksamhetstyper för att göra en koppling mellan ekonomi, HR och produktion, på en nivå under sjukhusförvaltning.

Olika namnkonventioner

Sjukhusförvaltningarna uppvisade variation i hur de namngav och strukturerade sina verksamheter. Vissa sjukhus använde separata namn för distinkta verksamheter, medan andra slog ihop namnen under en singular verksamhetsetikett.

Denna inkonsekvens utgjorde ytterligare ett hinder i integrationsprocessen samt i arbetet med framtagning av tidigare nämnda mappningstabell.

Angreppssätt

Tillsammans med sjukhusförvaltningarna gjordes en kartläggning av verksamhetsnamnen i respektive system för ekonomi, HR och produktion. Dessa verksamheter mappades sedan mot en verksamhetstyp från HSA:s kodverk.

På så sätt innehåller modellen en nivå, verksamhetstyper, under sjukhusförvaltningsnivå, där jämförelser kan göras.

Datakänslighet och åtkomst till data

Inom ramen för analys- och datamodellen identifierades ett antal indikatorer inom ekonomi, HR och produktion för att skapa en förståelse för sjukhusförvaltningarnas nuläge. För att undersöka vilken data som fanns tillgänglig för att bygga in dessa indikatorer i modellen efterfrågades åtkomst till ett antal datakällor inom regionen.

Att få dataåtkomst visade sig vara en utmanande process som krävde samordning mellan VGR:s olika avdelningar.

Angreppssätt

Det beslöts därför att VGR skulle förse PwC med aggregerad och anonymiserad data via indikatorer utvecklade av VGR men definierade av PwC likt beskrivet ovan. PwC kunde sedan ansluta till dessa indikatorer och därmed läsa in data i modellen. Data som lästs in i modellen är enbart VGR:s egna data som sedan har visualiserats och analyserats av PwC.

Avgränsningar

PwC:s roll

Uppdraget är avgränsat till att omfatta sjukhusförvaltningarna Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Skaraborgs Sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus och Sjukhusen i väster. Koncernkontorets roll att leda, utveckla och samordna sjukhusförvaltningarna är även central för granskningen.

PwC har endast en extern granskande roll och deltar inte i några beslut om förändrad organisation, processer, arbetssätt och/eller rutiner.

Avgränsningar i uppdraget

- Uppdraget har avgränsats till att påvisa nuläget i sjukhusförvaltningarnas uppdrag, förutsättningar och ekonomi samt att ge en bild, genom ett urval av indikatorer/nyckeltal inom ekonomi, produktion och personal, av produktiviteten inom utvalda områden. PwC har inte haft i uppgift att ta fram nyckeltal som täcker samtliga verksamhetsområden och vill betona att det finns många andra befintliga och potentiella nyckeltal kopplat till exempelvis kvalitet och patientnöjdhet som inte har omfattats av detta uppdrag. I de fall nyckeltal har analyserats, är det på en organisatorisk övergripande nivå som syftar till att göra jämförelser mellan sjukhusförvaltningarna och att belysa utvecklingstrenden över tid.

- I uppdraget har det inte ingått att analysera de ingående orsakerna till underskott i respektive sjukhusförvaltning eller bedöma varje sjukhusförvaltnings förutsättningar att nå en ekonomi i balans. I uppdraget ingår det däremot att bedöma regionens förutsättningar att nå en ekonomi i balans utifrån den regionövergripande styrningen och resursfördelningen.
- Den data som presenteras i granskningen baseras på offentlig statistik från bl.a. Kolada och Vården i siffror samt data från VGR:s egna system. Den offentliga statistiken som inhämtats är från åren 2018-2022 och PwC förutsätter att statistiken som är inrapporterad är korrekt. Intern data extraherades för perioden 2019-2023 den 20 september 2023.
- Urvalet av indikatorer och nyckeltal har begränsats av den data som funnits tillgänglig under utredningens genomförande. Det gäller såväl offentlig data som regionens data. Denna begränsning har haft en påverkan på jämförelser med andra regioner och/eller enskilda sjukhus i andra regioner.
- Det har inte varit möjligt att, inom ramen för granskningen, bryta ned de offentliga nyckeltalen på sjukhusnivå (sjukhustomt) eftersom motsvarande data inte finns nedbrytbar på samma sätt i VGR:s egna ekonomisystem.
- lakttagelserna i granskningen fokuserar på hur styrmodellen fungerar vid tidpunkten för granskningen, där även en viss tillbakablick har gjorts. Däremot har ingen hänsyn kunnat tas till pågående förändring av den rådande styrmodellen.



3

Övergripande styrning
och organisering av VGR
och dess sjukhus-
förvaltningar

3

Övergripande styrning och organisering av VGR och dess sjukhus-förvaltningar

Övergripande beskrivning av VGR:s politiska styrning

Västra Götalandsregionen bildades år 1999 genom en sammanslagning av flera sjukvårdshuvudmän och har över tid varit föremål för flera organisations-förändringar på såväl politisk nivå som inom tjänstemannaorganisationen.

De senaste förändringarna av den politiska organisationen genomfördes under 2023, då bl.a. den strategiska och den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden bildades samtidigt som antalet geografiska beställarnämnder minskades.

Övergripande beskrivning av den politiska styrningen inom VGR

Regionfullmäktige (RF) är den högsta beslutande nivån med det yttersta ansvaret för ekonomin och inriktningen för alla verksamheter i regionen. Regionfullmäktige beslutar om övergripande mål och inriktning, om prioriteringar och fördelning av de ekonomiska resurserna till regionstyrelsen och nämnderna/styrelserna. Nämnderna/styrelserna beslutar i sin tur om hur resurserna ska användas inom det egna ansvarsområdet. Respektive nämnd och styrelse har ansvar för styrning och ledning av verksamheterna genom att vara insatta i dess frågor och agera genom beslut.

De grundläggande principerna för styrning i regionen beskrivs i *Policy för styrning*¹, som

omfattar VGR:s samtliga nämnder, styrelser och majoritetsägda bolag. Policyn tar sin utgångspunkt i kommunallagens krav på styrning och internkontroll samt omfattar kravet på nämnderna att kontrollera, följa upp och säkra insyn i verksamhet som lämnas över till privata utförare genom avtal. Därtill beskrivs att nämnders och styrelser styrning ska vara tillräcklig för att planera verksamheten utifrån givna uppdrag och resurser. Styrelser och nämnder ska därutöver följa upp verksamheten utifrån väsentliga aspekter och analysera verksamheten som grund för åtgärder och fortsatt utveckling.

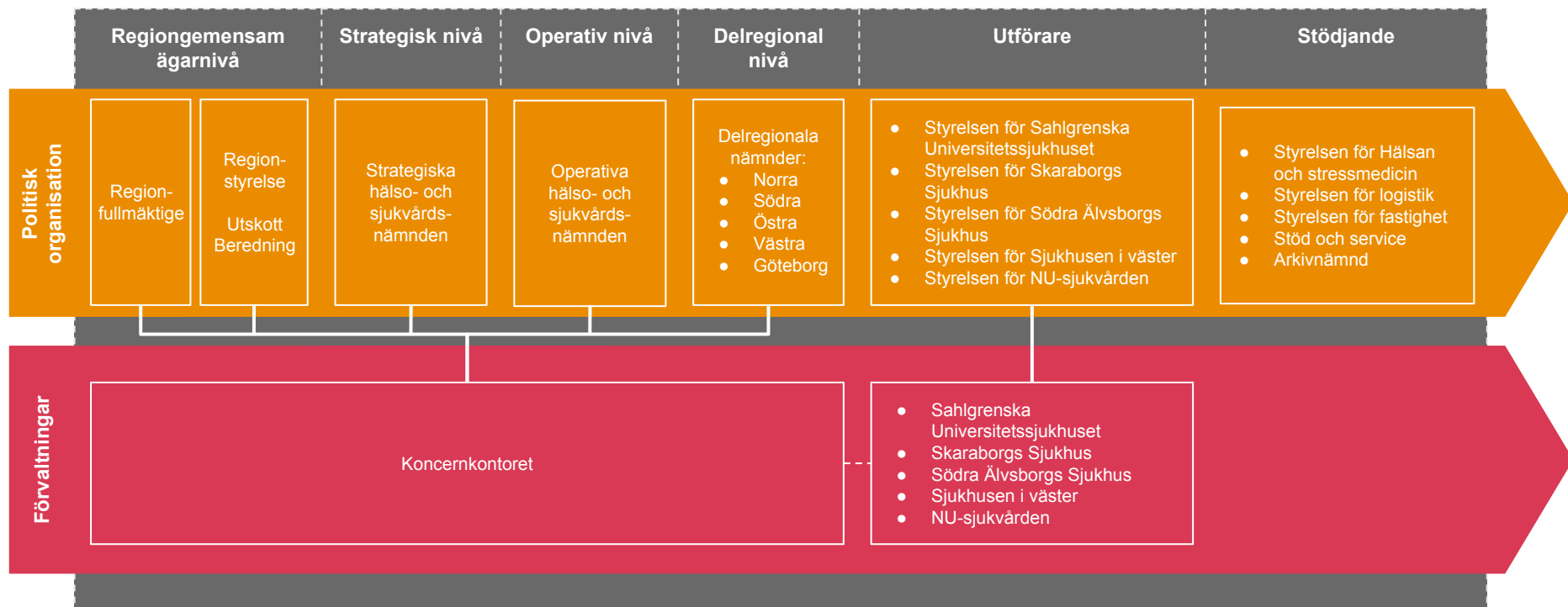
Policy för styrning beskriver att nämnders och styrelser styrning utgår från att;

- uppdrag fullgörs och mål uppnås i enlighet med regionfullmäktiges beslut,
- överenskommer, uppdrag och avtal genomförs,
- gällande lagar och andra författningar följs,
- styrande dokument för VGR efterlevs,
- verksamheten är effektivt och ändamålsenligt organiserad,
- den interna kontrollen är tillräcklig.

1. DNR: RS 2019-0249

Organisering och styrning av sjukhusvården i VGR

Nedanstående bild förklarar den politiska styrningen av den sjukhusbundna hälso- och sjukvården och dess förvaltningar på respektive nivå inom VGR.



Roller i styrningen av VGR

Regionstyrelsen (RS)	Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden (SSN)	Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden (OSN)	De fem delregionala nämnderna	Utförarstyrelser
<p>Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över nämnder och styrelser och säkerställer att regionen fullgör sina åtaganden inom olika verksamheter utifrån regionfullmäktiges beslut samt enligt lagar och författningar. Svarar för uppföljningen av att fullmäktiges budget, att VGR:s löpande förvaltning handhas rationellt, effektivt och med god ekonomisk hushållning samt att säkerställa att nämnder och styrelser vid behov vidtar åtgärder.</p> <p>Regionstyrelsen har ett övergripande samordningsansvar för VGR:s samlade verksamheter. För hälso- och sjukvården innebär ansvaret att säkerställa att egenregi-verksamheter efterlever beslut om t.ex. tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet.</p>	<p>Har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdens långsiktiga inriktning och utveckling ur ett invånarperspektiv samt för innehåll och kvalitet. Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar även för att följa upp och till regionfullmäktige analysera och rapportera hur den regionfinansierade hälso- och sjukvården svarar upp mot måldokument, strategiska planer och samhällsuppdrag.</p> <p>Nämnden ska i sina planer säkerställa att måldokument och strategiska planer ska kunna genomföras inom ramen för befintliga ekonomiska resurser.</p>	<p>Ansvarar för att ge uppdrag till den egna verksamheten samt för att ingå avtal med privata utförare.</p> <p>Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden ansvarar även för resurstilldelning till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.</p>	<p>De fem delregionala nämnderna verkar för att realisera strategier och planer inom hälso- och sjukvård och folkhälsa i en lokal kontext.</p>	<p>VGR:s nio utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård ansvarar för att utföra hälso- och sjukvård i egen regi. Styrelsernas arbete genomförs enligt de måldokument och strategiska planer som anges av regionfullmäktige, regionstyrelsen och strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden samt utifrån uppdrag och resurser från den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.</p> <p>Styrelserna ska anpassa sin respektive verksamhet i syfte att bidra till god ekonomisk hushållning i VGR.</p> <p>Styrelserna svarar för drift, förvaltning och utveckling av verksamheterna samt att säkerställa efterlevnad till fattade beslut om hushållning av resurser, tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet samt social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet.</p>

Koncernkontorets organisation och uppdrag

Koncernkontoret

Koncernkontoret arbetar på regionstyrelsens uppdrag och är dess förvaltning. Koncernkontoret ska ge ett samordnat stöd till ett antal styrelser och nämnder². Koncernkontorets uppdrag är att leda, utveckla och samordna VGR:s verksamheter för att nå de politiska målen. Uppdraget ska genomföras genom dialog och samarbete med förvaltningar, bolag och externa samarbetspartner.

Koncernkontoret består av följande koncernstaber:

- **Koncernstab verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp** ansvarar för regionövergripande processer kopplat till långsiktig hushållning av resurser ex. budget, finansiering, likviditetshantering, investering, samt redovisning och uppföljning/analys av koncernens verksamheter.
- **Koncernstab HR** ansvarar för regionövergripande personalfrågor av strategisk karaktär.
- **Koncernstab digitalisering**
Uppdraget för koncernstab digitalisering omfattar digitalisering av VGR och territoriet Västra Götaland, utveckla nya digitala arbetssätt förenkla IS IT styrmodell, öka takten i implementeringen av digitala lösningar samt

leverans av stabil och säker IT-plattform och effektiv drift, support, förvaltning och utveckling av nya och befintliga system.

- **Koncernstab kansli och säkerhet** ger stöd till samtliga förvaltningar och bolag kring dokument-, ärende- och arvodeshantering.
- **Koncernstab kommunikation** arbetar med regionövergripande frågor som intern och extern kommunikation, påverkansagendan, utformningen av kommunikativt stöd till politiken och högre chefer, kommunikationsstrategier och -planer samt Västra Götalandsregionens gemensamma varumärke.
- **Koncernstab regional utveckling** arbetar i huvudprocesserna regional utveckling och kollektivtrafik inom områdena näringsliv, turism, forskning och utveckling, kompetensutveckling, miljö, infrastruktur, folkhälsa mänskliga rättigheter samt internationella frågor.
- **Koncernstab strategisk hälso- och sjukvårdsutveckling** ger stöd för utveckling av regiongemensamma vårdprocesser samt koordinerar samverkan och strategi.
- **Koncernstab för uppdrag och produktion av hälso- och sjukvård** bereder bl.a. uppdrag, avtal och produktionsstyrning.

Regiondirektören är VGR:s högsta tjänsteperson och har en fastställd instruktion för uppdraget³. Regiondirektören är chef för samtliga förvaltningschefer i VGR och beslutar bland annat om instruktion till koncerngemensamma roller.

Regiondirektören har bl.a. ansvar för följande:

- Att regionstyrelsens regionövergripande beslut verkställs.
- Att VGR:s förvaltning hanteras rationellt och med god ekonomisk hushållning samt att utveckla organisationens produktivitet och effektivitet.
- Säkerställa efterlevnad av regionövergripande policyer och strategiska beslut.
- Ansvara för samordning av VGR:s samtliga verksamheter och se till att det finns ledningsstrukturer för samordning.
- Stödja regionstyrelsen i uppfyllandet av sitt vårdgivaransvar och uppsiktsplikt.
- Regiondirektören anställer förvaltningschefer efter samråd med berörda nämnder/styrelser.

2. DNR: RS 2020-05344

3. DNR: RS 2022-06090

VGR:s sjukhusförvaltningar

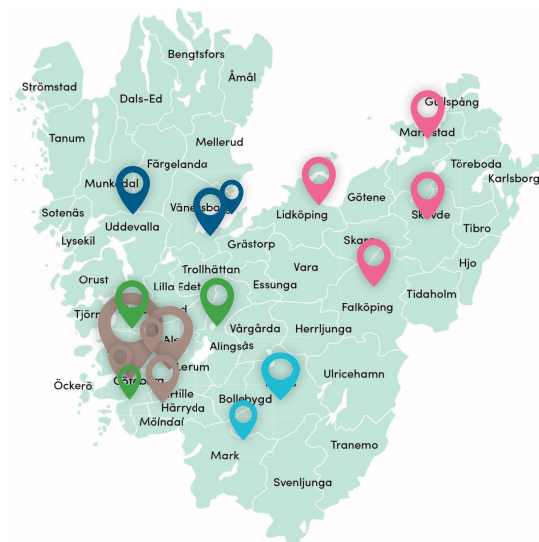
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården, Skaraborgs Sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus och Sjukhusen i väster. Sjukhusförvaltningarna leds av respektive förvaltningsdirektör som ansvarar, gentemot styrelserna, för att uppdraget utförs. Respektive styrelse tar fram en instruktion till förvaltningsdirektören.

De fem sjukhusförvaltningarna har olika typer av uppdrag sett till sjukhustyp (se Tabell 1). Tre av sjukhusen är länssjukhus, vilket innebär att flera olika typer av specialistmottagningar finns på sjukhusen. Sjukhusen i väster är ett länsdelssjukhus, med ett något mindre urval av specialistmottagningar. Sahlgrenska Universitetssjukhuset är ett universitetssjukhus, vilket innebär att förutom avancerad sjukvård bedrivs också forskning och utbildning för olika yrkesgrupper. Vid jämförelse av de olika sjukhusförvaltningarna bör skilda uppdrag och förutsättningar beaktas.

Tabell 1 - Övergripande nyckeltal över sjukhusförvaltningarna. Data hämtat från sjukhusförvaltningarnas årsredovisningar år 2022.

	Sjukhustyp	Nettoårsarbetare	Antal vårdplatser	Antal vårdtillfällen	Budgeterade intäkter	Resultat (mnkr)
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Universitets-sjukhus	15 059	1 470	87 512	19 820,4	-267,5
NU-sjukvården*	Länssjukhus	4 138	565	33 527	5 545,9	-29,8
Skaraborgs Sjukhus	Länssjukhus	3 868	533	33 109	4 947,5	-178
Södra Älvsborgs Sjukhus	Länssjukhus	3 107	380	24 437	4 217,5	-88,1
Sjukhusen i väster	Länsdels-sjukhus	2 551	280	14 961	3 164,5	-203,6

* NU-sjukvården står för Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) i Trollhättan och Uddevalla sjukhus.



- NU-sjukvården
- Södra Älvsborgs Sjukhus
- Sjukhusen i väster
- Skaraborgs Sjukhus
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset

4

Analys av styrningen av
sjukhusförvaltningarna
mot en ekonomi i balans

Innehåll kapitel 4

Detta kapitel innehåller en sammanställning av de iakttagelser och den analys som gjorts av den politiska styrningen samt en beskrivning och analys av arbetet med åtgärdsplaner.

Iakttagelserna och analysen är grundade på styrande dokument, intervjuer och genomförd enkätundersökning (se appendix A.3.1. för en fullständig sammanställning av enkätundersökningen).

4.1

Styrning av sjukhusförvaltningarna

Detta avsnitt innehåller iakttagelser och analys av hur den politiska styrningen fungerar genom de olika politiska organen samt styrningen inom sjukhusförvaltningarna.

Avsnittet är uppdelat i följande delavsnitt:

- VGR har en decentraliserad styrmodell
- Ersättningsmodellen för sjukhusförvaltningar har förändrats
- Komplex ekonomistyrning skapar otydlighet
- Diskrepans mellan sjukhusens prognoser och det faktiska utfallet

4.2

Analys av bristande verkställighet av åtgärdsplaner

Detta avsnitt innehåller en beskrivning och analys av arbetssättet med sjukhusförvaltningarnas åtgärdsplaner samt en sammanställning av dessa för perioden 2023-2024.

Avsnittet är uppdelat i följande delavsnitt:

- Arbetssätt med åtgärdsplaner
- Sammanställning av åtgärdsplaner vilken har gjorts tillsammans med sjukhusförvaltningarna under oktober 2023.

4.1

Styrning av sjukhusförvaltningarna

VGR:s decentraliserade styrmodell försvårar möjligheten att adressera koncerngemensamma utmaningar

Enligt reglementet har regionstyrelsen ett övergripande samordningsansvar för VGR:s samlade verksamheter. För hälso- och sjukvården innebär ansvaret att säkerställa att verksamheten i egen regi efterlever beslut avseende tillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet. Regionstyrelsen ansvarar också för att en effektiv och ändamålsenlig organisation upprätthålls och får besluta om regiongemensamma riktlinjer och tillhörande rutiner och anvisningar inom:

- a) personalområdet
- b) kommunikationsområdet
- c) säkerhet och beredskap
- d) ärende- och dokumenthantering
- e) ekonomi och uppföljning.

En decentraliserad styrning innebär en förskjutning av ansvar utåt i organisationen, där lokala organisatoriska enheter ges en högre grad av rådighet, tillika ansvar för sin verksamhet. Det finns ingen exakt definition av var gränsen mellan decentraliserad respektive centraliserad styrning går, ytterst är det en bedömningsfråga.

PwCs bedömning är att VGR har en decentraliserad styrning även om riktningen under de senare åren

har gått mot mer av gemensam styrning och färre nämnder. Tidigare ansvarsfördelning och beslutsvägar präglar hur dagens styrmodell praktiskt fungerar i koncernen.

PwC:s bedömning grundar sig bl a. på att ett stort ansvar för givande av uppdrag och finansiering finns hos Strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, inte hos regionstyrelsen. Ansvaret för verksamheten finns hos styrelserna för sjukhusförvaltningarna. Detta innebär att regionstyrelsens mandat för ägarstyrning är begränsat till samordning och uppföljning och att utförarna har stor frihet och ansvar att utforma sin verksamhet utifrån de uppdrag de tilldelas. Dessutom krävs beslut i flera politiska led plus verkställighetsbeslut i förvaltningen.

Reglementet påvisar att regionstyrelsen har ett begränsat mandat för styrning av styrelsernas och sjukhusförvaltningarnas verksamhet samtidigt som regionstyrelsen har ett tydligt mandat att styra koncerngemensamma stödprocesser. Regionstyrelsens uppdrag är att säkerställa att beslut efterlevs snarare än att som ägare driva utvecklingen inom hela hälso- och sjukvården (offentlig och privat). Detta ansvar har strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden.

Koncernkontorets har ett begränsat mandat att styra sjukhusförvaltningarna, därtill har mandatet för att leda koncerngemensamma processer inte nyttjats fullt ut

Analysen visar att detta faktum ger en svag styrning i koncerngemensamma satsningar som exempelvis omställningen av hälso- och sjukvården. PwC bedömer att beslut i regionstyrelsen behöver följas upp av kontinuerliga genomförandebeslut i hälso- och sjukvårds- nämnderna, styrelserna samt genom verkställighetsbeslut i förvaltningarna för att ge önskad effekt.

Enligt reglementen ska strategiska och operativa hälso- och sjukvårdsnämnderna ha invånarnas tillgång till jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård som utgångspunkt. En konsekvens av detta är att beställning av vård till styrelserna inte primärt utgår från system- och ägarperspektivet vilket har en påverkan på regionstyrelsens möjlighet att utöva sitt samordningsansvar för egenregiverksamhet.

Koncernkontorets uppdrag från regionstyrelsen⁴ ger ett begränsat mandat att styra sjukhusförvaltningarna. Analysen visar att mandat främst finns inom styrning och uppföljning av stödjande processer för ekonomi, HR och IT etc. Detta kan utnyttjas mer än idag för att skapa koncerngemensamma processer och arbetssätt för ökad effektivitet.

Analysen visar att koncernkontoret endast i begränsad omfattning har nyttjat sitt mandat som funktionsansvarig för stödprocesser, med konsekvensen att förvaltningarna tillämpar olika arbetssätt inom olika områden.

Regiondirektören, som är förvaltningschef för koncernkontoret, tillsätter förvaltningsdirektörer efter samråd med presidierna för berörda nämnder och styrelser. Utöver detta finns inga formella styrande befogenheter i regiondirektörens instruktion. Regiondirektörens möjlighet att driva regionstyrelsens ambitioner gentemot sjukhusförvaltningarna är därmed begränsad.

Sjukhusförvaltningarnas ekonomichefer beskriver att förvaltningarna har ett stort mandat att styra sin verksamhet på uppdrag av respektive styrelse. Därmed är det styrelsens styrning och beslut som prioriteras jämfört med koncernkontoret och regionstyrelsens styrning, om dessa inte överensstämmer.

Ledning och styrning av hälso- och sjukvården



* Linjernas tjocklek indikerar styrkan i styrningen av hälso- och sjukvården mellan aktörerna.

Styrmodellen kräver att beslut i regionstyrelsen följs upp av genomförandebeslut för att ge önskad effekt

PwC konstaterar

- VGR:s decentraliserade styrmodell kräver att beslut i regionstyrelsen följs upp av beslut i nämnder och styrelser för att ge önskad effekt, så sker dock inte alltid idag.
- Den decentraliserade styrningen begränsar ägarstyrningen och möjligheten att verkställa regiongemensamma satsningar för att därigenom nyttja koncernens stordriftsfördelar.
- Koncernkontoret har inget styrande mandat över förvaltningarna, dock finns det ett starkt mandat i ägarskap av stödjande processer för koncerngemensamma frågor såsom ekonomi, personal etc.
- Koncernkontoret kan stärka sin roll som funktionsansvarig för stödprocesser utifrån regionstyrelsens ansvar för att "en effektiv och ändamålsenlig organisation upprätthålls och därmed får besluta om koncerngemensamma riktlinjer och tillhörande rutiner och anvisningar inom utvalda områden". Detta kommer sannolikt leda till att regionstyrelsens ägarstyrning får ökat genomslag.



Ersättningsmodellen för sjukhusförvaltningarna har förändrats över tid

Från och med 2023 genomfördes det förändringar av nämndstrukturen i den nya politiska organisation. Förändringen resulterade i två nya samordnande nämnder inom hälso- och sjukvård; strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. I samband med förändringen genomfördes även en förflyttning av det politiska beslutet för Vårdöverenskommelsen*. Det politiska beslutet flyttades från de tidigare regionala hälso- och sjukvårdsnämnderna, där den centrala hälso- och sjukvårdsstyrelsen tog beslut för anvisningar för processen, till den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.

Från och med 2024 har VÖK bytt benämning till grunduppdraget och tilläggsöverenskommelse (TÖK) till tilläggsuppdrag. Trots vissa förändringar i styrning och nämnder bedömer PwC att VGR fortfarande tillämpar en beställar- och utförarmodell inom hälso- och sjukvården. Detta utifrån att styrelser och sjukhusförvaltningar tilldelas uppdrag av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden som reglerar beställning och ersättning för vårdproduktionen.

Beställningen styr, i stor utsträckning, sjukhusförvaltningarnas tilldelade ekonomiska medel och vad som ska produceras inom ramen för dessa medel, även om ersättningsens koppling till faktisk vårdproduktion är svag.

Tidigare prestationsbaserad ersättningsmodell

Den fördjupade granskningen genomförd av internrevisionen⁵ beskriver att införandet av en mer detaljerad kostnadsberäkning och prestationsredovisning ökade komplexiteten i ekonomi- och budgetstyrningen där komplexiteten bidrog till inaktuella eller felaktiga beräkningar.

Prestationsersättningen utgick från prislistor för olika typer av prestationer baserat på diagnosgrupp (DRG²). Modellen innebar att ersättningen för samma mängd och typ av vård skiljde sig åt mellan sjukhusen. På grund av bland annat komplexiteten i ersättningsmodellen beslutade regionfullmäktige 2018 om ett gemensamt DRG-pris.

Den nya modellen räknades fram genom ett vägt genomsnitt av sjukhusens ersättning per DRG, därtill tillkom strukturersättning kopplat till sjukhusens olika uppdrag och ansvar.

Det framkommer att modellen inte tog hänsyn till om ersättningen låg i linje med den faktiska kostnaden per DRG-poäng. Det framkommer också att det förekom systematiska obalanser mellan sjukhusens ersättning och genomförd produktion, som inte beaktades i beräkningarna.

Modellen innebar att ersättning till sjukhusförvaltningarna gavs genom anslagsfinansiering och prestationsbaserad ersättning, utifrån definierade tilläggsuppdrag.

Den nya modellen föreslogs att införas i två steg under 2020 och 2021. Implementeringen av den enhetliga DRG-ersättningsmodellen avbröts i samband med pandemin och blev därmed inte implementerad fullt ut.



* Vårdöverenskommelsen (VÖK) är en överenskommelse mellan Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden och resp. utförarnämnd och beskriver utförarens uppdrag. VÖK reglerar inriktning, vissa volymer, ersättning och uppföljning under perioden. VÖK utgår från tidigare års VÖK, från förändringar i regionfullmäktiges budget och regionövergripande beslut när det gäller vårdens innehåll och utveckling samt från relevanta mål- och inriktningsdokument.

5. Revisionen Västra Götalandsregionen. 2022. Fördjupad granskning Granskning av övergripande principer för ekonomi- och budgetstyrning. Diarienummer: REV 2021-00117

Ersättningsmodellen för sjukhusförvaltningarna saknar en tydlig koppling mellan vårdproduktion och ersättning

Från prestationsbaserad ersättningsmodell till anslagsfinansierad ersättningsmodell

För budget 2022 beslutade istället regionstyrelsen om en förenklad ersättningsmodell där sjukhusförvaltningarna ersattes med anslag för de vårduppgifter som ingår i vårdöverenskommelserna⁶. Ersättningen består till 97 procent av anslagsfinansiering och till tre procent av prestationsersättning.

Anledningen till övergången till den förenklade modellen angavs vara att produktion och registrering av produktion påverkades av den pågående implementeringen av vårdinformations-systemet Millennium. Det förelåg även osäkerheter kring datafångst från Millennium, data som behövdes för att beräkna den prestationsbaserade ersättningen. För att stimulera arbetet med insatser för ökad tillgänglighet bibehölls vissa prestationsrelaterade ersättningar.

Det förekommer att produktionsuppdrag flyttas (flytt av vård benämns som utskiftning inom VGR) mellan sjukhusförvaltningar. Sådana förändringar regleras normalt via tilläggsuppdrag till sjukhusförvaltningarna.

Vid utskiftning regleras ersättningen i efterhand, utifrån faktiskt utfall på volymen, både för mottagande och avlämnande sjukhusförvaltning.

Anslagen för 2022 utgick från 2021 års vårdöverenskommelse vilken räknades upp med två procent index (beslutad av regionfullmäktige). För 2023 års budget ökade ramarna utifrån beslutad uppräkningsfaktor i regionfullmäktige om tre procent.

Det har framkommit i intervjuer att indexuppräkningsindex inte alltid motsvarar den faktiska index- och kostnadsutvecklingen. Många sjukhusförvaltningar upplever att ökningar i ersättningsnivå inte har motsvarat de kostnadsökningar som funnits i verksamheterna, vilket indikerar att det finns systematiska obalanser inbyggda i vad som ska produceras i relation till den totala ersättningen. Enkätundersökningen till chefer i verksamheten indikerar att 90 procent av respondenterna upplever att de ekonomiska ramarna är otillräckliga för att genomföra sitt uppdrag.

Genomförda intervjuer och genomgång av dokumentation har inte visat på att det varken historiskt eller för innevarande budgetår funnits någon grundläggande beräkning av produktionsvolymen eller ersättning.

PwC konstaterar

- Det saknas en tydlig koppling mellan vårdproduktion och ersättning, vilket försvårar budgetprocessen, analys samt bedömning om ramarna är tillräckliga.
- Sjukhusförvaltningarna har systematiska obalanser i sin ekonomi som försvårar att nå en ekonomi i balans.



Komplex ekonomistyrning skapar otydliga styrsignaler för sjukhusförvaltningarna

Svag koppling mellan budget och uppdrag

VGR:s internrevision⁷ beskriver att regionens ekonomistyrning är komplex. De bedömer att det föreligger en risk att ekonomistyrningen inte är ändamålsenlig sett till nämnders och styrelser förutsättningar att kunna bedriva verksamhet med en ekonomi i balans. Andra utmaningar till följd av otydlighet i ekonomistyrningen är svårigheten att bedöma huruvida beslutad budget ger verksamheterna rätt förutsättningar att genomföra uppdraget med en budget i balans.

Den tidigare ersättningsmodellen (presationsbaserad) skapade incitament att genomföra vårdproduktion som ledde till en maximering av antalet DRG-poäng vilket i sin tur ledde till viss suboptimering i vårdproduktionen.

Den nuvarande anslagsbaserade resursfördelningsmodellen skapar å andra sidan inte alltid tillräckliga incitament för sjukhusförvaltningarna att öka vårdproduktionen, alltså att producera mer än de volymer som anges i vårdöverenskommelsen (t.ex. om vårdbehovet överstiger överenskommen volym). Uppräkning för nästkommande budget tillämpas enligt metoden "budget på budget", vilket medför svårigheter att följa hur resurstilldelningen förhåller sig till verksamhetens uppdrag. När budgeten

fördelas är underlaget för kommande års budget främst baserad på den historiska budgeten och inte det faktiska utfallet från föregående år. Det medför att budgeten redan från början av året inte har en tydlig koppling till verkliga kostnader.

Negativt eget kapital har inte behövt återställas

Regionfullmäktige beslutade den 3 februari 2004 om principer för bokslutsdispositioner samt regler för användning av eget kapital. Enligt regelverket ska återbetalning av negativt eget kapital efter resultatdispositioner göras senast tre år efter aktuellt bokslutsår.

Regionens nämnder och styrelser är resultat- och balansräkningsenheter som ansvarar för att ekonomin är i balans. Nettoresultatet för nämnder och styrelser ska budgeteras till 0 kronor. Att vara en resultat- balansräkningsenhet innebär bland annat att nämnden eller styrelsen långsiktigt ska redovisa ekonomiska resultat som innebär att det egna kapitalet inte blir negativt.

Genomgång av sjukhusens resultat, samt regionfullmäktiges beslut avseende bokslutsdispositioner, under perioden 2019-2023 visar på att styrelserna har redovisat negativa resultat och att dessa inte har återställts i enlighet med regelverket.

Det negativa resultatet/underskottet har inte återställts antingen beroende på grund av avskrivningar av regionfullmäktige eller beroende på utebliven återställning av styrelsen.

För bokslutsdispositioner efter verksamhetsåren 2018⁸ och 2019⁹ beslöt regionfullmäktige att avslå de styrelser som begärde att få underskotten avskrivna. Det noteras att sjukhusen inte lyckades återställa kapitalet under de efterföljande åren.

Avsteg från styrande principer underminerar budgetprocessen

Det framkommer att regionen, såväl historiskt som i nutid, präglas av en stark förhandlingskultur, där sjukhusförvaltningarna löpande äskar nya medel under året, dvs medel som överstiger tilldelade budgetmedel. I många fall har medel beslutats i form av olika tilläggsuppdrag, där prestationer ska genomföras eller redan har genomförts. Det finns en tydlig risk att förhandlingskulturen leder till att sjukhusförvaltningarna fokuserar på att skapa intäktsmöjligheter istället för att aktivt arbeta med kostnadsreducering och kostnadskontroll.

7. S.6. Revisionen Västra Götalandsregionen. 2022. *Fördjupad granskning Granskning av övergripande principer för ekonomi- och budgetstyrning*. Diarienummer: REV 2021-00117

8. RS 2019-01881

9. RS 2020-01234

Ekonomiska tillskott ges till sjukhusförvaltningarna löpande under året genom tilläggsuppdrag

Tilläggsuppdrag

Tilläggsuppdrag hanteras i den nuvarande nämndsstrukturen via operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. I intervjuerna beskrivs det förekomma fall där verksamheten äskar mer medel för att täcka kostnader i efterhand och/eller att uppdrag ges av operativa hälso- och sjukvårdsnämnden som ger ersättning efterhand. Detta har även kunnat styrkas genom analys av fattade politiska beslut. Hanteringen av tilläggsuppdrag förstärker på så sätt förhållingskulturen och riskerar att undergräva ordinarie budgetprocess.

I linje med bedömningar gjorda av internrevisionen visar utredningen¹⁰ att tilltron till budgeten riskerar att urholkas, på grund av de avsteg som görs. Avsteg från beslutade principer bör endast göras i undantagsfall. Det konstateras att för sjukhusförvaltningarna är det i dagsläget snarare mer regel än undantag. Internrevisionen konstaterar vidare att det råder otydligheter såväl i nämnders och styrelserns ansvar och befogenheter gentemot de beslutade principerna.

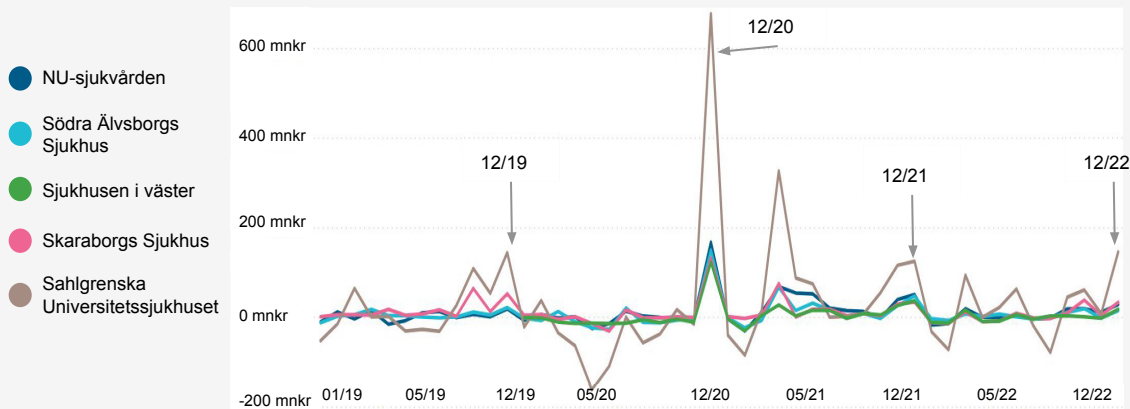
Figur 1 beskriver den genomsnittliga avvikelser mellan utfallet av intäkter respektive budgeterade

intäkter per månad och per sjukhusförvaltning. Överstiger avvikelsern noll mnkr är utfallet bättre än budgeterat. Positiva avvikelser kan utläsas främst i december månad. Den största procentuella avvikelsern skedde i december 2020 och är direkt hänförligt till bidrag relaterade covid-19. Samma mönster förekommer även andra år i december, där sjukhusförvaltningarna redovisar ett bättre utfall än budgeterat. Detta till följd av tillskott och andra justeringar.

PwC konstaterar

- VGR:s ekonomistyrning är komplex och avsteg görs kontinuerligt. Komplexiteten består av förändringar i budgetfördelningen, otydlig koppling mellan produktion och ersättning samt kontinuerliga avsteg från etablerade principer, vilket försvårar förståelse och efterlevnad av VGR:s ekonomistyrningsprinciper.
- Sjukhusförvaltningarnas systematiska ekonomiska obalanser löses genom tilläggsuppdrag och avskrivningar av underskott.
- Sammantaget framträder en bild av låg grad av efterlevnad av beslutade principer och att budgetens roll som styrmedel urholkas.

Figur 1 - Utfall jämfört med budget för sjukhusförvaltningarnas intäkter i miljoner kronor, per månad perioden 2019-2022



10. Revisionen Västra Götalandsregionen. 2022. Fördjupad granskning Granskning av övergripande principer för ekonomi- och budgetstyrning. Diarienummer: REV 2021-00117

Det finns förbättringspotential i sjukhusförvaltningarnas prognosarbete

Uppföljning av förvaltningarnas ekonomi och produktion görs både på koncern- och förvaltningsnivå

Koncernkontorets redovisar till regionstyrelsen månatligen resultatet för sjukhusförvaltningarna i form av Snabbfakta och månadspaket för ekonomi och verksamhet. Styrelserna rapporterar, i samband med tertial- och årsredovisningar, sjukhusförvaltningarnas ekonomi och produktion till koncernkontoret.

Underlagen som rapporteras in till koncernkontoret, ger en övergripande beskrivning av nuläget för respektive sjukhusförvaltning. Det uppfattas av både koncernkontoret och sjukhusförvaltningarna att de månadsvisa Snabbfakta och månadspaket ekonomi är alltför övergripande och ger inte en tillräcklig förståelse för det ekonomiska utfallet, särskilt när det sätts ett större fokus i att uppnå en ekonomi i balans. Det framkommer också att rapporteringen till koncernkontoret kräver manuell handpåläggning för att konsolidera underlagen till en likartad redovisning, vilket är en förutsättning för att koncernkontorets analys ska kunna göras på övergripande nivå.

Konsekvensen av denna manuella handpåläggning är att koncernkontoret, sitt funktionsansvar för

stödprocesser till trots, inte på ett ändamålsenligt och tillfredsställande sätt kan arbeta med den analys och uppföljning.

I förlängningen innebär detta att koncernkontoret har begränsade förutsättningar att uttolka orsakerna till att sjukhusförvaltningarna inte lyckas hålla sin budget och varför åtgärdsplanerna inte ger förväntad effekt. Det framkommer också att sjukhusförvaltningarna tillhandahåller ett mer utförligt underlag till respektive styrelse med mer detaljerad information än det underlag som levereras till koncernkontoret.

Sammantaget finns det förbättringsmöjligheter i de regionala processerna där tydliga krav på sjukhusförvaltningarnas rapportering bör ställas av processägaren, vilket är detsamma som rollen som funktionsansvarig.

Prognosarbetet inom sjukhusförvaltningarna

Inom varje sjukhusförvaltning görs årligen två prognoser vilka redovisas i tertialrapporterna. Prognosen tas fram utifrån en "bottom-up" process där verksamhetscheferna, med hjälp av controllers inom respektive sjukhusförvaltning, gör en prognos för sin verksamhet. Prognoserna ska även inkludera bedömd effekt av åtgärdsplanernas beslutade åtgärder.

Prognoserna från verksamheterna konsolideras upp till respektive sjukhusförvaltnings ekonomiavdelning där eventuella justeringar av den aggregerade prognosen görs. Prognoserna lämnas sedan vidare till styrelsen som eventuellt gör ytterligare justeringar och därefter beslutar om prognosen. Den beslutade prognosen lämnas till koncernkontoret.

Enkätundersökningen till chefer inom sjukhusförvaltningarna indikerar även att det finns utmaningar med det interna prognosarbetet. 11 respektive 35 procent av respondenterna instämmer inte alls eller i låg grad i att de har goda förutsättningar för att lämna träffsäkra ekonomiska prognoser.

PwC har granskat samtliga sjukhusförvaltningars prognoser för åren 2018-2023 (se Figur 2-7 på kommande sidor). Prognoserna har hämtats från möteshandlingar från sjukhus- styrelsernas sammanträden. Resultatet av denna genomgång visar att träffsäkerheten i prognoserna skiljer sig åt mellan sjukhusförvaltningarna och mellan åren.

Prognoserna anses inte alltid vara realistiska

Låg verkställighetsgrad i åtgärdsplanerna har påverkat kommande prognoser vilka har baserats på antagandet om tydlig effekt av åtgärdsplanerna.

Många av de åtgärder som ingått i respektive sjukhusförvaltnings åtgärdsplan har inte verkställts i den utsträckning som varit nödvändigt för att uppfylla prognosen.

Samtliga sjukhusförvaltningar har beskrivit att det finns brister i prognosarbetet då de anser att prognoserna som tas fram inte är realistiska. Prognoserna beskrivs innehålla åtgärder som sjukhusförvaltningarna bedömer är för ambitiösa och ger en alltför positiv bild av verksamhetens förväntade resultat. I intervjuerna framkommer att prognoserna fungerar mer som en målsättning och inriktning för förvaltningen att arbeta utifrån, snarare än en faktiskt spegling och bedömning av hur det ekonomiska utfallet förväntas bli.

Sammantaget ger det en bild av att prognosarbetet inte bedrivs på ett ändamålsenligt sätt. Kombinerat med sjukhusförvaltningarnas systematiska obalanser i sin ekonomi och den låga verkställighetsgraden i åtgärdsplanerna, ger prognoserna inte en realistisk bild av det ekonomiska läget.

Figur 2 till 6 visar styrelsernas ekonomiska prognoser för resultatet i tertiäl två-rapporteringen jämfört med det ekonomiska utfallet för åren 2018 till 2022. I figur 7 redovisas styrelsernas prognos för resultatet i tertiäl ett- och tertiäl två-rapporteringarna för 2023.

2020 avskrevs sjukhusens underskott utifrån coronapandemins påverkan på verksamheterna vilket bidrog till att sjukhusförvaltningarna redovisade ett nollresultat, därav utfall noll (se figur 4).

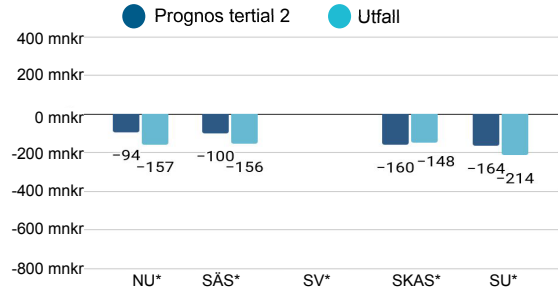
PwC konstaterar

- Prognosarbetet bedrivs inte på ett ändamålsenligt sätt då prognoserna inte alltid är realistiska och mer har karaktären av målsättning än bästa bedömning.
- Det krävs ett stort inslag av manuellt arbete för att konsolidera prognoserna då arbetssätt, underlag och datastruktur skiljer sig åt mellan förvaltningarna.
- Sammantaget leder detta till sämre beslutsunderlag för ägare, beställarnämnder och styrelser med risk för begränsad förståelse för verksamheten och därmed begränsad förmåga att vidta nödvändiga åtgärder.

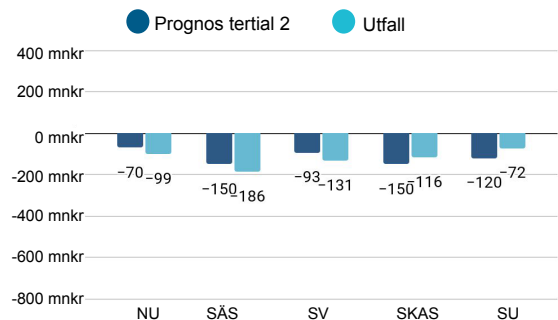


Skillnad mellan prognos och utfall under åren 2020-2023

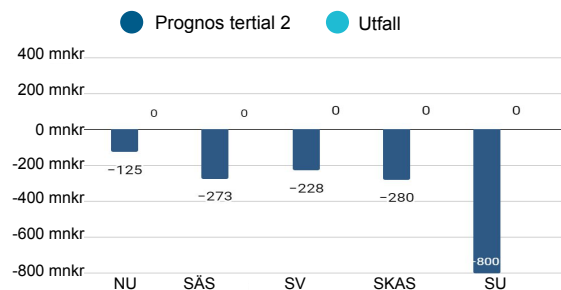
Figur 2 - prognos jämfört med utfall för sjukhusförvaltningarnas resultat, 2018



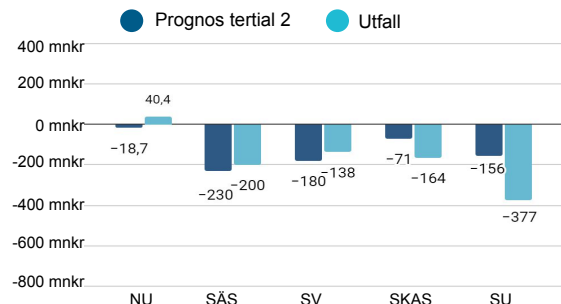
Figur 3 - prognos jämfört med utfall för sjukhusförvaltningarnas resultat, 2019



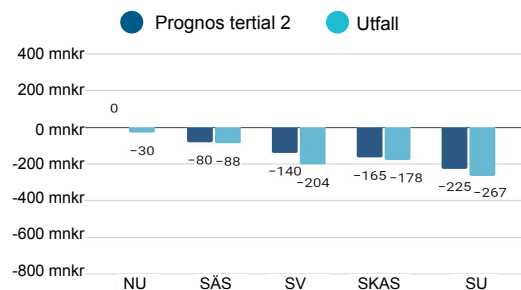
Figur 4 - prognos jämfört med utfall för sjukhusförvaltningarnas resultat, 2020**



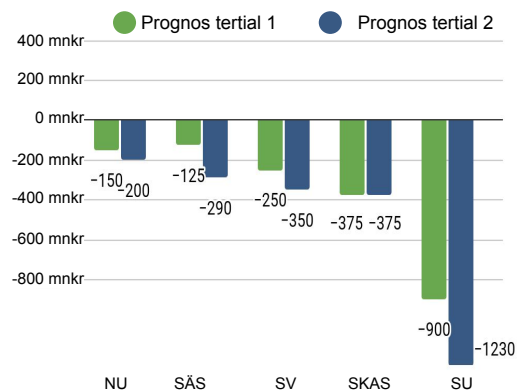
Figur 5 - prognos jämfört med utfall för sjukhusförvaltningarnas resultat, 2021



Figur 6 - prognos jämfört med utfall för sjukhusförvaltningarnas resultat, 2022



Figur 7 - prognos jämfört med utfall för sjukhusförvaltningarnas resultat, 2023***



* Hädanefter används följande förkortningar för sjukhusförvaltningarna i figurerna: NU-sjukvården = NU, Södra Älvsborgs Sjukhus = SÄS, Sjukhusen i väster = SV, Skaraborgs Sjukhus = SKAS, Sahlgrenska Universitetssjukhuset = SU.

** 2020 avskrevs sjukhusens underskott utifrån coronapandemins påverkan på verksamheterna vilket bidrog till att sjukhusförvaltningarna redovisade ett nollresultat, därav utfall 0 (se figur 4).

*** För 2023 är utfallet ej ännu presenterat. Därför jämförs prognoserna för tertial 1 och 2 istället.

Sammanfattande analys av styrning av sjukhusförvaltningarna

VGR:s decentraliserade styrmodell kräver att beslut i regionstyrelsen följs upp av flera genomförandebeslut för att ge önskad effekt

Styrningen av sjukhusförvaltningarna i VGR har historiskt varit decentraliserad genom flertalet geografiska beställarnämnder och fem utförarstyrelser med stort mandat att styra och utforma sin verksamhet. Den nya politiska organisationen upplevs ännu inte helt inarbetad och innebär fortfarande en relativt hög grad av decentralisering utifrån reglementen för regionstyrelsen, nämnder och styrelser.

Koncernkontoret ska ge ett samordnat stöd till sjukhusförvaltningarna och har ett funktionsansvar för koncerngemensamma stödprocesser. PwC uppfattar att regionstyrelsen fattar beslut med en styrande ambition gentemot nämnder och styrelser. Dock har koncernkontoret begränsad möjlighet att bidra till att förverkliga regionstyrelsens ägarstyrning utifrån koncernkontorets stödjande roll, något som bidrar till utmaningar att genomföra koncernövergripande utveckling. Exempelvis omställning av vården kräver ett systemperspektiv och en gemensam koncernstyrning för att lyckas. Den decentraliserade styrmodellen bekräftas även genom att koncernkontorets dialoger äger rum främst med respektive förvaltning snarare än genom gemensam dialog med sjukhusförvaltningarna utifrån ett koncerngemensamt perspektiv.

Sammantaget bedömer PwC att ägarstyrningen i budgetprocessen från regionstyrelsen är relativt svag jämfört med styrningen till respektive styrelse från strategiska och operativa hälso- och sjukvårdsnämnden. Den decentraliserade styrningen påverkar möjligheten att genomföra koncerngemensamma satsningar och att därigenom nyttja stordriftsfördelar.

Det saknas en tydlig koppling mellan vårdproduktion och ersättning vilket leder till en förhandlingskultur

Under senare år har det genomförts stora förändringar av ersättnings-systemet för sjukhusförvaltningarna i VGR. Förutsättningarna för sjukhusförvaltningarnas möjlighet att nå en ekonomi i balans utgår från regionens ersättningsystem som idag inte har en tydlig koppling mellan den vårdproduktion som utförs och den ersättning som erhålles. Modellen ger heller inte incitament att öka vårdproduktionen eller till att öka produktiviteten.

Genomförda intervjuer samt genomgång av dokumentation har inte visat på att det har funnits en grundläggande beräkning av produktionsvolymerna och vilken ersättning som ska utgå för dessa volymer. Den nuvarande ersättningsnivån är baserad på existerande snittpriser. Därtill har historiska uppräknings i stor utsträckning baserats på en "budget på budget"-modell där årets budget utgår från tidigare års budget uppräknat med ett politiskt beslutat index. Flera sjukhusförvaltningar uppger att det har byggts upp systematiska ekonomiska obalanser, då varken verksamhetens ej påverkbara kostnadsökningar täckts av intäktsökningar och/eller där ersättningen inte fullt ut motsvarar produktionen.

Den "budget på budget"-modell som tillämpas i budgetarbetet (dvs med ett ingångsvärde som är i obalans) kombinerat med en ersättningsmodell som inte ger utrymme för ersättning vid ökad vårdproduktion, ger inte sjukhusförvaltningarna rätt förutsättningar att klara av sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Redan vid ingången av året är det osannolikt att sjukhusförvaltningarna kommer att följa sin budget med hänsyn taget till den ersättning som erhålles. Därmed uppstår underskott som behöver hanteras vilket görs kontinuerligt med tilläggsuppdrag och/eller avskrivningar av underskott. Dessa åtgärder underblåser den förhandlingskultur som finns i regionen, en förhandlingskultur som motverkar de ekonomiska styrprinciperna.

Sammanfattande analys av styrning av sjukhusförvaltningarna

Komplexiteten i styrningen samt avsteg från etablerade ekonomiprinciper har bidragit till avsaknad av en stark budgetdisciplin

Kombinationen av över åren varierande ersättningsmodeller samt avsteg från ekonomiska principer har bidragit till en svårighet för både sjukhusförvaltningarna och koncernkontoret att få en helhetsförståelse för den koncerngemensamma ekonomistyrningen.

Restriktivitet i budgetarbetet i kombination med goda kommunalekonomiska år med ökade statsbidrag under coronapandemin har bidragit till att det har funnits mer medel i systemet än vad sjukhusförvaltningarna har haft i sin budget. Detta förefaller ha bidragit till en kultur där kostnadsökningar och underskott täcks löpande av ägaren snarare än genom anpassningar i ordinarie budgetprocess.

Att inte förhålla sig till tilldelade budgetramar riskerar att urholka förutsättningarna för en fungerande ekonomistyrning. Därtill är det viktigt att styra på ytterligare parametrar där t.ex. medicinska utfallsmått kan vara ett exempel på en sådan parameter.

Det finns ett behov att säkerställa en gemensam och enhetlig hantering av uppkomna underskott då de kostnadsdrivande faktorerna samt eventuella åtgärder kan påverka flera förvaltningar.

Sammantaget framkommer en bild av en svag budgetdisciplin inom sjukhusförvaltningarna vilket har lett till att budgeten har urholkats som styrmedel.

Prognosarbetet bedrivs inte på ett ändamålsenligt sätt och uppföljningen kan förstärkas

Ur ett koncerngemensamt perspektiv är det svårt och manuellt arbetskrävande att göra en fördjupad analys av, och dra slutsatser om, sjukhusförvaltningarnas ekonomi och produktion. Svårigheter med att sammanställa data har ofta använts som skäl för att inte göra jämförande analyser jämte argumentet att jämförbarheten är låg utifrån sjukhusförvaltningarnas olika uppdrag och arbetssätt. Detta har medfört att koncernkontoret haft svårt att finna ett tydligt svar på frågan varför sjukhusförvaltningarna inte lyckas hålla budget eller varför åtgärdsplaner inte har verkställts och/eller gett förväntad effekt.

PwC bedömer att det finns ett behov av att stärka koncerngemensamma processer som uppföljning av förvaltningarnas ekonomi och produktion. En mer ändamålsenlig uppföljningsprocess och metodik skulle kunna bidra till ökat lärande inom och mellan förvaltningarna. Detta skulle i sin tur kunna bidra till att identifiera och tillämpa best practice där så är möjligt.

Ekonomiska prognoser behöver, i större grad än idag, göras utifrån realistiska förväntningar som tar hänsyn till sannolik verkställighetsgrad i existerande åtgärdsplaner. Den låga träffsäkerheten i prognoserna indikerar att prognoser inte används i sitt ursprungliga syfte, dvs som den bästa möjliga bedömningen av ett framtida utfall utifrån tillgängliga data. Det leder till sämre beslutsunderlag för ägare, beställarnämnder och styrelser med risk för begränsad förståelse för verksamheten och därmed begränsad förmåga att vidta nödvändiga åtgärder.

PwC rekommenderar att koncernkontoret förtydligar syfte och mål med förvaltningarnas prognosarbete samt säkerställer att prognoser tas fram i enlighet med regionens styrande ekonomiprinciper.

4.2

Beskrivning av arbetssätt samt analys av bristande verkställighet av åtgärdsplaner

Ett enhetligt arbetssätt med åtgärdsplaner saknas

Sjukhusförvaltningarna har under flera års tid tagit fram åtgärdsplaner, handlingsplaner och/eller detaljbudgetar som beskriver vilka åtgärder som sjukhusförvaltningen åtar sig att genomföra för att uppnå en ekonomi i balans. Som tidigare redovisats har det dock historiskt gjorts avsteg från ekonomiprinciperna, bland annat genom avskrivning av underskott och/eller tillskott av ekonomiska medel. PwC bedömer att detta har påverkat sjukhusförvaltningarnas incitament att verkställa åtgärdsplanerna.

Låg verkställighetsgrad av åtgärderna

Verkställigheten av tidigare års åtgärder beskrivs av sjukhusförvaltningarna vara låg, vilket även återspeglas i tidigare års ekonomiska resultat. Även delårsrapporterna från sjukhusförvaltningarna per augusti 2023 visar på fortsatt stora ekonomiska obalanser, trots åtgärdsplaner.

Låg grad av analys och lärande

De nuvarande åtgärdsplanerna bygger inte i tillräcklig utsträckning på tidigare års utfall och lärdomar. Det resulterar i att förvaltningarna inte i full utsträckning har kännedom över vilka åtgärder som har en hög grad av verkställighet och vilka åtgärder som ger högst ekonomisk effekt. Flera av förvaltningarna framhåller att det finns åtgärder som tydligt ger direkt ekonomisk effekt, exempelvis

personalneddragningar. PwC uppfattar dock inte att VGR historiskt har använt sig av varsel och uppsägningar på grund av arbetsbrist, vilket är det som sannolikt skulle krävas för att verkställa åtgärden personalneddragningar fullt ut.

Struktur för innehåll, format på åtgärdsplanerna, vilka medarbetare som ska involveras i framtagande av dessa och hur uppföljning ska göras beslutas av respektive sjukhusförvaltning. Ansvar för uppföljning av åtgärder ligger på respektive förvaltningsledning, främst på ekonomichefen, som rapporterar arbetet med åtgärdsplanen månatligen till styrelsen. Det finns svårigheter för koncernkontoret att skapa en samlad bild av såväl innehållet i åtgärdsplanerna, verkställigheten av åtgärderna som de ekonomiska effekterna av genomförda åtgärder. Dock påbörjades ett arbete på koncernkontoret under våren 2023 för att komma tillrätta med dessa utmaningar.

Sjukhusförvaltningarnas verksamhetschefer indikerar också utmaningar i arbetsprocessen för att ta fram åtgärdsplaner inom sitt område. 10 respektive 40 procent av respondenterna instämmer inte alls eller i låg grad att det finns en välfungerande process för att ta fram åtgärdsplanerna. Liknande resultat syns även för hur uppföljning av åtgärdsplanerna fungerar.

Förvaltningarna har svårt att verkställa beslutade åtgärder

Regionstyrelsen har från början av 2023 vidtagit ett antal åtgärder som syftar till att uppnå en ekonomi i balans. T.ex. har regionstyrelsen infört avstämningar mellan sjukhusens styrelser, presidier och ägarutskottet kring ekonomi och åtgärdsplaner varje månad. En regional ledning för ekonomi i balans har inrättats av regiondirektören med representanter för hälso- och sjukvårdens utförare. Det arbetet, jämte den ekonomiska utvecklingen, rapporteras löpande till ägarutskottet.

Stort ansvar för verkställigheten ligger på verksamhetschefer

Ett mycket stort ansvar för verkställigheten av åtgärdsplanerna läggs på enskilda chefer i verksamheterna.

Resultatet från enkäten visar samtidigt att cheferna uppfattar att de har begränsade möjligheter att styra sin verksamhet mot en ekonomi i balans. Att endast 13 procent av de tillfrågade cheferna instämmer i påståendet att de kan styra sin verksamhet mot en ekonomi i balans bedöms vara en tydlig varningssignal från verksamheten. En tydlig majoritet av respondenterna uppfattar att de inte har tillräckliga ekonomiska ramar för sin verksamhet. Endast 56 procent av cheferna uppger att de beslutade åtgärdsplanerna kommer att genomföras i hög grad eller i sin helhet.

PwC

Detta kan indikera såväl bristande förankring som otydliga konsekvenser av att inte genomföra åtgärdsplanerna.

Ett starkt ledarskap hos ansvarig chef och en förmåga att skapa förändring i verksamheten uppfattas av respondenterna vara avgörande för genomförandet av beslutade åtgärder. Det framkommer dock både från intervjuer och från enkätresultatet att det är relativt ovanligt att en låg verkställighet av åtgärder medför konsekvenser för ansvarig chef. Förvaltningsledningens verktyg för att stödja verksamhetschefer i genomförandet är främst genom dialog. I övrigt saknas verktyg för att stödja verksamhetscheferna i deras arbete med att verkställa åtgärderna.

67 procent av cheferna upplever att ett verkställande av åtgärderna riskerar att medföra medföra en svårighet att genomföra de uppdrag som verksamheten har. Det kan exempelvis handla om att inte kunna möta produktions- och tillgänglighetsmål, vilket skulle kunna medföra påverkan på patientsäkerhet och medicinsk kvalitet. Vidare anger 41 respondenter (51 procent) att åtgärdsplanen innebär för stor negativ påverkan på verksamhet, vilket t.ex. kan mynna i ut i påverkan på patientsäkerhet och medicinsk kvalitet.

PwC konstaterar

- Verkställighetsgraden av åtgärderna är relativt låg vilket bland annat bedöms bero på att åtgärderna inte är tillräckligt underbyggda i kombination med att regionens budget- process och avsteg från ekonomiprinciper, försvagar incitamentet att genomföra beslutade åtgärder.
- Otydligheten i utformningen av, och arbetssätt med, åtgärdsplanerna försvårar ett arbetssätt där planerna kan fungera som styrmedel mot en ekonomi i balans.
- Samtliga åtgärder bör beskrivas i termer av förväntad ekonomisk effekt.

Åtgärderna behöver i större utsträckning spegla en realistisk ekonomisk besparingspotential

Ytterligare förklaringar till den bristande verkställigheten av åtgärdsplanerna som har lyfts fram är det faktum att de potentiella positiva ekonomiska effekterna av åtgärderna kan ha motverkats av andra kostnadsökningar utanför åtgärdsplanerna eller att åtgärden inte hade den resultatpåverkande effekt som förväntades. Det har förts fram att kortsiktiga återhållsamma åtgärder, som exempelvis anställningsstopp, inte nödvändigtvis stödjer ett större omställningsarbete och att åtgärdsplanerna inte innehåller tillräckligt med nödvändiga åtgärder av mer strukturell natur.

Det förs också fram att coronapandemin har haft, och fortfarande har, betydande påverkan på sjukhusförvaltningarnas arbete med åtgärdsplaner. Detta då pandemin i många fall fick till följd att nödvändigt strukturellt omställningsarbete blev nedprioriterat.

Ett större fokus på strukturella åtgärder år 2023

Sjukhusförvaltningarna uppger att den nuvarande ekonomiska utmaningen är större än tidigare år och att behovet av, och fokus på, åtgärdsplanerna har ökat i respektive förvaltning. Det uppges vidare att årets åtgärdsplaner, i högre grad än tidigare år, innehåller åtgärder av övergripande och strukturell

karaktär, vilket gör att dessa åtgärder kräver samordning inom och mellan förvaltningar för att ge effekt.

PwC konstaterar

- Sjukhusförvaltningarnas åtgärdsplaner har börjat och behöver fortsätta att adressera strukturella åtgärder som träffar mer än en enskild förvaltning. Det finns dock utmaningar med hur koncerngemensamma strukturella åtgärder ska kunna genomföras med utgångspunkt i den begränsning som ligger i VGR:s decentraliserade styrmodell.
- Att positiva ekonomiska effekter av åtgärderna i åtgärdsplanerna motverkas av andra kostnadsökningar, tyder på att verksamheterna inte låter sig styras av tilldelade ekonomiska ramarna.
- Utformningen av åtgärdsplanerna försvårar bedömningen av det förväntade värdet av strukturella åtgärder. Sådana effekter kommer troligtvis att framträda successivt med en viss eftersläpning då genomgripande förändringar kräver tid innan de ger effekt.



Sjukhusförvaltningarnas åtgärdsplaner beskriver dels potential i generella effektiviseringar, dels besparingar inom personalkostnader

Tillvägagångssätt kategorisering av åtgärder

PwC har tillsammans med företrädare för koncernkontoret och sjukhusförvaltningarna kategoriserat och sammanställt samtliga förvaltningars åtgärder. Kategorierna är framtagna för att skapa en övergripande bild över inom vilka områden åtgärderna avser att skapa en ekonomisk effekt.

De fyra kategorierna är:

- Effektivitet, produktion och uppdrag
- Personal
- Material, hjälpmedel, lokaler och läkemedel
- Övrigt

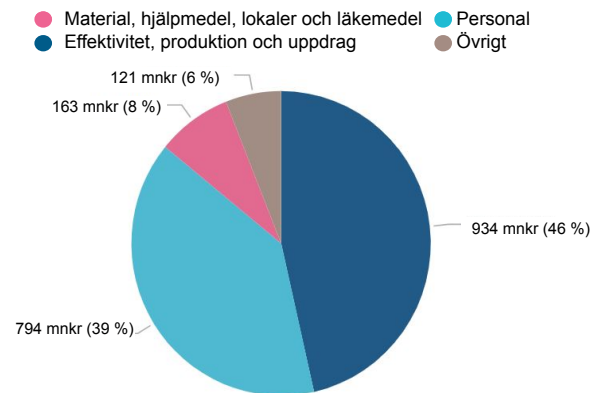
Sammantaget finns i nuläget (2023-08-31) beslutade åtgärder om en förväntad ekonomisk effekt på 866 mnkr för 2023 respektive 1 147 mnkr för 2024.

I Appendix A.3.2 finns en detaljerad beskrivning av respektive sjukhusförvaltnings arbete med åtgärdsplaner. För ett antal av åtgärdsplanerna saknas beräknad effekt motsvarar 14 procent av det totala antalet åtgärder) och det finns även många åtgärder där beskrivningarna bedöms vara vaga.

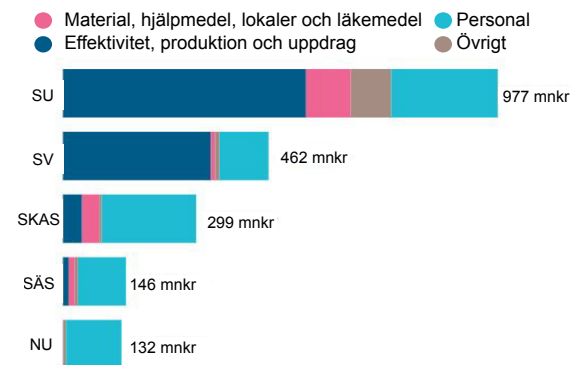
På en regionövergripande nivå, och utifrån den totala effekten av åtgärderna, (för år 2023 och 2024) visar resultatet från kategorisering att många åtgärder är kopplade till kategori effektivitet, produktion och uppdrag (46 procent/934 mnkr) och kategori personal (39 procent/794 mnkr), se figur 8. Kategori material, hjälpmedel, lokaler och läkemedel samt kategori övrigt har något mindre andelar (åtta procent/163 mnkr respektive sex procent/121 mnkr).

Sahlgrenska Universitetssjukhuset står för åtgärder med förväntad störst effekt (sett till belopp), vilket kan förklaras av att deras budgetomslutning är betydligt större än andra sjukhusförvaltningars, se figur 9. Vidare har Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Sjukhusen i väster en större andel av åtgärder som syftar till att skapa effekt inom kategori effektivitet, produktion och uppdrag. För resterande sjukhusförvaltningar (Skaraborgs Sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus och NU-sjukvården) ligger största andelen av åtgärderna inom kategori personal.

Figur 8 - Total effekt per kategori, angivet i procent, år 2023-2024



Figur 9 - Total effekt per förvaltning, angivet i miljoner kronor, år 2023-2024



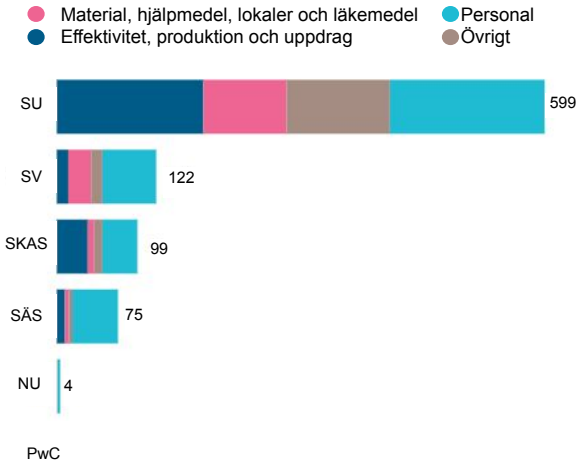
Minskad produktion och minskat uppdrag tillsammans med ökad effektivitet och ändrade arbetssätt beskrivs ha stor ekonomisk potential

Variation i antalet åtgärder

Det finns en stor variation i antalet åtgärder som respektive sjukhusförvaltning har beslutat om, t.ex. har Sahlgrenska Universitetssjukhuset beslutat om 599 åtgärder medan NU-sjukvården beslutat om fyra åtgärder, se figur 10.

Detta åskådliggör att det finns olika arbetssätt med och synsätt på åtgärdsplanerna.

Figur 10 - Antal beslutade åtgärder per förvaltning, år 2023-2024



Underkategorisering av åtgärder

I arbete med kategorisering av åtgärder har även en underkategorisering gjorts inom respektive huvudkategori. Syftet med underkategoriseringen har varit att skapa en fördjupad bild av åtgärdernas karaktär och hur den ekonomiska effekten ska uppnås.

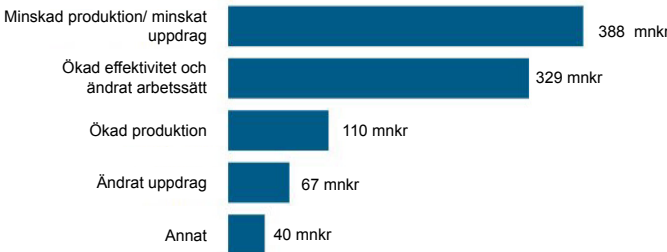
Stort fokus på minskad produktion och ökad effektivitet

Inom kategorin Effektivitet, produktivitet och uppdrag har följande underkategorier använts:

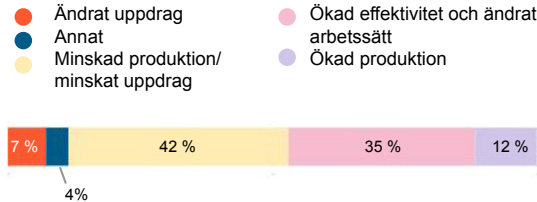
- Minskad produktion/minskat uppdrag
- Ökad effektivitet och ändrat arbetssätt
- Ökad produktion
- Ändrat uppdrag
- Annat

Nedbrytning av underkategorier inom kategori Effektivitet, produktivitet och uppdrag visar att den ekonomiska effekten av åtgärderna främst är kopplade till minskad produktion/minskat uppdrag (388 mnkr) samt till ökad effektivitet och ändrat arbetssätt (329 mnkr) se figur 11. Figur 12 visar fördelningen i procent.

Figur 11 - Underkategorisering Effektivitet, produktivitet och uppdrag, angivet i miljoner kronor, år 2023-2024



Figur 12 - Underkategorisering Effektivitet, produktivitet och uppdrag, angivet i procent, år 2023-2024



Personalminskningar förväntas ge stor ekonomisk besparingseffekt

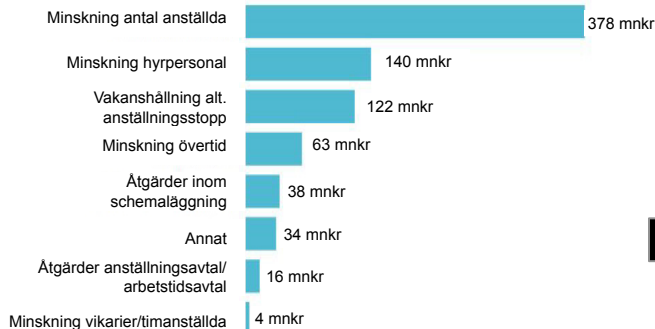
Åtgärder med störst bedömd ekonomisk effekt är minskning av antalet anställda

Inom kategorin Personal har följande underkategorier använts:

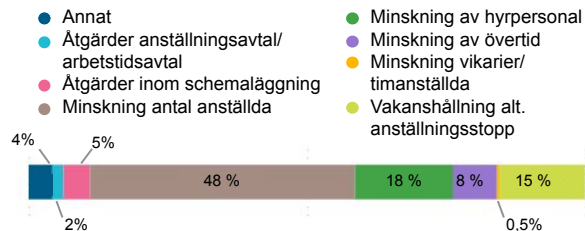
- Minskning antal anställda
- Minskning hyrpersonal
- Minskning vikarier/timanställda
- Vakanshållning alt. anställningsstopp
- Minskning övertid
- Åtgärder inom schemaläggning
- Åtgärder anställningsavtal/arbetstidsavtal
- Annat

Underkategorier till kategori personal visar att den ekonomiska effekten av åtgärder främst är kopplade till att minska antalet anställda (378 mnkr). Mindre men tillika betydande andelar utgörs av minskning av hyrpersonal (140 mnkr) och vakanshållning alternativt anställningsstopp (122 mnkr), se figur 13. Figur 14 visar fördelningen i procent.

Figur 13 - Underkategorisering av kategori personal för samtliga förvaltningar, angivet i miljoner kronor, för år 2023-2024



Figur 14 - Underkategorisering av kategori personal för samtliga förvaltningar, angivet i procent, för år 2023-2024



PwC konstaterar

- En stor andel av åtgärderna för 2023 och 2024 avser strukturella åtgärder som syftar till större förändringar av sjukhusförvaltningarnas uppdrag och/eller regionens utbudspunkter. Givet att denna typ av förändringar tar tid, bedömer PwC att den förväntade effekten är orealistisk för angiven tidsperiod.
- Omfattande åtgärder avser personalminskningar, vilket sett till kostnadsmassan bedöms som ändamålsenligt. Däremot bedömer PwC genomförbarheten för denna åtgärd som låg.

Minskning av läkemedelskostnader förväntas ge viss ekonomisk effekt

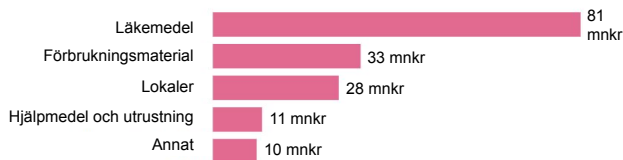
Underkategorier för kategori material, hjälpmedel, lokaler och läkemedel

Inom kategori material, hjälpmedel, lokaler och läkemedel har följande underkategorier använts:

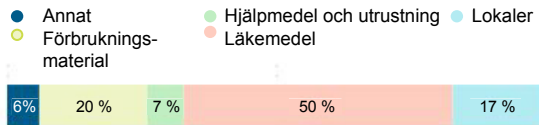
- Förbrukningsmaterial
- Hjälpmedel och utrustning
- Lokaler
- Läkemedel
- Annat

Nedbrytning till underkategorier för kategori material, hjälpmedel, lokaler och läkemedel visar att den ekonomiska effekten av åtgärder främst är kopplade till att få ner kostnader för läkemedel (81 mnkr) följt av förbrukningsmaterial (33 mnkr) och lokaler (28 mnkr), se figur 15. Figur 16 visar fördelningen i procent.

Figur 15 - Underkategorisering av kategori material, hjälpmedel, lokaler och läkemedel för samtliga förvaltningar, angivet i miljoner kronor, år 2023-2024



Figur 16 - Underkategorisering av kategori material, hjälpmedel, lokaler och läkemedel för samtliga förvaltningar, angivet i procent, år 2023-2024



Underkategorisering Övrigt

Inom kategorin Övrigt har följande underkategorier använts:

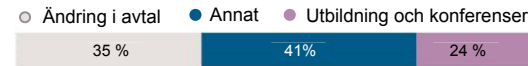
- Utbildning och konferenser
- Ändring i avtal (externa tjänster och service)
- Annat

Resultatet av nedbrytning till underkategorier för kategorin Övrigt visar att den ekonomiska effekten av åtgärderna är kopplade till ändring i avtal (43 mnkr) och utbildning och konferenser (28 mnkr). Den största delen är dock kopplat till annat (49 mnkr), se figur 17. Underkategori "annat" består av olika typ av åtgärder som inte passat in i framtagna underkategorier. Figur 18 visar fördelningen i procent.

Figur 17 - Fördelning i procent, underkategorisering av kategori övrigt, samtliga förvaltningar, angivet i miljoner kronor, 2023-2024



Figur 18 - Fördelning i procent, underkategorisering av kategori Övrigt, samtliga förvaltningar, angivet i procent, år 2023-2024



Sammanfattande analys av bristande verkställighet av åtgärdsplaner

Svårt att skapa en överblick då enhetligt arbetssätt saknas

Som konstaterats saknas det ett enhetligt arbetssätt med åtgärdsplanerna för en ekonomi i balans. Det medför svårigheter för koncernkontoret att bedöma och följa upp den totala ekonomiska effekten som åtgärderna förväntas ge. Det är nödvändigt att åtgärdsplanerna utformas på ett sätt där de beslutade åtgärderna beskrivs i termer av förväntad ekonomisk effekt.

Den finns utmaningar i den nuvarande decentraliserade styrningen avseende verkställigheten av åtgärderna, vilket försvårar såväl genomförande som ansvarsutkrävande. Genom att utarbeta koncerngemensamma riktlinjer och en gemensam process och metodik för arbetet med åtgärdsplaner, kan vissa av dessa utmaningar adresseras.

Förväntad ekonomisk effekt förutsätter rätt typ av åtgärder

Det finns ett flertal åtgärder som bedöms vara svåra att verkställa i praktiken, exempelvis minskning av antal anställda. Det finns också flertal åtgärder som har en låg ekonomisk effekt även om de verkställs.

Vad gäller åtgärden minskning av personal, noterar PwC att VGR historiskt sett inte har använt sig av varsel och uppsägningar, vilket är det förfaringsätt som sannolikt skulle krävas för att verkställa personalminskningar.

Positiva ekonomiska effekter av åtgärderna kan till viss del ha motverkats av andra kostnadsökningar och/eller att åtgärden inte hade den resultatpåverkande effekt som förväntades.

Det är viktigt att säkerställa att åtgärderna verkställs samt leder till avsedd effekt. För detta krävs ändamålsenliga arbetssätt för att identifiera, genomföra och följa upp åtgärdsplanerna.

Behov av långsiktig och tydlig styrning

Det ligger ett stort ansvar för verkställighet av åtgärdsplanerna på verksamhetscheferna. Det görs sällan någon analys av varför åtgärder inte genomförs. Även om verksamhetscheferna har fått ett delegerat ansvar att genomföra åtgärder, bör förvaltningsledningen säkerställa verkställighet.

I etablering av ett ändamålsenligt arbetssätt med åtgärdsplaner ingår att säkerställa en väl avvägd planeringshorisont. Nuvarande åtgärdsplaner omfattar år 2023 och 2024 vilket bedöms vara ett alltför kort tidsperspektiv för att strukturella förändringar ska få genomslag.

Behovet av koncerngemensamma strukturella åtgärder återspeglas inte åtgärdsplanerna. Denna brist har delvis adresserats under 2023 genom RSLE (regional särskild ledning för ekonomi i balans).

Det är önskvärt med en större tydlighet avseende beslutsmandat för strukturella åtgärder som exempelvis förändrade utbudspunkter.

5

Ekonomisk analys och jämförelser



Innehåll kapitel 5

Detta kapitel innehåller en ekonomisk omvärldsanalys i jämförelse med andra regioner samt en jämförelse mellan sjukhusförvaltningarna inom VGR.

5.1

Jämförelse med andra regioner och sjukhus

Detta avsnitt ger en inblick i en kostnadsjämförelse mellan VGR och andra regioner samt jämförelse med liknande sjukhus. Jämförelse utgår från offentliga nyckeltal. I Appendix A.4. återfinns beskrivning av jämförelsegrupperna och vilka sjukhus som valts ut i jämförelsen med VGR.

Avsnittet är uppdelat i följande delavsnitt:

- Jämförelse med andra regioner
- Jämförelse med andra liknande sjukhus

5.2

Ekonomisk analys mellan sjukhusförvaltningarna

I detta avsnitt innehåller en ekonomisk analys mellan sjukhusförvaltningarna inom VGR för perioden 2019-2022 (2023). Jämförelse där indexering förekommer utgår från 2019 som basår.

Avsnittet är uppdelat i följande delavsnitt:

- Intäkter och kostnader
- Budgetavvikelser
- Kostnadsutveckling
- Personalutveckling
- Nyckeltal - ekonomi och produktion
- Utveckling under 2023

5.1

Jämförelse med andra regioner och sjukhus

VGR har en lägre total nettokostnad jämfört med liknande regioner och genomsnittet för alla regioner

VGR:s totala nettokostnad per invånare var år 2022 lägre än nettokostnaden i liknande regioner och än genomsnittet för alla regioner, se Figur 19.

Under perioden 2018-2022 har VGR:s nettokostnad per invånare ökat med 10,4 procent, medan liknande regioner har ökat med 13,7 procent. Den genomsnittliga ökningen för samtliga regioner är 14,0 procent.

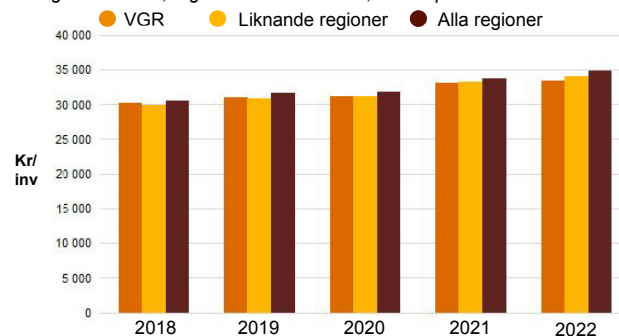
Nettokostnadsandel för hälso- och sjukvård

Av den totala nettokostnaden i VGR utgör nettokostnaden för hälso- och sjukvård en lägre andel än snittet för alla regioner, se Figur 20. Skillnaden är fyra procentenheter, motsvarande ca 3 100 kronor per invånare. Den näst största andelen av nettokostnaden utgörs av kostnaden för regional utveckling. 13 procent av VGR:s nettokostnad är hänförlig till regional utveckling, vilket är fem procentenheter högre än genomsnittet för alla regioner, vilket motsvarar ca 1 700 kronor per invånare.

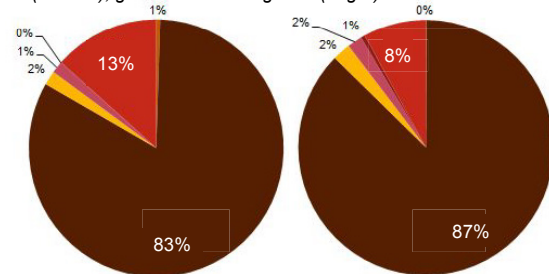
PwC konstaterar

- VGR har en fördelning av nettokostnader där hälso- och sjukvården står för en mindre andel och regional utveckling en större andel av kostnaderna än genomsnittet i samtliga regioner.

Figur 19 - 2022, regionens nettokostnad, kronor per invånare



Figur 20 - 2022, fördelning nettokostnad i procent, olika områden. VGR (vänster), genomsnitt alla regioner (höger)



- Jämförelsestörande poster region, kr/inv
- Nettokostnad hälso- och sjukvård totalt (inkl. läkemedel), kr/inv
- Nettokostnad tandvård (exkl. läkemedel), kr/inv
- Nettokostnad pensionsutbetalningar och ränteintäkter, kr/inv
- Nettokostnad politisk verksamhet, kr/inv
- Nettokostnad regional utveckling totalt, kr/inv

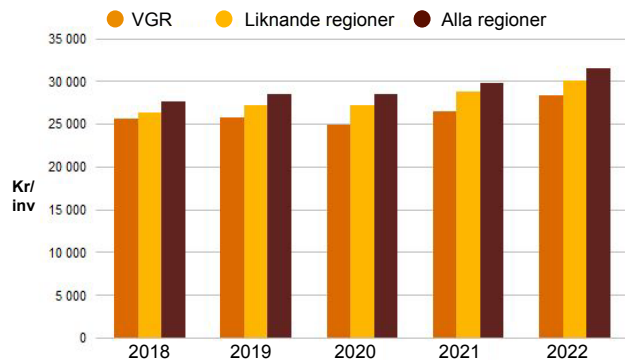
En mindre nettokostnadsandel fördelas till den somatiska vården i VGR jämfört med genomsnittet för alla regioner

Nettokostnad för hälso- och sjukvården

VGR redovisar under åren 2018-2022 genomgående en lägre nettokostnad per invånare för hälso- och sjukvård än liknande regioner och än genomsnittet för alla regioner, se Figur 21.

År 2022 var VGR:s nettokostnad per invånare 5,5 procentenheter lägre än liknande regioner och 10,0 procentenheter lägre än genomsnittet för alla regioner.

Figur 21 - 2018–2022, regionens nettokostnad hälso- och sjukvård, kronor per invånare



Fördelning nettokostnad i procent

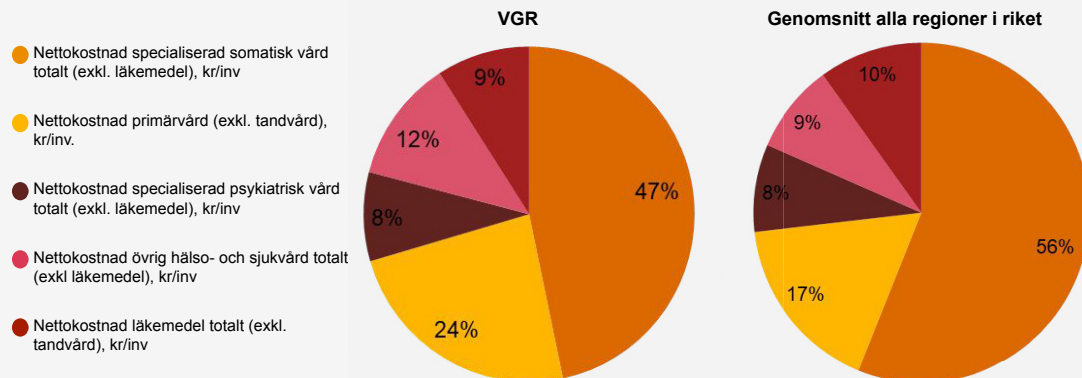
Den specialiserade somatiska vården utgör den största andelen av nettokostnaden, se Figur 22. VGR redovisar dock en lägre nettokostnad (nio procentenheter) jämfört med genomsnittet för alla regioner. Primärvården står för en större andel av nettokostnaderna i VGR i jämförelse med genomsnittet i alla regioner. Skillnaden motsvarar sju procentenheter. Noterbart är även att VGR redovisar en jämförelsevis hög andel av nettokostnaden för övrig hälso- och sjukvård. Övrig hälso- och sjukvård avser delområdena ambulans- och sjuktransporter, sjukresor, social verksamhet,

handikappverksamhet/ hjälpmedelsverksamhet, folkhälsöfrågor samt FoU avseende hälso- och sjukvård.

PwC konstaterar

- VGR fördelar en mindre andel av nettokostnaderna till den somatiska vården samtidigt som VGR fördelar en större andel av nettokostnaderna till primärvården.

Figur 22 - Fördelning nettokostnad i procent, olika områden inom hälso- och sjukvård. VGR (vänster), genomsnitt alla regioner (höger)

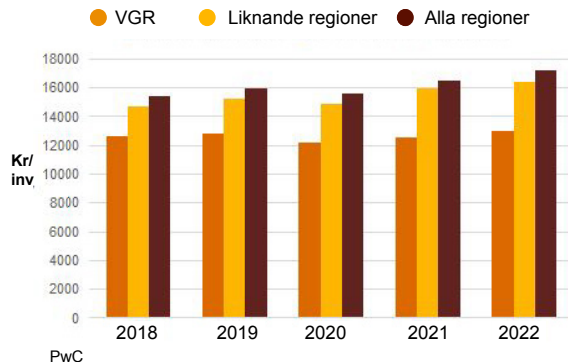


VGR har en lägre nettokostnad för den somatiska vården jämfört med liknande regioner och genomsnittet för alla regioner

Nettokostnaden per invånare för specialiserad somatisk vård

Nettokostnaden per invånare för specialiserad somatisk vård har under perioden varit lägre i VGR än i jämförelsegrupperna, se Figur 23. År 2022 var VGR:s kostnad per invånare 20,8 procentenheter (ca 3 400 kronor per invånare) lägre än i liknande regioner och 25,0 procentenheter (ca 4 200 kronor per invånare) lägre än genomsnittet i alla regioner.

Figur 23 - Nettokostnad specialiserad somatisk vård, kr per invånare

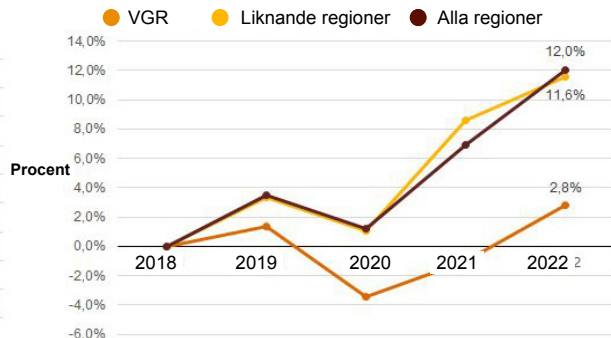


Utveckling av nettokostnad inom specialiserad somatisk vård

VGR:s nettokostnad har ökat med 2,8 procent under perioden, se Figur 24. Kostnaden i liknande regioner har ökat med 11,6 procent och genomsnittet för alla regioner med 12,0 procent.

Nettokostnaden i VGR minskade år 2020 och 2021, vilket skiljer sig mot jämförelsegrupperna, som haft en ökad kostnad samtliga år.

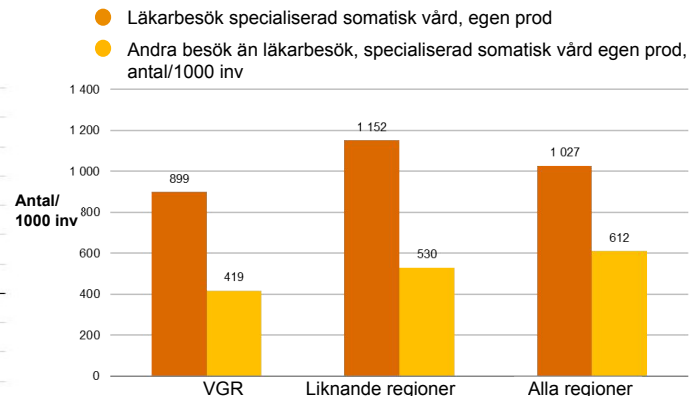
Figur 24 - Utveckling nettokostnader i procent, specialiserad somatisk vård



Antalet läkarbesök och andra besök inom den somatiska vården

Läkarbesök och andra besök inom specialiserad somatisk vård är besök som sker inom dagsjukvården och inom mottagningsverksamheten. VGR redovisade år 2022 färre läkarbesök inom den specialiserade somatiska vården och även färre andra besök än jämförelsegrupperna liknande regioner och genomsnittet i alla regioner år 2022 (se Figur 25).

Figur 25 - Läkarbesök och andra besök än läkarbesök

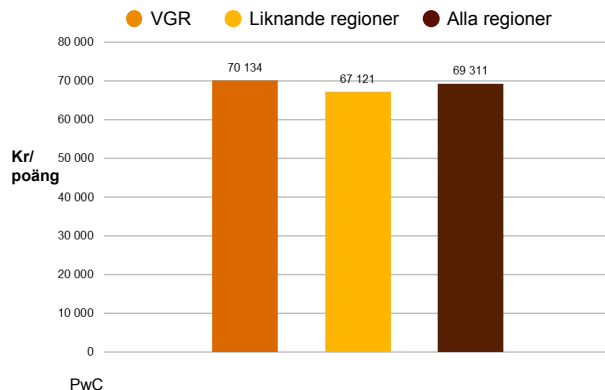


Kostnad per DRG-poäng är högre jämfört med liknande regioner och genomsnittet för alla regioner inom den öppna somatiska vården men lägre inom den slutna somatiska vården

Kostnad per DRG-poäng inom den öppna somatiska vården

I jämförelse med liknande regioner och genomsnittet i alla regioner hade VGR år 2022 en högre kostnad per producerad DRG-poäng, inom den öppna somatiska vården, se Figur 26. De ger indikationer om en något lägre produktivitet än jämförelsegrupperna.

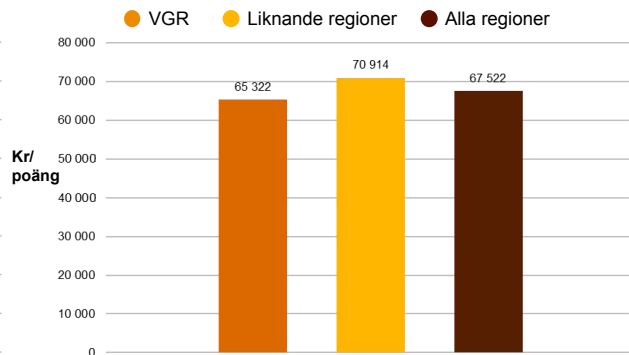
Figur 26 - 2022 i jämförelse, kostnad per producerad DRG-poäng i öppen somatisk sjukhusvård, kr/DRG-poäng



Kostnad per DRG-poäng inom den slutna somatiska vården

Inom den slutna somatiska vården hade istället VGR en lägre kostnad per producerad DRG-poäng, se Figur 27. De ger indikationer om en något högre produktivitet än jämförelsegrupperna.

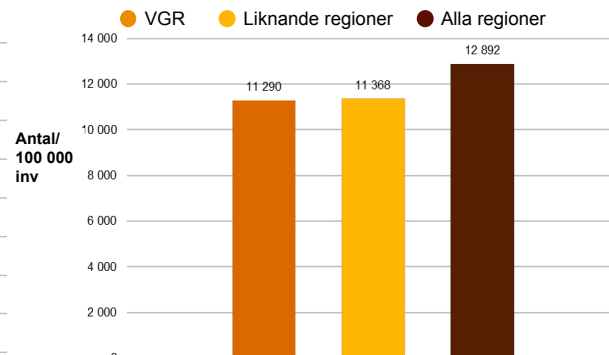
Figur 27 - 2022 i jämförelse, kostnad per producerad DRG-poäng i slutna somatisk sjukhusvård, kr/DRG-poäng



Antalet vårdtillfällen inom den somatiska slutenvården

Ett vårdtillfälle är en beräkning av antalet patienter som skrivs in och ut inom ett medicinskt verksamhetsområde, till exempel klinik, basenhet eller motsvarande. När en inskrivning sker ställs en vårdplats till patientens förfogande. Antalet vårdtillfällen i specialiserad somatisk slutenvård per 100 000 invånare var år 2022 i nivå med liknande regioner, men lägre än genomsnittet för alla regioner, se Figur 28.

Figur 28 - Vårdtillfällen i specialiserad somatisk slutenvård, antal/100 000 invånare



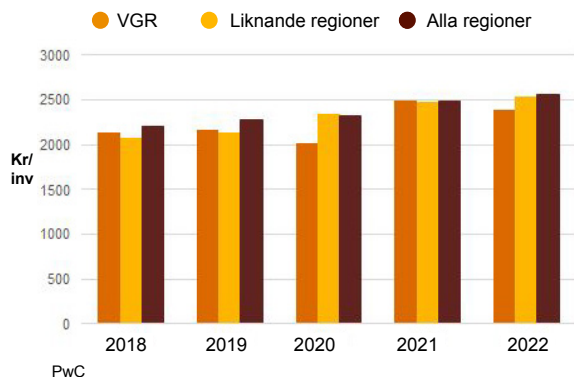
Utvecklingen av nettokostnader inom den specialiserade psykiatriska vården är lägre i VGR jämfört med liknande regioner och genomsnittet för alla regioner

Nettokostnad specialiserad psykiatrisk vård

VGR:s nettokostnad per invånare för den specialiserade psykiatriska vården var år 2022 5,7 procentenheter lägre än i liknande regioner och 7,0 procentenheter lägre än genomsnittet för alla regioner, se Figur 29.

Under perioden 2018-2022 har nettokostnaden för den psykiatriska vården varierat i relation till jämförelsegrupperna men VGR redovisar en tydlig minskning 2020 till skillnad från jämförelsegrupperna.

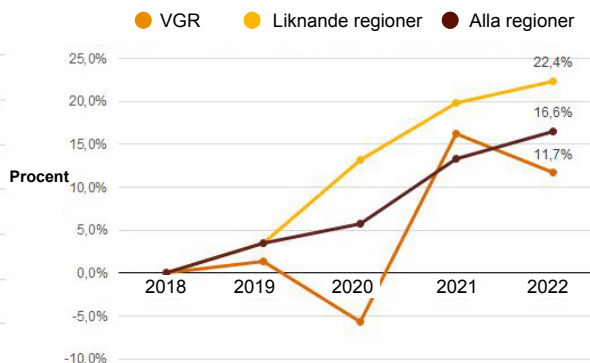
Figur 29 - Nettokostnad specialiserad psykiatrisk vård, kr per invånare



Utveckling av nettokostnad inom specialiserade psykiatriska vården

Nettokostnaden för den specialiserade psykiatriska vården i VGR har sedan år 2018 ökat med 11,7 procent, vilket är lägre än utvecklingen i jämförelsegrupperna, se Figur 30. Den genomsnittliga ökningen i alla regioner uppgår till 16,6 procent och i liknande regioner till 22,4 procent.

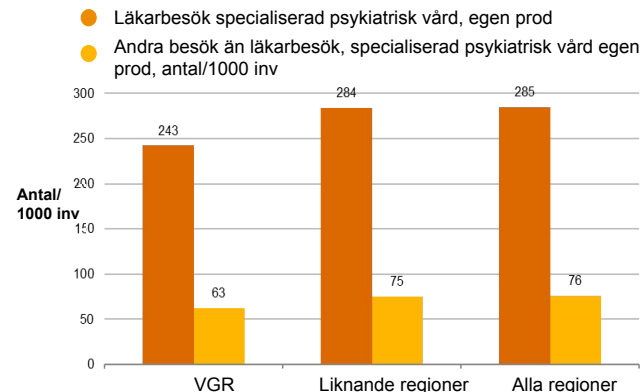
Figur 30 - Utveckling nettokostnader i procent, specialiserad psykiatrisk vård



Antalet läkarbesök och andra besök inom den psykiatriska vården

VGR redovisade år 2022 färre läkarbesök och andra besök inom den specialiserade psykiatriska vården än jämförelsegrupperna, se Figur 31.

Figur 31 - Antalet läkarbesök och andra besök inom den psykiatriska vården

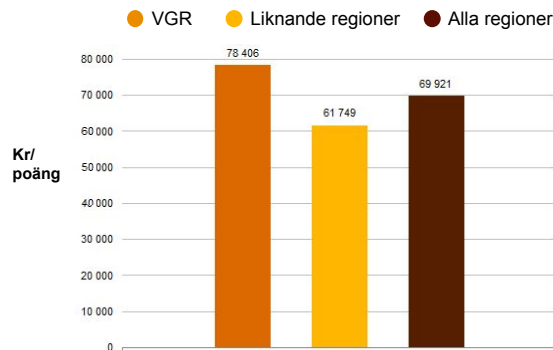


Kostnad per DRG-poäng är högre inom den öppna psykiatriska vården än i liknande regioner och genomsnittet för alla regioner men lägre inom den slutna psykiatriska vården

Kostnad per DRG-poäng inom den öppna psykiatriska vården

I jämförelse med liknande regioner och genomsnittet i alla regioner hade VGR år 2022 en högre kostnad per producerad DRG-poäng, inom den öppna psykiatriska vården, se Figur 32. De ger indikationer om en något lägre produktivitet än jämförelsegrupperna.

Figur 32 - 2022 i jämförelse, kostnad per producerad DRG-poäng i öppen psykiatrisk vård, kr/DRG-poäng

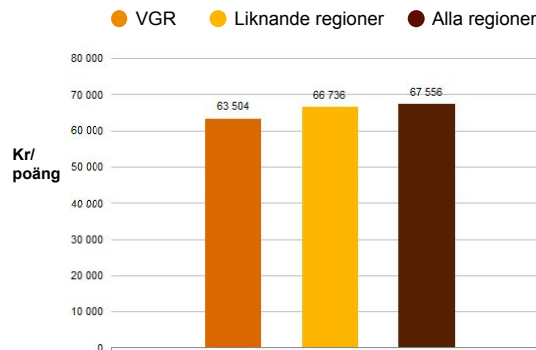


PwC

Kostnad per DRG-poäng inom den slutna psykiatriska vården

Inom den slutna psykiatriska vården hade istället VGR en lägre kostnad per producerad DRG-poäng se Figur 33. De ger indikationer om en något högre produktivitet än jämförelsegrupperna.

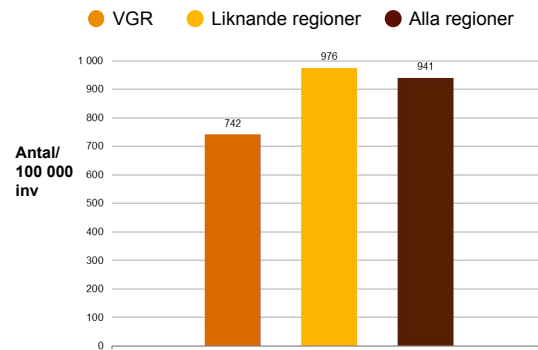
Figur 33 - 2022 i jämförelse, kostnad per producerad DRG-poäng i slutna psykiatrisk vård, kr/DRG-poäng



Antalet vårdtillfällen inom den psykiatriska slutenvården

Antalet vårdtillfällen i specialiserad psykiatrisk slutenvård per 100 000 invånare var år 2022 lägre i VGR gentemot liknande regioner och snittet för alla regioner, se Figur 34.

Figur 34 - Vårdtillfällen i specialiserad psykiatrisk slutenvård, antal/100 000 invånare



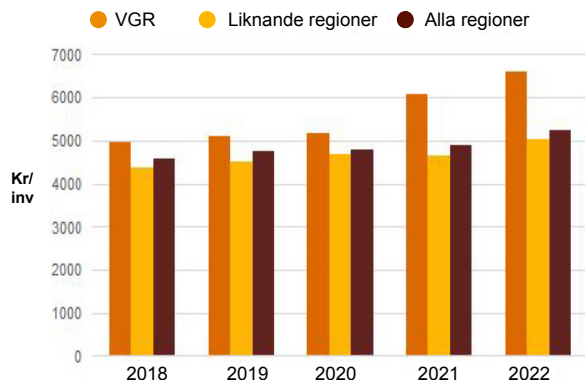
VGR har en högre nettokostnad för primärvården jämfört med liknande regioner och jämfört med genomsnittet i alla regioner

Nettokostnad primärvård

VGR redovisar en jämförelsevis hög nettokostnad per invånare för primärvården åren 2018-2022, se Figur 35. Skillnaden i kostnadsnivå till jämförelsegrupperna har ökat markant under åren 2021 och 2022.

År 2022 var VGR:s nettokostnad för primärvård 31,4 procentenheter (ca 1 600 kronor per invånare) högre än liknande regioner och 26,0 procentenheter (1 400 kronor per invånare) högre än genomsnittet

Figur 35 - Nettokostnad primärvård, kr per invånare

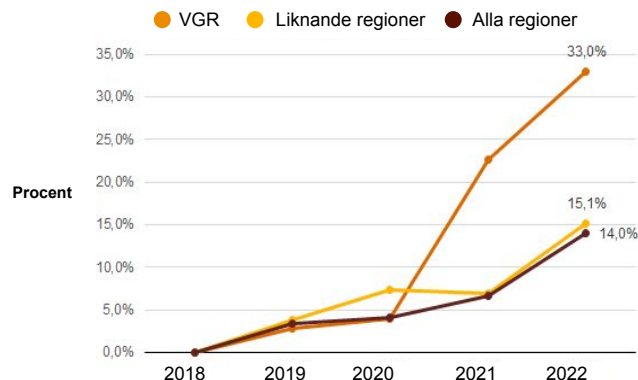


PwC

för alla regioner. Av intervjuer och information från den politiska ledningen så uppfattas att VGR har prioriterat och satsat särskilt på primärvården.

Nettokostnaden för primärvården i VGR har sedan år 2018 ökat med 33,0 procent, vilket är högre än utvecklingen i jämförelsegrupperna, se Figur 36. Kostnaden har ökat med 14,0 procent i genomsnitt för alla regioner och 15,1 procent i liknande regioner. Det är främst 2021 och 2022 som VGR:s kostnadsökning är noterbart högre.

Figur 36 - Utveckling nettokostnader i procent, primärvård



PwC konstaterar

- Somatisk vård bedrivs i VGR på en kostnadsnivå som understiger såväl liknande regioner som genomsnittet för alla regioner.
- DRG-poäng visar att VGR har en aning högre kostnadsnivå för öppen psykiatrisk vård men lägre inom psykiatrisk slutenvård.
- Primärvården inom VGR har en markant högre kostnadsnivå än liknande regioner och genomsnittet för alla regioner.

VGR har högre nettokostnad för övrig hälso- och sjukvård än liknande regioner och genomsnittet för alla regioner

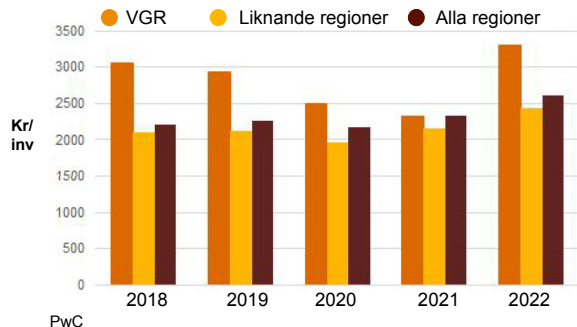
Nettokostnad övrig hälso- och sjukvård

VGR redovisar högre nettokostnader per invånare för övrig hälso- och sjukvård i jämförelse med liknande regioner och genomsnittet i alla regioner, se Figur 37. Kostnaderna minskade 2018-2021 men har därefter ökat igen.

År 2022 var VGR:s nettokostnad 35,3 respektive 26,0 procentenheter högre än i liknande regioner och genomsnittet i alla regioner.

Sammantaget har nettokostnaden inom VGR ökat med 8,1 procent sedan 2018. Detta är en lägre ökningstakt än genomsnittet för alla regioner (18,7 procent) och liknande regioner (16,2 procent), VGR ligger dock på en högre kostnadsnivå år 2022.

Figur 37 - Nettokostnad övrig hälso- och sjukvård, kr per invånare



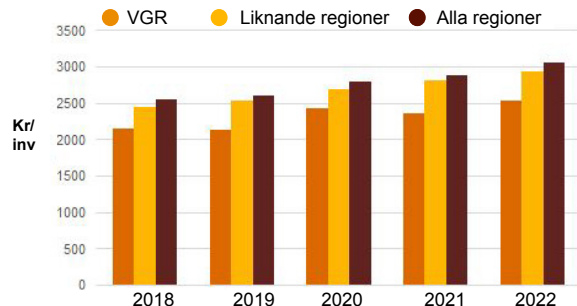
Nettokostnad läkemedel

Nettokostnaderna per invånare för läkemedel i VGR har legat på en lägre nivå än jämförelsegrupperna, se Figur 38.

År 2022 redovisade VGR en lägre nettokostnad för läkemedel på 14,0 procentenheter gentemot liknande regioner och 17,0 procentenheter lägre än genomsnittet i alla regioner.

Nettokostnaden för läkemedel i VGR har under perioden 2018-2022 ökat med 17,7 procent, vilket är lägre än utvecklingen i jämförelsegrupperna. Ökningen för genomsnittet i alla regioner uppgår till 20,0 procent och i liknande regioner till 20,3 procent under samma period.

Figur 38 - Nettokostnad läkemedel, kr per invånare



Jämförelser mellan sjukhusförvaltningarna i VGR och liknande sjukhus i riket

Urvalskriterier

I syfte att belysa produktion och produktivitet i sjukhusförvaltningarna i VGR har en jämförelse gjorts med andra sjukhus i landet. Det finns ett mindre antal nyckeltal i den offentliga statistiken som bryts ner på sjukhusnivå och urvalet av nyckeltal är således begränsat.

Av intervjuer med sjukhusförvaltningarna har det framkommit att majoriteten av förvaltningarna idag inte gör jämförelser med sjukhus utanför regionen med regelbundenhet. I det fall jämförelser görs med andra sjukhus uppfattas dessa i huvudsak göras inom specifika vårdområden, snarare än på övergripande sjukhusförvaltningsnivå.

Urvalet av sjukhus för denna jämförelse baseras på sjukhustyp, antal vårdplatser och antal anställda. En fördjupad beskrivning av urvalskriterier och statistiken finns i Appendix A.4. Till höger framgår vilka sjukhus som utgör jämförelsesjukhus för respektive sjukhusförvaltning.



Utvalda jämförelsesjukhus	
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	<ul style="list-style-type: none">• Karolinska Universitetssjukhuset• Akademiska sjukhuset• Universitetssjukhuset i Linköping• Universitetssjukhuset i Örebro• Norrlands Universitetssjukhus
NU-sjukvården	<ul style="list-style-type: none">• Södersjukhuset• Danderyds sjukhus• Centralsjukhuset Karlstad
Skaraborgs Sjukhus	<ul style="list-style-type: none">• Gävle sjukhus• Länssjukhuset i Kalmar
Södra Älvsborgs Sjukhus	<ul style="list-style-type: none">• Gävle sjukhus• Länssjukhuset i Kalmar• Centralsjukhuset Kristianstad• Blekingesjukhuset• Sunderby sjukhus
Sjukhusen i väster	<ul style="list-style-type: none">• Helsingborgs lasarett• Södertälje sjukhus• Västerviks sjukhus• Hudiksvalls sjukhus• Skellefteå lasarett

Jämförelse av nyckeltal mellan sjukhusförvaltningarna i VGR och liknande sjukhus i riket

Nyckeltal i jämförelse med jämförbara sjukhus visar att det finns både positiva och negativa avvikelser.

Tabell 2 - Jämförelse med likartade sjukhus utanför regionen

	Sjukhustyp	Antal anställda	Antal vårdplatser*	Antal vårdtillfällen	Genomsnittligt antal vårdtillfällen/anställd	Jämförbara sjukhus (genomsnitt) antal vårdtillfälle/anställd	Medelvårdtid	Jämförbara sjukhus (genomsnitt) medelvårdtid
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Universitets-sjukhus	15 059	1 470	87 512	5,8	4,18	4,3	4,2
NU-sjukvården	Länssjukhus	4 138	565	33 527	8,1	9,65	4,4	3,64
Skaraborgs Sjukhus	Länssjukhus	3 898	533	33 109	8,5	9,65	4,0	3,64
Södra Älvsborgs Sjukhus	Länssjukhus	3 107	380	24 437	7,9	8,88	4,3	3,98
Sjukhusen i väster	Länsdels-sjukhus	2 551	280	14 961	5,9	8,28	5,0	3,52

*Antal vårdplatser avser somatisk slutenvård, primär slutenvård samt psykiatrisk heldygnsvård

Jämförelse av kostnad per DRG-poäng mellan sjukhusförvaltningarna i VGR och liknande sjukhus i riket

Tabell 3 - Jämförelse med likartade sjukhus utanför regionen (DRG-poäng)

Sjukhustyp		Andel inom 90 dagar, väntande operation/ åtgärd ** (%)	Kostnad per DRG-poäng i sluten och öppen somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i sluten och öppen somatisk specialiserad vård - jämförbara sjukhus	Kostnad per DRG-poäng i sluten somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i sluten somatisk specialiserad vård - Jämförbara sjukhus	Kostnad per DRG-poäng i öppen somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i öppen somatisk specialiserad vård - Jämförbara sjukhus
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Universitets-sjukhus	38	66 964	70 689	63 742	72 626	72 478	68 753
NU-sjukvården	Länssjukhus	57	60 759	64 339	58 413	60 050	64 230	68 629
Skaraborgs Sjukhus	Länssjukhus	58	62 658***	64 339	60 383***	60 050	66 052***	68 629
Södra Älvsborgs Sjukhus	Länssjukhus	54	67 577	64 908	64 323	62 274	71 954	67 542
Sjukhusen i väster	Länsdels-sjukhus	71	63 119	62 955	61 046	60 734	64 964	65 176

** Avser andel som väntat mindre än 90 dagar på operation/åtgärd per juli 2023

*** DRG-poäng avser enbart Skövde

Indikativt resultat av jämförelse med liknande sjukhus utanför VGR

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sahlgrenska Universitetssjukhuset redovisar en hög kostnad per DRG-poäng inom öppen somatisk vård men en låg kostnad inom slutna somatisk vård, i jämförelse med liknande sjukhus. Samtidigt är andelen patienter som får operation/åtgärd inom 90 dagar låg. Antalet vårdtillfällen per anställd är hög. Medelvårdtiden är i nivå med jämförbara sjukhus.

Södra Älvsborgs Sjukhus

Södra Älvsborgs Sjukhus redovisar en relativt hög kostnad per DRG-poäng både inom den öppna och slutna somatiska vården, i jämförelse med genomsnittet för liknande sjukhus. Drygt hälften av patienterna får operation/åtgärd inom 90 dagar. Antal vårdtillfällen per anställd är något lägre än jämförbara sjukhus. Medelvårdtiden är något högre än genomsnittet för liknande sjukhus.

NU-sjukvården och Skaraborgs Sjukhus

Bland länssjukhusen redovisar NU-sjukvården och Skaraborgs Sjukhus en relativt låg kostnad per DRG-poäng, både inom den öppna och slutna somatiska vården. Andelen patienter som får operation/åtgärd inom 90 dagar ligger på 57 respektive 58 procent. Antal vårdtillfällen per anställd är lägre än jämförbara sjukhus. Medelvårdtiden är något högre än genomsnittet för liknande sjukhus.

Sjukhusen i väster

Sjukhusen i väster redovisar en kostnad per DRG-poäng som är i nivå med genomsnittet för liknande länsdelssjukhus, både inom den öppna och slutna somatiska vården. En hög andel patienter, 71 procent, får operation/åtgärd inom 90 dagar. Antal vårdtillfällen per anställd är klart lägre än jämförbara sjukhus. Medelvårdtiden är högre än genomsnittet för liknande sjukhus.

Sammanfattande analys - jämförelse med andra regioner och sjukhus

VGR redovisar en annan fördelning mellan primärvård och somatisk vård jämfört med andra regioner

I jämförelse med liknande regioner och genomsnittet i alla regioner redovisar VGR en lägre nettokostnad för hälso- och sjukvård sammantaget. VGR redovisar även en annan sammansättning av vårdens kostnader jämfört med riket med en större nettokostnadsandel för primärvård och en mindre nettokostnadsandel för specialiserad somatisk vård.

Sammantaget uppfattas således en mindre andel av vårdens ekonomiska resurser riktas till den vård som bedrivs av sjukhusförvaltningarna.

Skillnad i produktivitet bedöms inte motsvara kostnadsskillnaden

Inom den specialiserade somatiska vården har VGR under en längre tid redovisat lägre nettokostnader per invånare. År 2022 motsvarade skillnaden 20,8 procent jämfört med liknande regioner och 25,0 procent jämfört med snittet för alla regioner.

För den specialiserade somatiska vården finns ett fåtal nyckeltal som belyser produktivitet på en övergripande nivå t.ex. kostnad per DRG-poäng. Nyckeltalen för kostnad per DRG-poäng visar att VGR år 2018-2022 redovisat en högre kostnad per DRG-poäng än jämförelsegrupperna inom den öppna somatiska vården men en lägre kostnad per DRG-poäng inom den slutna specialiserade vården.

Sammanfattningsvis har jämförelsen med andra regioner visat att VGR bedriver en specialiserad somatisk vård på en kostnadsnivå som understiger jämförelsegruppernas. Det bedöms dock inte finnas skillnader i produktionen som motsvarar skillnaden i kostnader. En fortsatt fördjupad analys av produktiviteten i respektive sjukhusförvaltning bör genomföras av VGR.

Relationen mellan primärvårdens och slutenvårdens resurser och produktion och bör utredas

PwC har, inom ramen för denna utredning, inte undersökt hur långt VGR kommit i omställningen till god och nära vård, där primärvården är en av de centrala aktörerna genom förväntad ökad produktion. Detta skulle kunna vara en förklaring till primärvårdens jämförelsevis höga kostnadsläge och den specialiserade somatiska vårdens jämförelsevis låga kostnadsläge. Det kan också finnas andra förklaringsfaktorer. Utifrån detta rekommenderar PwC att VGR analyserar och säkerställer att vårdproduktionen motsvarar resurstilldelning för respektive utförare.

5.2

Ekonomisk jämförelse mellan sjukhusförvaltningarna

Sjukhusförvaltningarnas kostnadsutveckling har överstigit intäktsutvecklingen

Jämförelse av intäkter och kostnader på förvaltningsnivå

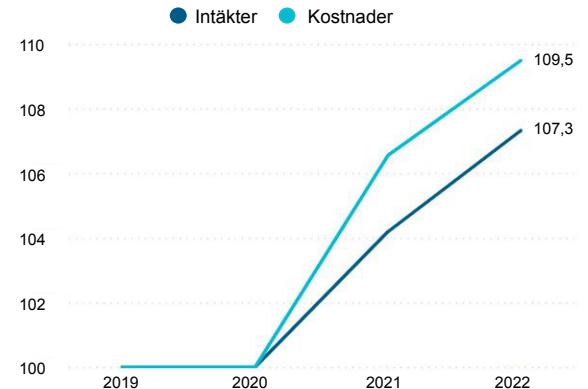
Då budgetomslutningen skiljer sig åt mellan sjukhusförvaltningarna, har PwC skapat ett index med basår 2019 för att möjliggöra jämförelser. Intäkter och kostnader följer varandra i den uppåtgående trenden inom VGR, se Figur 39. Från år 2020 (inkl. Sjukhusen i väster) till 2022 noteras att kostnaderna har ökat med 9,5 procent där den största ökningen inträffade mellan 2020 och 2021. Intäkterna har ökat med 7,3 procent och har således inte ökat lika mycket som kostnaderna. Det totala gapet som uppstår mellan intäkterna och kostnader (inklusive flytt av vård) är omkring 700 mnkr varje år under perioden bortsett från utvecklingen 2019-2020, se Figur 39. Under 2020 tillskötts medel i form av bokslutsdisposition från regionstyrelsen samt statsbidrag för att täcka ökade kostnader för pandemin, vilket gör att det i diagrammet inte skett någon utveckling under det året.

Vid jämförande av trenderna mellan de olika sjukhusförvaltningarna, noteras att de ser olika ut mellan år 2019 och 2022.

- NU-sjukvården har en ökande trend för både intäkter och kostnader men intäkterna har ökat mer än kostnaderna. Kostnaderna har ökat med 3 procent och intäkterna med 6 procent.

- Södra Älvsborgs Sjukhus har minskat sina kostnader medan intäkterna har ökat något. Kostnaderna har minskat med ca fyra procent och intäkterna har ökat med en procent.
- De tre övriga sjukhusförvaltningarna har en trend där kostnaderna har ökat mer än intäkterna. Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skaraborgs Sjukhus uppvisar en skillnad som är mellan en till tre procentenheter. Sjukhusen i väster särskiljer sig med en skillnad på sex procentenheter mellan kostnader och intäkter.

Figur 39 - Indexerad intäkts- och kostnadsutveckling (inkl. flytt av vård)

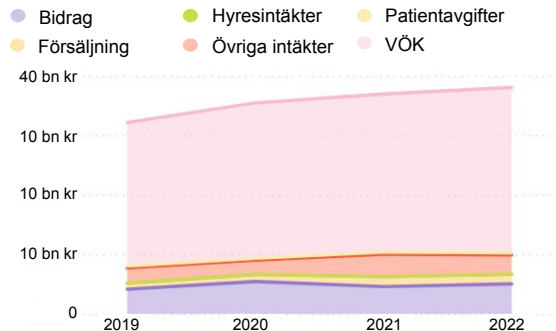


Den största andelen av intäkterna kommer från vårdöverenskommelsen

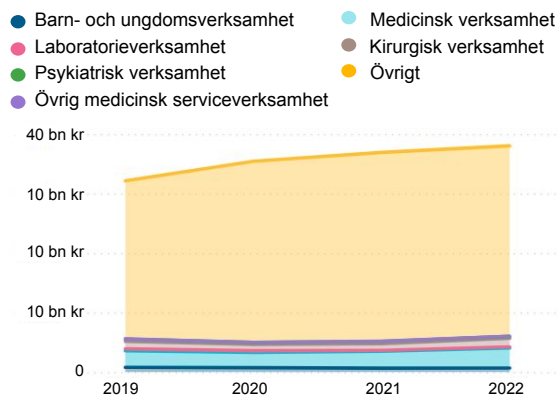
Intäkterna sätter förutsättningarna för sjukhusförvaltningarna att bedriva sin verksamhet. Cirka 75 procent av intäkterna kommer från vårdöverenskommelsen (benämns uppdrag från 2024), se Figur 40. Utöver vårdöverenskommelsen består cirka 13 procent av bidrag/statsbidrag och cirka 8 procent av övriga intäkter. Försäljning av vård och patientavgifter är relativt små poster i sammanhanget och utgör cirka 2,5 respektive en procent av de totala intäkterna, se Figur 40.

Utifrån datan går det inte att översiktligt utläsa vilka verksamheter som får ta del av intäkterna då de inte fördelas ut till respektive verksamhet. Enbart en liten del av intäkterna går att koppla till olika verksamheter, se Figur 41. De ekonomiska resurserna bibehålls istället centralt på respektive förvaltning som istället delar ut anslag till verksamheterna. Därav den stora intäktsposten som ligger på Övrigt i Figur 41.

Figur 40 - Intäkter per intäktskategori



Figur 41 - Intäkter per verksamhetstyp



Sjukhusförvaltningarna har en negativ kostnadsavvikelse mot budget sedan 2019

Kostnadsavvikelser mot budget på sjukhusförvaltningsnivå

Budgetavvikelsen för sjukhusförvaltningarna har mellan 2019 och 2022 pendlat mellan minus tre och minus sex, bortsett från år 2020 där avvikelsen blev mindre (-1,6 procent) se Figur 42, vilket kan härledas till stora tillskott av medel detta år.

Störst budgetavvikelse procentuellt för år 2022 hade följande sjukhusförvaltningar:

- Sjukhusen i väster, -6,0 procent
- Skaraborgs Sjukhus, -4,5 procent
- Södra Älvsborgs Sjukhus, -3,3 procent

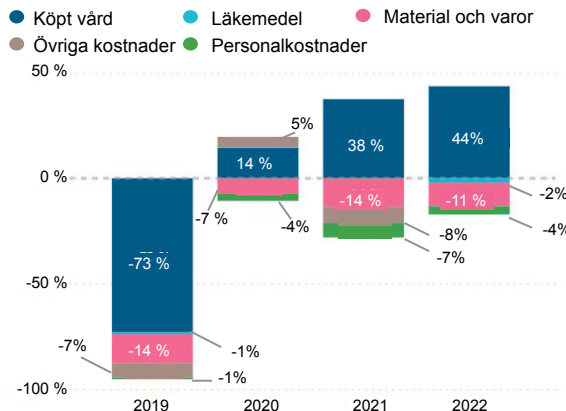
Figur 42 - Kostnadsavvikelser mot budget i procent per år



Kostnadsavvikelser i budget per kostnadspost

Budgetavvikelser uppstår inom olika kostnadsposter för sjukhusförvaltningarna. I Figur 43 består de största avvikelserna av köpt vård. Figur 44 visar kostnadsposterna utifrån Figur 43, dock exkluderat för köpt vård för att tydligare att avläsa avvikelserna för kostnadsposterna, då köpt vård utgör en stor del av avvikelsen i Figur 43.

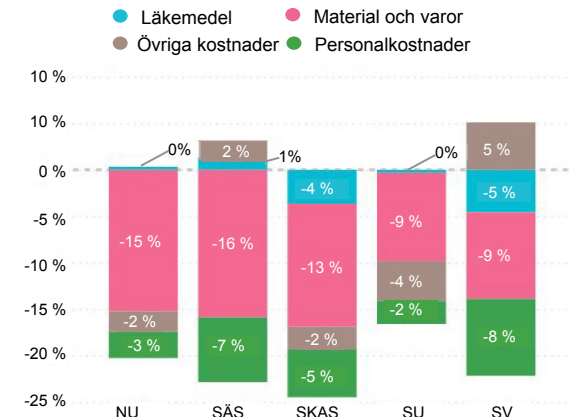
Figur 43 - Kostnadsavvikelser mot budget i procent per kostnadspost och år



De största negativa avvikelserna i Figur 44 är inom kategorin material och varor där avvikelsen är mellan -16 och minus nio procent. Därefter kommer personalkostnadskategorin där avvikelserna är mellan minus åtta till minus två procent.

Inom kategorin övriga kostnader hade Sjukhusen i väster och Södra Älvsborgs Sjukhus en positiv avvikelse år 2022. Resterande sjukhus hade en negativ avvikelse för samma kostnadsslag.

Figur 44 - Kostnadsavvikelser mot budget i procent per kostnadspost och sjukhusförvaltning (exkl. köpt vård)



Kostnadsavvikelser varierar mellan sjukhusförvaltningar och verksamhetstyper

De verksamheter som visat störst negativa avvikelser totalt i regionen under 2022 är:

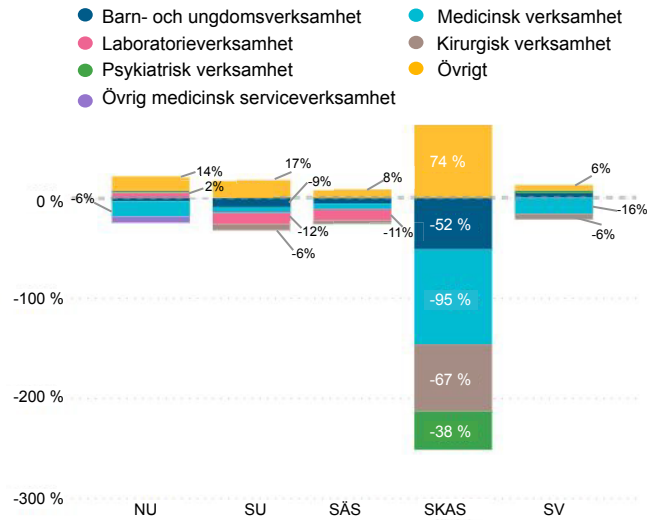
1. Barn- och ungdomsverksamhet 13,6 procent
2. Medicinsk verksamhet 13,5 procent
3. Kirurgisk verksamhet 11,7 procent

Nedbrytning av verksamheterna på sjukhusförvaltning (Figur 45) visar på följande:

- Barn och ungdomsverksamheten visar negativa avvikelser på mellan fyra och 48 procent. Det är framförallt Skaraborgs Sjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus och Sahlgrenska Universitetssjukhuset som skiljer ut sig.
- Inom medicinsk verksamhet ligger de största avvikelserna hos Skaraborgs Sjukhus, Sjukhusen i väster och NU-sjukvården.
- Laboratorieverksamheten visar både positiva och negativa avvikelser. NU-sjukvården har en positiv avvikelse medan Södra Älvsborgs Sjukhus och Sahlgrenska Universitetssjukhuset har en tydlig negativ avvikelse. Laboratorieverksamheten är centralt placerad på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och sjukhusen debiteras utifrån en intern prislista som bygger på Kostnad per patient (KPP).

Budgetavvikelser varierar mellan sjukhusförvaltningarna, vilket bland annat beror på att det finns olika principer för budgetarbetet i respektive förvaltnings budgetprocess och ekonomistyrning.

Figur 45 - Kostnadsavvikelser mot budget i procent per verksamhetstyp och sjukhusförvaltning, år 2022

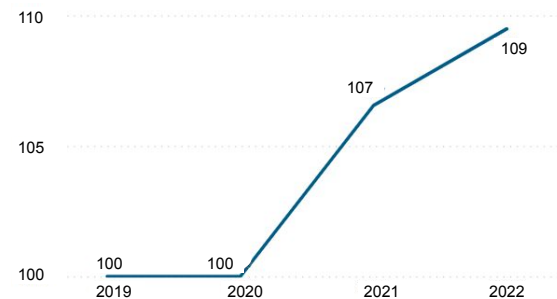


Ökade kostnader för sjukhusförvaltningarna sedan 2020

Den samlade bilden av samtliga sjukhusförvaltningar inom VGR är en kostnadsökning på cirka nio procent mellan 2020 och 2022, se Figur 46. Nettokostnaden för år 2022 (sjukhusförvaltningarna totalt) blev -767 mnkr vilket var en förbättring mot år 2021 med cirka 70 mnkr.

Den största procentuella kostnadsökningen står Sjukhusen i väster för tillsammans med Sahlgrenska Universitetssjukhuset, där kostnaderna ökat med 20 respektive 12 procent mellan 2019 och 2022 (Sjukhusen i väster har sitt basår 2020).

Figur 46 - Indexerad kostnadsutveckling, sjukhusförvaltningarna VGR

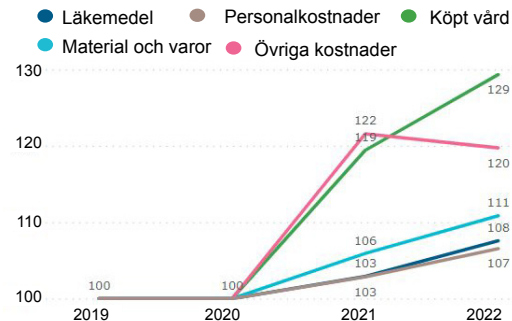


Kostnadsutveckling per sjukhusförvaltning

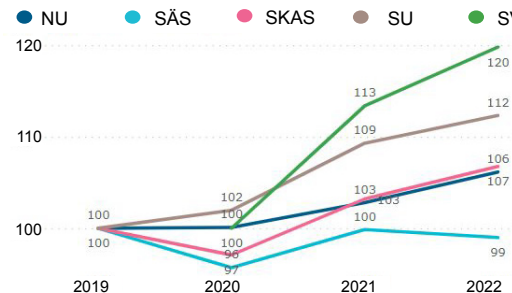
Den kostnadspost som står för den högsta kostnadsutvecklingen är köpt vård som ökat med 29 procent och de kostnader som ökat minst var personalkostnader med sju procent, se Figur 46. Köpt vård kan vara missvisande då posten har hanterats på olika sätt och belastat förvaltningar och regionen centralt på olika sätt under perioden. Det skiljer sig mellan sjukhusen gällande vilka typer av kostnader som ökat mest mellan 2019 och 2022, se Figur 47. Skillnader mellan sjukhusförvaltningarna beskrivs nedan och på nästkommande sida.

- **NU-sjukvården:** kostnaderna har totalt ökat med sex procent och det är kostnader inom läkemedel, material och varor som har ökat mest. Den ökningen har främst skett inom den psykiatriska- och medicinska verksamheten.
- **Södra Älvsborgs Sjukhus:** kostnaderna har en sjunkande trend, minus en procent under perioden. Inom Södra Älvsborgs Sjukhus har kostnaderna ökat inom läkemedel, material och varor men en minskning har skett inom personal och övriga kostnader. De verksamheter som stått för de största kostnadsminskningarna är laboratorieverksamheten och psykiatrin.

Figur 46 - Indexerad kostnadsutveckling per kostnadspost



Figur 47 - Indexerad kostnadsutveckling per sjukhusförvaltning



Sjukhusförvaltningarna har ökade kostnader för personal och läkemedel

- **Skaraborgs Sjukhus:** den totala kostnaden har ökat med sju procent under perioden. De drivande posterna är läkemedel, material och varor samt personalkostnader. De verksamheter som står för den största procentuella förändringen är psykiatri och barn- och ungdomsverksamheten.
- **Sahlgrenska Universitetssjukhuset:** den totala kostnadsökningen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset uppgår till 12 procent. De kostnadsposter som har haft störst ökning är material och varor och därefter personalkostnader. Personalkostnaderna har ökat inom samtliga verksamheter dock mest inom medicinsk och kirurgisk verksamhet.
- **Sjukhusen i väster:** kostnaderna har ökat med 20 procent sedan 2020. Det är kostnadsposten övriga kostnader som ökat mest, med 46 procent, följt av material och varor samt personalkostnader. Personalkostnaderna har ökat mest inom den medicinska verksamheten, med 22 procent.

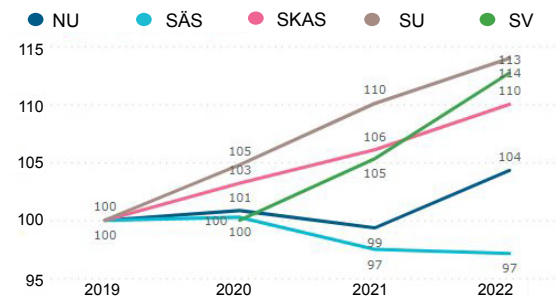
Kostnadsutveckling personalkostnader och läkemedel

Två stora kostnadsposter inom sjukhusförvaltningarna är personalkostnader och

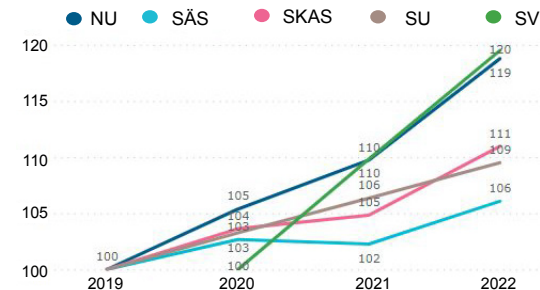
läkemedelskostnader. I jämförelser mellan sjukhusförvaltningarna inom dessa kostnadsposter går det att utläsa att personalkostnaderna har ökat mest hos Sahlgrenska Universitetssjukhuset tätt följt av Sjukhusen i väster, se Figur 48.

Läkemedelskostnaderna har ökat mest hos NU-sjukvården och Sjukhusen i väster där ökningen är cirka 20 procent under perioden, se Figur 49.

Figur 49 - Indexerad kostnadsutveckling, Personal



Figur 50 - Indexerad kostnadsutveckling, Läkemedel



Under perioden 2019 - 2022 har personalkostnaderna hos sjukhusförvaltningarna ökat med ca 4 miljarder kronor

Personalkostnadsutveckling övergripande nivå

Personalkostnaderna är den största kostnadsposten för sjukhusförvaltningarna. Under perioden 2019 - 2022 har personalkostnaderna ökat med sex procent, motsvarande cirka fyra miljarder kronor.

Personalkostnaderna kan brytas ner ytterligare för att identifiera de underliggande faktorerna för utvecklingen. De största avvikelserna finns inom Sjukhusen i väster, Skaraborgs Sjukhus och Södra Älvsborgs Sjukhus. Inom dessa sjukhusförvaltningar utgörs de största avvikelserna av posterna inhyrd personal och ej arbetad tid (semester, sjukdom etc).

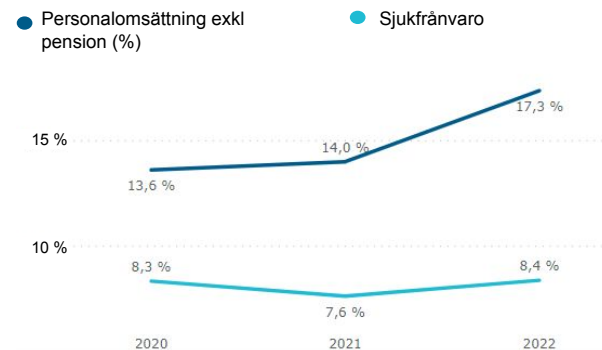
Generellt är budgetavvikelserna störst inom de personalkostnadskategorier som är lågt budgeterade eller där ingen budget finns alls. Mellan sjukhusförvaltningarna är det skillnader på vilken detaljnivå budgeten har lagts, vilket gör att dessa avvikelser uppstår inom olika personalkostnadskategorier inom sjukhusförvaltningarna. Lön för arbetad tid och sociala avgifter har inga större avvikelser men sjukhusen budgeterar då inte i någon större utsträckning för semeseersättning, traktamenten och övriga personalkostnader.

Två delar som påverkar personalkostnaderna är personalomsättning och sjukfrånvaro. För samtliga sjukhus finns en ökning av personalomsättningen (exkl pension) från 14 till 17 procent, se Figur 50. Sjukfrånvaron för år 2022 ligger på samma nivå som 2020, åtta procent. Sjukfrånvaron minskade till 2021 för att sedan öka igen. Det är bara Södra Älvsborgs Sjukhus som har en nedåtgående trend för perioden.

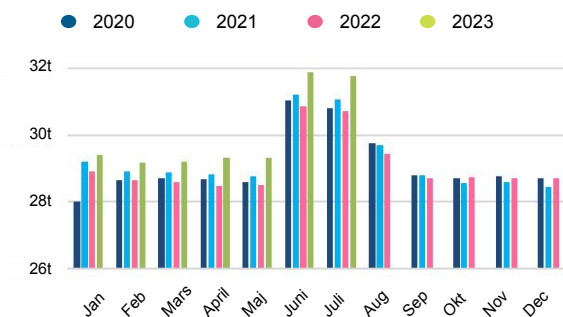
Totalt sett minskar antalet nettoårsarbetare under hela perioden 2019-2022, se Figur 51. Mellan 2020 och 2021 ökade antalet nettoårsarbetare med cirka 2500 för att sedan till 2022 minska med lika många.

Antalet nettoårsarbetare har fluktuerat något mellan åren, men antalet ligger på ungefär samma nivå som för 2020. Personalkostnaden har samtidigt ökat men inte mer än den generella löneökningen för sektorn under perioden (nio procent). Det ligger dock en stor kostnad under inhyrd personal.

Figur 50 - Personalomsättning och sjukfrånvaro per år



Figur 51 - Antal nettoårsarbetare per år för sjukhusförvaltningarna



Kostnaden för personal i relation till vårdkontakter och vårddygn har ökat

Den framtagna analysmodellen med ekonomisk- och produktionsdata möjliggör att ställa kostnader i relation till produktion för att utläsa trender inom produktivitet och effektivitet.

Analys av nyckeltal (KPI:er) kan ge en indikation på hur en verksamhet presterar och det möjliggör även jämförelser mellan sjukhusförvaltningarna.

De KPI:er som har tagits fram i analysmodellen kan analyseras utifrån två perspektiv; jämförelse mellan sjukhusförvaltningarna (med liknande inriktning) samt analys av trenden över tid. Två KPI:er som tagits fram är:

- Personalkostnader genom antal vårdkontakter (öppenvården)
- Personalkostnader genom vårddygn (slutenvården)

Personalkostnader avser den totala kostnaden (ej hyrpersonal) för posten. Personalkostnaderna är inte uppdelade på ett sådant sätt där det går att särskilja i detalj om det är öppenvård eller slutenvård. Detta beror på hur kostnader redovisas av respektive förvaltning i bokföringen och PwC uppfattar inte att det finns koncerngemensamma principer fullt ut för detta område. Vårdkontakter ger en bra indikation avseende öppenvården och vårddygn för slutenvården.

Båda dessa parametrar avser en övergripande nivå. Framtagna KPI:er kan bidra med en indikation för vidare analys. För att skapa en bättre förståelse för ekonomin, produktion och kvalitet (exempelvis vårdkvalitet, vårdköer och patientnöjdhet) behöver dessa parametrar sättas i relation till varandra.

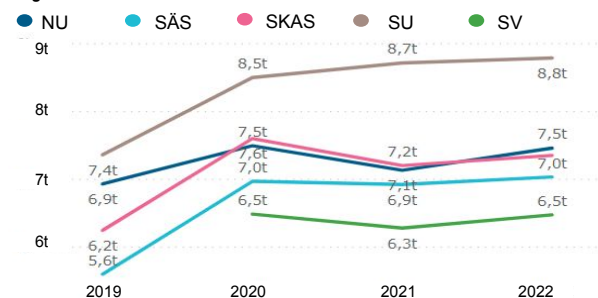
Jämförelse mellan sjukhusförvaltningarna

Avseende förhållandet mellan personalkostnader och vårdkontakter har det totalt sett ökat från cirka 6 100 kr per vårdkontakt till 7 900 kr per vårdkontakt. Vid en nedbrytning på sjukhusförvaltningsnivå (se Figur 52) framkommer att finns en ökande trend för samtliga sjukhusförvaltningar men att Sahlgrenska Universitetssjukhuset har en något högre kurva än resterande. Att Sahlgrenska Universitetssjukhuset har en aning högre kostnad per vårdkontakt kan rimligtvis förklaras med att de är ett universitetssjukhus och som bedriver högspecialiserad vård.

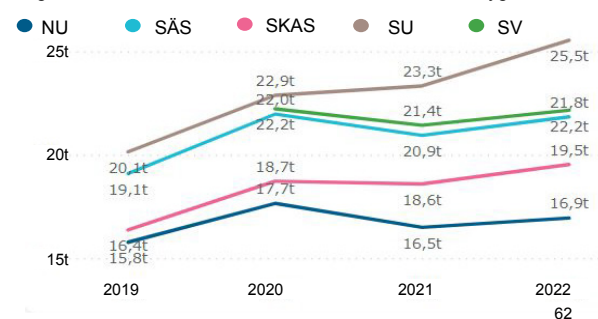
Avseende förhållandet mellan personalkostnader och vårddygn har det totalt sett ökat från 17 000 kronor till 22 200 kronor per vårddygn. Figur 53 visar att personalkostnader per vårddygn har ökat för samtliga sjukhusförvaltningar. Vid en nedbrytning av informationen går det att utläsa att Sahlgrenska Universitetssjukhuset har haft största ökningen i personalkostnad per vårddygn.

Generellt har personalkostnaden ökat medan antal vårddygn har minskat. På verksamhetsstypsnivå är det barn- och ungdomsverksamheten som har den högsta kostnaden per vårddygn, följt av medicinsk och kirurgisk verksamhet.

Figur 52 - Personalkostnader i förhållande till vårdkontakter.



Figur 53 - Personalkostnader i förhållande till antal vårddygn.



Antal vårddyggn har minskat med åtta procent sedan 2019

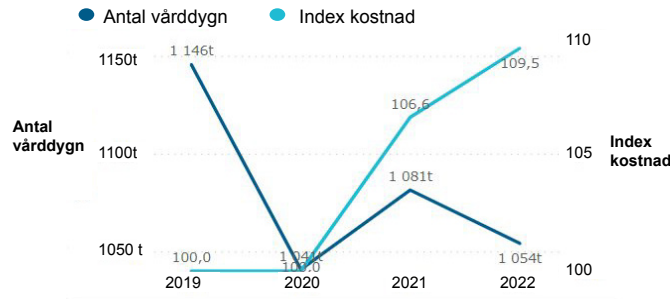
Antalet vårddyggn har minskat med cirka åtta procent under perioden 2019-2022. Mellan perioden 2020-2021 syns en viss ökning av antalet vårddyggn men den trenden bröts efter 2021 och därefter har antal vårddyggn minskat.

Vårddyggn i förhållande till den totala kostnadsutvecklingen visar på att den totala kostnaden har haft en ökande trend under perioden vilket gör att det inte finns en direkt korrelation mellan dessa, se Figur 54.

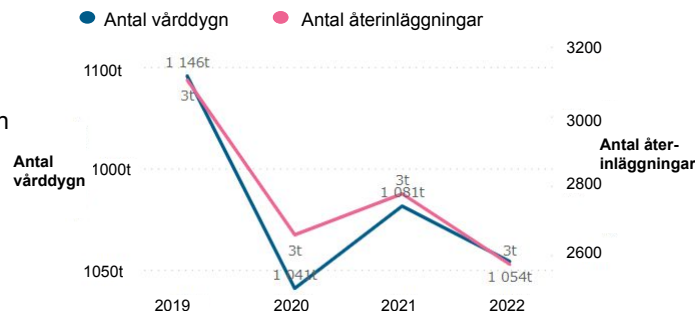
En nedåtgående trend för antal vårddyggn går också att sätta i relation till andra produktionsdata såsom återinläggningar, se Figur 55. Minskningen av vårddyggn och återinläggningar följer samma mönster och tyder på att det finns en stark korrelation.

Den utförda tiden (inklusive forskningstid), som har varit relativt konstant (se Figur 56), pekar på att medelvårdtiden ökat då antal vårddyggn minskar och detta till en högre kostnad.

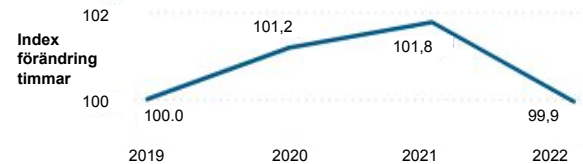
Figur 54 - Förhållandet mellan kostnadsutveckling och antal vårddyggn



Figur 55 - Förhållandet mellan antal återinläggningar och antal vårddyggn



Figur 56 - Indexerad förändring av timmar utförd tid



Timmar utförd tid per vård dygn har stabiliserats efter ökningen 2020

Graferna till höger visar hur mycket utförd tid (ordinarie och jour/beredskap utförd tid i timmar av vårdnära personal*) som sjukhusförvaltningarna använder per vård dygn.

På föregående sida kan vi se att den utförda tiden har sjunkit sett till hela perioden (Figur 56, se föregående sida). Det syns dock en ökning mellan 2019 till 2021 men till 2022 minskade den utförda tiden till under 2019 års nivå.

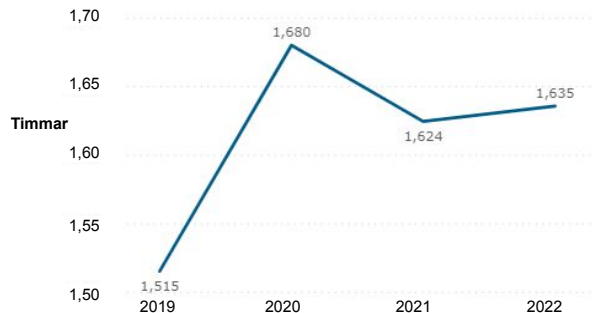
Antalet vård dygn har under perioden minskat vilket visas i (Figur 56).

Då det inte syns någon större förändring i den utförda tiden men antal vård dygn däremot minskar, innebär det totalt sett ökad utförd tid per vård dygn (Figur 57).

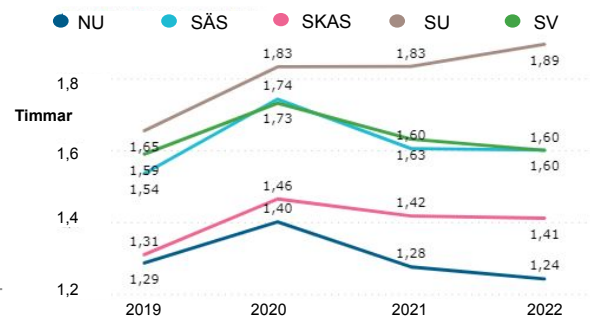
Det syns en relativt stor skillnad mellan några av sjukhusförvaltningarna, se Figur 58. Det är framförallt Sahlgrenska Universitetssjukhuset och NU-sjukvården som utmärker sig. Sahlgrenska Universitetssjukhuset uppvisar mer utförd tid per vård dygn än de övriga sjukhusförvaltningarna medan NU-sjukvården uppvisar minst utförd tid per vård dygn.

* Vårdnära personal inkluderar sjuksköterskor, barnmorskor, undersköterskor, läkare, rehabilitering och förebyggande, administratör vård, sjukhusteknisk labb-personal

Figur 57 - Timmar utförd tid per vård dygn (samtliga sjukhusförvaltningar)



Figur 58 - Timmar utförd tid per vård dygn per sjukhusförvaltning



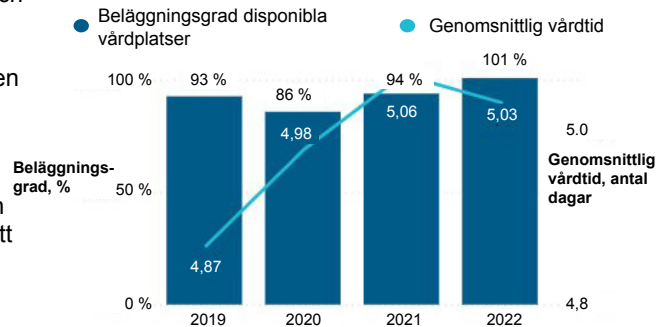
Beläggingsgraden på disponibla vårdplatser är mycket hög

Socialstyrelsen föreslår 85 procent som riktvärde för genomsnittlig beläggingsgrad i oplanerad vård och 95 procent för planerad vård¹¹. Detta ger ett sammanvägt riktvärde för beläggingsgrad på mellan 85 och 89 procent för den somatiska vården som helhet exklusive intensivvård.

Totalt sett inom VGR har beläggingsgraden gått från 93 procent till 101 procent från 2019 till 2022, se Figur 59. Den genomsnittliga vårdtiden har sedan 2019 haft en uppåtgående trend. Detta tyder på att vårdtiden har blivit längre samtidigt som det indikerar att det är en hög belastning på slutenvården.

Antalet utskrivningsklara patienter minskade mellan 2019 till 2020 för att sedan öka fram till 2022, se Figur 60. Den trenden följer väldigt väl beläggingsgraden som ökar och minskar på samma sätt. Den genomsnittliga vårdtiden ökar sett till hela perioden, vilket borde påverka beläggingsgraden negativt dvs att den ökar.

Figur 59 - Beläggingsgrad av disponibla platser samt genomsnittlig vårdtid



Figur 60 - Beläggingsgrad av disponibla platser samt utskrivningsklara



11. Socialstyrelsen. 2023. Riktvärden för beläggingsgrad och vårdplatser. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelka talog/ovrigt/2023-5-8573.pdf>



Utvecklingen under 2023 visar på att gapet mellan intäkter och kostnader består

För år 2023 har PwC tagit del av data fram till 31 juli. Under perioden går det att utläsa att gapet mellan intäkter och kostnader fortsatt är negativt motsvarande ca 1,5 miljarder kr eller ca sex procent, se Figur 61.

Kostnadsutvecklingen under januari till juli 2023 ligger på en något högre nivå än 2022 och om kostnaderna och intäkterna fortsätter ligga på samma nivå som den genomsnittliga månaden för 2023 året ut kommer skillnaden vara 2,9 miljarder kr vid årets slut. Mot budget är avvikelserna fram till sista juli 1,7 miljarder kronor totalt för samtliga sjukhusförvaltningar. Den största procentuella budgetavvikelsen totalt sett ligger hos Skaraborgs Sjukhus och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

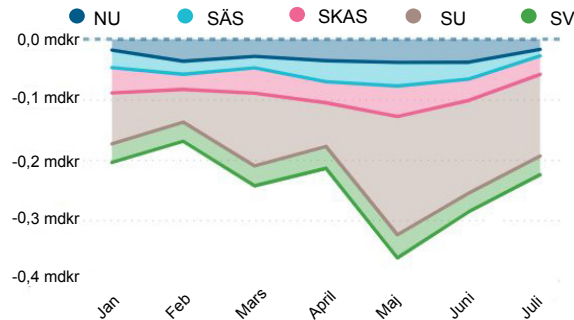
En fördjupad jämförande analys av den totala avvikelserna, visar att personalkostnaderna utgör den största delen av avvikelserna, ca en miljard kronor. Vid en fördjupad jämförelse mellan sjukhusförvaltningarna syns att Sjukhusen i väster har den största budgetavvikelsen och NU-sjukvården den lägsta, avseende personalkostnader.

Vid en analys av nedanstående KPIer;

- personalkostnader genom antal vårdkontakter (öppenvården) samt
- personalkostnader genom vårddygn (slutenvården)

går det att utläsa att kostnaden per vårdkontakt fortsätter att öka under 2023 (se Figur 63). Även personalkostnad per vårddygn fortsätter att öka under de första sex månaderna 2023 (Figur 62). Det beror främst på att antalet vårdkontakter och vårddygn fortsätter att minska medan personalkostnaden ökar och det gör också antalet nettoårsarbetare. Antalet nettoårsarbetare är 1 056 fler per juli 2023 jämfört med juli 2022 (se Figur 51).

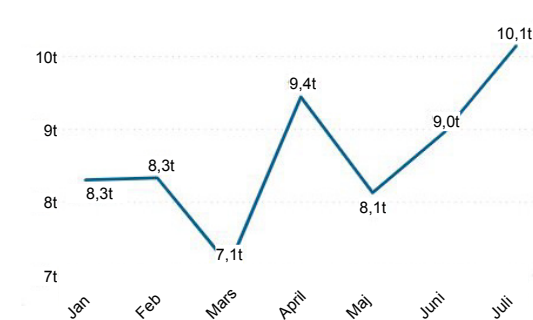
Figur 61 - Budgetavvikelse per månad och sjukhusförvaltning



Figur 62 - Personalkostnad / vårddygn 2023



Figur 63 - Personalkostnad / vårdkontakter 2023



Sammanfattande ekonomisk analys av sjukhusförvaltningarna

Gapet mellan intäkter och kostnader växer

Gapet som uppstår mellan intäkter och kostnader är omkring 700 mnkr per år under åren 2019 - 2022, bortsett från 2020 där resultatet uppgick till noll på grund av tillskott under coronapandemin. Analysen visar att gapet mellan intäkter och kostnader har ökat för varje år. Det innebär att sjukhusförvaltningarna börjar varje år med en budget i balans men att det förväntade resultatet för året sannolikt blir negativt, givet historiska förutsättningar. De sannolika kostnaderna är större än de förväntade intäkterna vilket indikerar att verksamheterna till viss del saknar rätt förutsättningar för att nå en ekonomi i balans.

Som ett räkneexempel, och för att sätta 2022 års underskott i relation till skattesatsen, skulle den behöva vara 0,15 punkter högre än idag, vilket motsvarar en höjning av regionalskatten med 17 öre. En sådan höjning skulle motsvara ett tillskott på omkring 700 mnkr för att täcka sjukhusförvaltningarnas underskott, allt annat lika.

Kostnaderna har ökat med cirka nio procent under perioden 2019-2022. De kostnader som står för den största procentuella ökningen är köpt vård, följt av övriga kostnader samt material och varor. En av verksamheterna som bidragit till ökningen av köpt vård är Barn- och ungdomsverksamheten. Den verksamhet som haft högst kostnadsutveckling i absoluta tal är medicinsk verksamhet. Personalkostnaderna har under perioden ökat med cirka sex procent, vilket bland annat beror på att antalet nettoårsarbetare har ökat.

Personalkostnad per vård dygn och per vårdkontakt har ökat

Analysen visar att produktionen avseende antal vårdkontakter (specialiserad öppenvård) och antal vård dygn (slutenvård) har minskat sedan 2019. Personalkostnaderna har ökat under motsvarande period. Utförd tid i timmar per vård dygn och genomsnittlig vårdtid antal dagar har ökat.

Huruvida ovanstående är en effekt av VGR:s pågående arbete med omställning av hälso- och sjukvården är en mycket viktig fråga för regionen att analysera. I en sådan analys är det bland annat viktigt att säkerställa att resursfördelningen följer patienten utifrån den nivå där vård, relaterat omställningsarbetet, förväntas utföras. Det är även viktigt att beakta ytterligare faktorer som kan förklara de förändringar som analysen har identifierat.



6

PwC:s slutsatser och
rekommendationer till
fortsatt arbete

Den decentraliserade styrningen begränsar ägarstyrningen

Den decentraliserade styrmodellen som VGR tillämpar för styrelser och sjukhusförvaltningar medför begränsningar i den koncerngemensamma ägarstyrningens genomslag och i förlängningen även en begränsad möjlighet till ansvarsutkrävande av styrelser och förvaltningar. Koncernkontoret har inget styrande mandat över förvaltningarna, dock finns det ett starkt mandat i ägarskap av stödjande processer för koncerngemensamma frågor såsom ekonomi, personal etc.

Styrelser och sjukhusförvaltningar har ett stort ansvar och mandat för styrning och utformning av verksamheten samt för vad de väljer att rapportera och kommunicera till ägaren. Detta har bidragit till en låg grad av helhetsförståelse för, och möjlighet till, fördjupad analys av, sjukhusförvaltningarnas ekonomi och vårdproduktion. Det stora mandatet påverkar även möjligheten att genomföra och få genomslag för koncerngemensamma satsningar, samt möjligheten att nyttja regionens stordriftsfördelar.

Svaga stödprocesser, olika strukturer på data hos sjukhusförvaltningarna med svårighet att göra analys och jämförelser, i kombination med kontinuerliga avsteg från styrmodellen (ekonomiska tillskott under budgetåret samt avskrivningar av underskott) medför svårigheter för koncernkontoret att stödja sjukhusförvaltningarna i arbetet med att uppnå en ekonomi i balans och att agera utifrån ett koncerngemensamt perspektiv. De svaga stödprocesserna och datastrukturen är också kostnadsdrivande då det finns stora inslag av manuellt arbete.

PwC bedömer att VGR behöver arbeta med att säkerställa ett tydligare ansvarsutkrävande av styrelserna och sjukhusförvaltningarna samt att stärka den koncerngemensamma ägarstyrningen av sjukhusförvaltningarna. Koncernkontoret kan stärka sin roll som funktionsansvarig (process-ägare) för stödprocesser gentemot sjukhusförvaltningarna i syfte att öka kvaliteten i, och genomslaget av, koncerngemensamma processer och uppföljning. Detta kommer sannolikt leda till att regionstyrelsens ägarstyrning får ökat genomslag.



Rekommendationer till fortsatt arbete

- Stärk regionstyrelsens och koncernkontorets roll i att leda och samordna nämnder, styrelser och förvaltningar i de frågor där målsättningen är att agera koncerngemensamt exempelvis avseende omställningen av hälso- och sjukvården till god och nära vård och arbetet med en ekonomi i balans. Genom att nyttja det mandat som redan finns i regionstyrelsens reglemente kan rollen stärkas.
- De beslut som fattas av regionstyrelsen, behöver åtföljas av beslut i nämnder och styrelser för att ge önskad effekt. Inom ramen för regionstyrelsens uppsiktsplikt, behöver denna beslutskedja säkerställas.
- Ge styrelser och sjukhusförvaltningar fullt mandat och ansvar för verksamhetsfrågor utifrån den koncerngemensamma ägarstyrningen, där konsekvenser bör vara tydliga när ansvaret inte tas.
- Prioritera arbetet med att skapa en koncerngemensam datastruktur i ekonomi-, produktions- och HR-system som möjliggör effektiva koncerngemensamma processer där manuellt arbete kan minimeras och delar i processen kan automatiseras. Då skapas ändamålsenliga förutsättningar för analys och uppföljning. En gemensam datastruktur ger också förutsättningar för transparens och jämförelser mellan sjukhusförvaltningarna, vilket skapar förutsättningar för gemensamt lärande. I arbetet bör det ingå att bedöma potentiell ekonomisk effekt i de koncerngemensamma processerna.

Regionens budgetprocess skapar svårigheter att bedöma om sjukhusförvaltningarna ges rätt ekonomiska förutsättningar

Brister i budgetprocess, ersättningsmodell och den inkonsekventa tillämpningen av ekonomiska principer, gör det svårt att överblicka effekterna av regionens ekonomistyrning. I regionens budget bedöms beräkningen och den årliga uppräknings av budgeten vara otillräcklig då sjukhusförvaltningarna uppvisar kontinuerliga underskott. Regionens arbetssätt med "budget på budget" försvårar bedömningen av huruvida budgeten är ändamålsenlig och rimlig. Arbetssättet innebär att låg hänsyn tas till såväl tidigare ekonomiskt utfall som kommande behov.

Bristerna innebär att sjukhusförvaltningarna börjar varje år med en budget i teoretisk balans men att det förväntade resultatet för året sannolikt blir negativt, på grund av de historiska förutsättningarna. De sannolika kostnaderna är större än de förväntade intäkterna, vilket indikerar att verksamheterna till viss del saknar rätt förutsättningar för att nå en ekonomi i balans. Det finns såväl en historik som en fortsatt tilltro till att via förhandling och dialog kunna öka ersättningen från ägaren under budgetåret. Detta är ett förfaringsätt som ligger utanför den ordinarie budgetprocessen. Det görs även andra avsteg från ekonomiprinciperna, ofta men inte alltid till sjukhusförvaltningarnas fördel, exempelvis avskrivningar av underskott. Därtill finns en svag budgetdisciplin inom sjukhusförvaltningarna där sjukhusens chefer på olika nivåer i alltför låg grad använder budgeten som styrmedel.

Den anslagsfinansierade ersättningsmodellen infördes under 2022 som en tillfällig lösning, främst på grund av osäkerheten kring datafångst vid implementering av vårdinformationssystemet Millennium. Modellens utformning har en svag koppling mellan vårdproduktion och ersättning. Detta ger sjukhusförvaltningarna svaga incitament att öka såväl vårdproduktion som produktivitet.

Ekonomiska prognoser behöver, i större grad än idag, göras utifrån realistiska förutsägelser som också tar hänsyn till sannolik verkställighetsgrad i åtgärdsplaner. Den låga träffsäkerheten som föreligger i dagens prognoser indikerar att dessa inte används i sitt ursprungliga syfte, det vill säga som den bästa möjliga bedömningen av ett framtida utfall utifrån tillgängliga data.

Rekommendationer till fortsatt arbete

- Genomför en översyn av nuvarande ersättningsmodell och budgetprocess i syfte att skapa långsiktiga förutsättningar för sjukhusförvaltningarna för att klara sitt uppdrag med en ekonomi i balans.
- Tydliggör kopplingen mellan sjukhusförvaltningarnas ekonomiska ersättning och vårdproduktion. Undersök hur incitament kan skapas för att öka produktiviteten och stärka vårdproduktionen när ägaren ser ett sådant behov. Ersättning bör följa vårdflödet och patienten samt bör regleras före eventuella förändringar, inte i efterhand som ofta görs idag.
- Gör en översyn av prognos- och uppföljningsprocesserna i syfte att skapa mer ändamålsenliga processer. Detta med syfte att förbättra förutsättningarna att styra mot en ekonomi i balans.
- Säkerställ följsamhet till de styrande principerna inom ramen för ekonomistyrningen. Tydliggör motivet till när avsteg eventuellt ändå görs och hur sådana avsteg ska undvikas framöver.

VGR fördelar jämförelsevis lägre andel resurser till hälso- och sjukvården samtidigt som sjukhusen har stora ekonomiska underskott

I jämförelse med liknande regioner har VGR en lägre total nettokostnad för hälso- och sjukvården. En lägre andel av de totala resurserna fördelas till sjukhusvården jämfört med andra regioner och en högre andel av de totala resurserna fördelas till primärvården. VGR bedriver en somatisk vård på en kostnadsnivå som understiger liknande regioner och genomsnittet för alla regioner. VGR har en aning högre kostnadsnivå för öppen psykiatrisk vård men lägre kostnad inom psykiatrisk slutenvård, jämfört med andra regioner. Sammantaget visar analysen att kostnadsnivån för hälso- och sjukvården verkar lägre i VGR i jämförelse med andra regioner.

Analysen indikerar att produktionen är lägre i VGR i jämförelse med andra regioner. Givet ersättningsmodellen med anslagsfinansiering på 97 procent och tre procent rörligt, finns det idag också ett svagt incitament att öka produktionen och för ökad produktivitet.

Den ekonomiska analysen mellan sjukhusförvaltningarna visar tydligt att gapet mellan intäkter och kostnader ökar. Att gapet ökar visar att kostnaden för att producera vård ökar mer än resurstilldelningen till sjukhusförvaltningarna. Det är dock inte möjligt att bedöma om gapet enbart förklaras av nivån på ersättningen eller om det finns en kombination av ersättning och lägre grad av produktivitet som bidrar till underskottet. Det är flera olika dimensioner som behöver beaktas, exempelvis genom en analys av nyckeltal innehållande både ekonomi (inkl. bemanning) och produktion. Därefter kan en djupare förståelse skapas i vilken grad sjukhusförvaltningarnas produktivitet är relevant i ljuset av sjukhusförvaltningarnas underskott.

Analysen visar inte entydigt huruvida VGR:s hälso- och sjukvård är mer eller mindre effektiv än andra regioner. Det finns däremot indikationer på att sjukvården i VGR kan vara underdimensionerad. PwC bedömer att VGR bör utreda denna fråga ytterligare för att tydliggöra den eventuella relationen till bland annat primärvårdens roll och övriga budgetprioriteringar.

Rekommendationer till fortsatt arbete

- Utveckla arbetet med nyckeltalsjämförelser med andra regioner. Fortsätt analysen för respektive sjukhusförvaltning för att skapa en fördjupad bild med fler dimensioner i syfte att bedöma hur kostnaden förhåller sig till produktiviteten. Utifrån jämförelser bör fokus vara ökat lärande genom nyttjande av best practice, för ökad produktivitet. Denna rekommendation förutsätter att tidigare rekommendationen om koncerngemensam datastruktur och koncerngemensamma stödprocesser genomförs.
- Nyttja de framtagna nyckeltalen från analysmodellen samt definiera ytterligare styrande nyckeltal inom ekonomi, personal och produktion som följs upp på olika nivåer i regionen. Koppla dessa till ledningsprocesser och stödprocesser i VGR:s styrmall.
- Utred den specialiserade somatiska vårdens dimensionering och vårdproduktion i relation till primärvårdens dimensionering och vårdproduktion. Utifrån primärvårdens jämförelsevis höga kostnadsläge, och den specialiserade somatiska vårdens jämförelsevis låga kostnadsläge, är det av vikt att säkerställa att vårdproduktionen motsvarar resurstilldelning för respektive utförare.
- Utred övrig resursfördelning utanför hälso- och sjukvården för att kunna bedöma hur resursfördelningen påverkar VGR, då regionen fördelar mindre andel till hälso- och sjukvård och mer till regional utveckling, jämfört med andra regioner.

Avsaknad av koncerngemensamma beslut och arbetssätt avseende åtgärdsplaner ger begränsad ekonomisk effekt

PwC konstaterar att det finns utmaningar med verkställigheten av beslutade åtgärdsplaner. Verkställighetsgraden har generellt varit låg vilket resulterat i en låg ekonomisk effekt. Det saknas idag tydliga gemensamma riktlinjer och förhållningssätt för vad som bedöms vara en resultatpåverkande åtgärd samt hur beräkning av den ekonomiska effekten av beslutade åtgärder ska göras. Avsaknaden av gemensamma riktlinjer och förhållningssätt ger, ur ett koncern-gemensamt perspektiv, oönskat utrymme för förvaltningarna att utforma och arbeta med åtgärdsplanerna på olika sätt.

I dagsläget är det osäkert hur stor andel av de beslutade åtgärderna som faktiskt kommer att ge resultateffekt under 2023 och 2024. I de prognoser som styrelserna har lämnat förutsätts en stor andel av åtgärderna ge ekonomisk effekt. Det är emellertid oklart om respektive åtgärdsplan innebär att varje åtgärd ska ge resultatpåverkande effekt eller om åtgärden ska genomföras med en bedömd framtida ekonomisk effekt. Planerna innehåller samtidigt åtgärder som inte ger en påvisbar direkt ekonomisk effekt i första hand men som skapar förutsättningar för att andra åtgärder ska kunna ge effekt. Många av åtgärderna bedöms inte påverka det ekonomiska resultatet. Det föreligger en risk att den kommunicerade förväntade effekten inte kommer att motsvara utfallet, sannolikt kommer det att uppstå en stor diskrepans utifrån den tidigare låga verkställighetsgraden. En annan aspekt som behöver beaktas är att positiva ekonomiska effekter av åtgärder inte får motverkas av andra kostnadsökningar.

Sjukhusförvaltningarnas åtgärdsplaner har i större utsträckning börjat adressera strukturella åtgärder som omfattar mer än en enskild förvaltning. Det finns dock utmaningar med hur koncerngemensamma strukturella åtgärder ska kunna genomföras med utgångspunkt i den begränsning som ligger i VGR:s decentraliserade styrmodell.



Rekommendationer till fortsatt arbete

- Koncernkontoret bör fullfölja det påbörjade arbetet under 2023 med en koncerngemensam process och arbetssätt som beskriver arbetet med åtgärdsplaner utifrån krav på innehåll, beräkning av den ekonomiska effekten och plan för effekthemtagning samt hur åtgärdsplanen ska beslutas, rapporteras och följas upp. PwC rekommenderar också att koncernkontorets ägandeskap för denna process tydliggörs.
- Initiera fördjupade analyser och systematisk uppföljning för att öka förståelsen och det gemensamma lärandet kring vilka åtgärder som är möjliga att genomföra och därmed kan ge en koncernpåverkande effekt.
- PwC rekommenderar att VGR fortsätter arbetet med koncerngemensamma åtgärder för en ekonomi i balans. Beslutsmandat för dessa åtgärder behöver tydliggöras.

7

Appendix

A.1

Källförteckning

Avsnittet innefattar källförteckning för rapporten.

1. Regionstyrelsen. *Policy för styrning*. Diarienummer: RS 2019-0249
2. 4. Regionstyrelsen. *Uppdrag för Koncernkontoret*. Diarienummer: RS 2020-05344
3. Regionstyrelsen. *Instruktion för regiondirektören (samt Förslag till instruktion för ansvarig tjänsteman på Koncernkontoret och Förslag till instruktion för förvaltningschef i Västra Götalandsregionen)*. Diarienummer RS2022-06090
5. 7. 10. Revisionen Västra Götalandsregionen. 2022. *Fördjupad granskning Granskning av övergripande principer för ekonomi- och budgetstyrning*. Diarienummer: REV 2021-00117
6. Regionstyrelsen. *Förenklad ersättningsmodell till sjukhusen för åren 2022-2023*, Diarienummer: RS 2021-02510
8. Regionstyrelsen. *Bokslutsdispositioner 2018*. Diarienummer: RS 2019-01881
9. Regionstyrelsen. *Bokslutsdispositioner 2019* Diarienummer: RS 2020-01234
11. Socialstyrelsen. 2023. *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-5-8573.pdf>

A.2

Bilagor till kapitel 2

Avsnittet innefattar bilagor till kapitel 2, *Uppdragets bakgrund, metod och genomförande*.

Bilagorna innefattar:

- Utdrag ur uppdragshandling Extern granskning av sjukhusens ekonomi 2023-04-28, Diariennr RS 2023-02605
- Generell beskrivning av datastrukturen
- Illustration av olika organisationsstrukturer inom VGR
- Exempel på olika namnkonventioner inom VGR:s olika källsystem
- Datagranuläritet och aggregeringar
- Mappning mellan HSA:s verksamhetstyper och VGR:s verksamheter
- Definitioner inom ekonomisk analys och jämförelser

Utdrag ur uppdragshandling Extern granskning av sjukhusens ekonomi 2023-04-28, Diariennr RS 2023-02605

Uppdraget avser extern granskning av sjukhusens ekonomi med fokus på bristande verkställande av åtgärdsplaner och att nå en budget i balans vid underskott. Granskningen ska bidra till kunskap om hur regionen kan få en ökad takt och större effekt både av lokala åtgärdsplaner och region-gemensamma satsningar på längre sikt och på ett över tid hållbart sätt. Givet rådande omständigheter bedömer VGR att det finns utrymme att ompröva nuvarande former för styrning och ledning i VGR.

Granskningen ska fokusera på sjukhusförvaltningarnas uppdrag, nyckeltal och åtgärder för att komma i ekonomisk balans. En övergripande ekonomisk analys av varje sjukhus-förvaltnings förutsättningar i förhållande till deras uppdrag ska tas fram. Analysen ska utgå från en grundlig nyckeltalsanalys avseende de olika sjukhusförvaltningarna inom VGR. Utifrån detta kan effektiviteten jämföras dels mellan VGR:s sjukhusförvaltningar, dels med liknande förvaltningar i andra regioner (bl.a. best practice).

Granskningen, inklusive analysen, ska ge en bild av nuläget; hur VGR prioriterat sina resurser samt identifiera möjliga effektiviseringsområden. Ett särskilt fokus ska läggas på den bristande verkställigheten i tidigare åtgärdsplaner och hur arbetssättet framöver behöver ändras för att skapa förutsättningar för verkställighet och att uppnå effekt av beslutade åtgärder. Fokus behöver också vara på den aktiva strategiska styrning som den politiskt tillsatta styrelsen för respektive sjukhus, men även ledningen, bestående av opolitiska tjänstepersoner, utövar gentemot de verksamheter som finns inom förvaltningen och de resultat som uppnåtts.



Generell beskrivning av datastrukturen

Utgångsläge och nyckling av tabeller

Framtagandet av datasetet som ligger till grund för nyckeltalsanalysen, inleddes med en utvärdering av den befintliga datastrukturen inom VGR:s ekonomisystem, HR-system och produktionssystem. I dagsläget finns det, i dessa system, flera olika strukturer som på olika sätt beskriver organisationen. Detta försvårar möjligheten till jämförelser då regionen inte har en gemensam nyckel som binder samman data. Se figur A.1 på nästkommande sida.

Vidare är respektive förvaltning uppsatta med unika organisationsstrukturer i respektive system, vilket ytterligare försvårar jämförelser mellan förvaltningarna. För att göra jämförelser i dagsläget krävs därför manuell handpåläggning, i de fall det är möjligt, vilket leder till att det är svårt att på ett enkelt och systematiskt sätt få en helhetssyn över verksamheten. Arbetssättet skapar därtill en stor administration börda. Nuvarande hantering innebär också långa ledtider för att skapa och uppdatera organisationsdata vilket innebär risker för inaktuellitet.

Inom ramen för detta uppdrag togs en nyckeltabell fram för att binda ihop faktatabellerna på förvaltningsnivå, samt i stora drag även på verksamhetstypsnivå. För att binda samman de olika organisationsstrukturerna mellan både system och förvaltningar har HSA:s verksamhetstyper använts. I respektive system och för respektive förvaltning har ett mappningsarbete gjorts med syfte att mappa verksamheterna mot en HSA-verksamhetstyp. Detta arbete gjordes för att hitta en nivå under förvaltningsnivå som går att göra jämförelser på.

Organisering

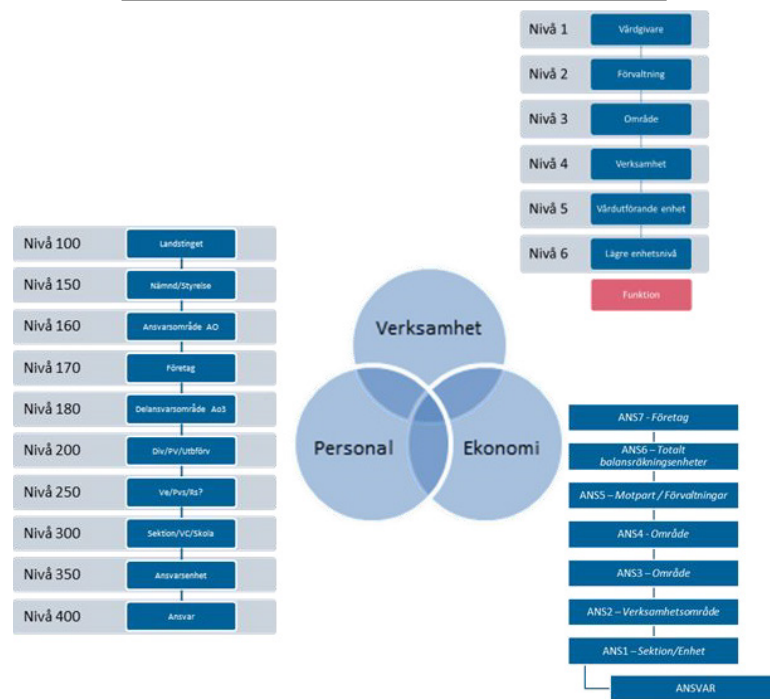
För att kunna beskriva sjukhusförvaltningarnas nuläge gällande uppdrag och förutsättningar togs ett dataset fram som möjliggör jämförelser mellan sjukhusförvaltningarna baserat på ett antal utvalda ekonomi- och produktionsnyckeltal. **Nyckeltalsanalysen** är baserad på ett strukturerat dataset som är organiserat i fyra huvudtabeller:

- A. **Faktatabell för ekonomidata**
Ekonomitabellen är hörnstenen i att analysera sjukhusförvaltningarnas ekonomiska nuläge. Den innehåller data relaterat till intäkter, kostnader, faktiskt utfall och lagd budget. Varje rad i denna tabell är kopplad till en specifik månad som möjliggör analyser över tid.
- B. **Faktatabell för produktionsdata**
Produktionstabellen är ett komplement till ekonomitabellen för att förstå hur produktionen driver - eller inte driver - ökade kostnader. Den ger insikt i sjukhusförvaltningarnas tjänsteleverans och omfattar data relaterat till vårdkontakter, vårddygn, beläggningsgrad för disponibla vårdplatser, utlokaliseringar, utskrivningsklara patienter, oplanerade återinläggningar och väntetider. Varje rad i denna tabell är kopplat till ett specifikt datum som möjliggör analyser över tid.
- C. **Faktatabeller för personaldata**
Personaltabellen ger insikter i personalstyrkans sammansättning och fördelning av resurser. Eftersom personalkostnader är den största kostnadsposten för samtliga sjukhusförvaltningar används även denna tabell som ett komplement till ekonomitabellen för att sätta kostnaderna i relation till personalstyrkan. Den används även som komplement till produktionstabellen för att förstå produktivitet. Tabellen innehåller data kring antalet nettoårsarbetare, sjukfrånvaro, personalomsättning och summerade arbetstimmar. Varje rad i denna tabell är kopplad till en specifik månad som möjliggör analyser över tid.
- D. **Nyckeltabell** för att möjliggöra jämförelser på förvaltningsnivå och verksamhetstypsnivå.

Illustration av olika organisationsstrukturer i VGR:s källsystem

- Verksamhet (System: KIV)
 - hur verksamheten är organiserad, d.v.s. strukturen för de organisatoriska enheter som har ansvar för att leverera organisationens olika tjänster.
- Ekonomi (System: Raindance)
 - hur ekonomin är organiserad, d.v.s hur kostnader och intäkter fördelas på olika ansvar
- Personal (System: Heroma)
 - hur personalen är organiserad, d.v.s. var anställningen finns och dit tidrapportering skall ske
- Samt ett stort antal till olika strukturer för olika tillämpningar och i olika system

Figur A.1 - Illustration av olika organisationsstrukturer inom VGR*



* Informationen i figuren är tillhandahållen av VGR

Exempel på olika namnkonventioner i VGR:s källsystem

- Det faktum att VGR, i sina kärnsystem, tillämpar olika namnkonventioner innebär en rad utmaningar i regionens analysarbete:
 - Risk för felinmatningar och därmed kvalitetsbrister på organisationsdata
 - Tidskrävande administrativt arbete med att skapa, underhålla och validera organisationsdata
 - Ledtider för att skapa och uppdatera organisationsdata, vilket innebär att den inte alltid är aktuell när analyser genomförs av VGR
 - Organisationsdata är inte identisk inom och mellan system, vilket är viktigt för spårbarhet och uppföljning

*Exempel på olika typer av namnkonventioner på en organisationsnivå i VGR:s olika källsystem**

HSA-id	KIV	Raundance	Heroma	RO/Elvis	Faciliate (fastigheter)	Måltider (Matilda)
SE2321000131-E000000001754	Radiologi barn	Barn RTG Röntgenavd	Barn RTG Röntgenavd	Barnröntgen	Radiologi barn	SU Radiologi barn 22550
SE2321000131-E000000001038	Könssjukvård	Hud Könsmottagning	Hud Könsmottagning	Hudmottagning Pol 9	Könsmottagningen	SU 12810 Hud GH Hälsomottagning
SE2321000131-E000000003105	Sårcentrum	Sårcentrum Skövde	Sårcentrum Skövde	Sårcentrum Skövde	Sårcentrum avd 48	KSS Avd 48 Sårcentrum /21420
SE2321000131-E000000006035	Beroendeavdelning	Allmänpsykiatrisk avdelning	Allmänpsykiatrisk avdelning	Allmänpsykiatri- och beroendeavdelning Falköping	Beroendeavdelning Skövde	KSS Avd 1 Allmän ps /42030
SE2321000131-E000000007407	Mammografienhet Uddevalla sjukhus	BFM mammografi	BFM mammografi	Röntgenmottagning mammografi Uddevalla sjukhus	Bröstcentrum, radiologi	US 73111 Mammografi Bröstcentrum
SE2321000131-E000000001193	Avdelning 27	HeHuln avd 27	HeHuln avd 27	Avdelning 27 NÄL	Avd 27, Infektion, NÄL	NU 12227Inf Avd 27

* Informationen i figuren är tillhandahållen av VGR

Datagranuläritet och aggregeringar

Beskrivning

Granulariteten är en grundläggande aspekt som styr detaljnivån av den data som ska används. Granuläriteten avgör i vilken utsträckning enskilda datapunkter registreras och påverkar precisionen och djupet i de slutsatser som presenteras i den här rapporten. Förutom att fånga data på en tillräckligt djup granularitetsnivå är det viktigt att tillhandahålla aggregerade perspektiv för att enklare ta till sig insikter från större datamängder. Aggregeringar genomförs över olika tidsramar (t.ex. kvartalsvis och årligen) och för olika vårdnivåer (t.ex. sjukhusförvaltning och avdelning). Detta säkerställer att framtagna modeller kan tillhandahålla en helhetssyn på sjukhusens prestanda och tillgodose olika analytiska behov. Att förstå granulariteten och aggregeringen av tillgänglig data är avgörande för att säkerställa att analyser är både genomförbara och korrekta.

Ekonomitabell

Ekonomitabellen fångar data månadsvis och är nedbrytbar i organisationsstrukturen förvaltning, område, verksamhetsområde, sektion/enhet och ansvar (kostnadsställe). Tabellen är även nedbrytbar på intäktskategori, kostnadskategori, personalkostnadskategori och konto.

Denna nivå av granularitet ger möjlighet att urskilja specifika trender, peka ut potentiella extremvärden, hitta vad som driver intäkt- och kostnadsutveckling eller budgetavvikelser och utföra jämförande analyser över tid.

Produktionstabell

Produktionstabellen fångar data per dag som aggregeras till månad i analysen. Tabellen är nedbrytbar i organisationsstrukturen förvaltning, område och verksamhet.

Denna nivå av granularitet ger möjlighet att urskilja specifika trender, peka ut potentiella extremvärden, förstå hur ändringar i produktion påverkar kostnadsutvecklingen och utföra jämförande analyser över tid.

Personaltabell

Personaltabellen fångar data månadsvis och är nedbrytbar i organisationsstrukturen förvaltning, område, verksamhetsområde, ansvarsenhet och ansvar (kostnadsställe).

Denna nivå av granularitet ger möjlighet att urskilja specifika trender, peka ut potentiella extremvärden, förstå hur ändringar i personalstyrkan påverkar kostnadsutvecklingen och utföra jämförande analyser över tid.

Mappning verksamhetstyper och verksamheter (1/3)

På följande sidor visas vilka verksamheter/verksamhetsområden som har blivit mappat mot respektive HSA-verksamhetstyp i samråd med sjukhusförvaltningarna under oktober månad. Denna tabell ger en mer detaljerad vy till den mappning som står beskrivet under metoddelen i kapitel 2.

HSA-verksamhetstyper	NU-sjukvården	Skaraborgs Sjukhus	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Sjukhusen i väster	Södra Älvsborgs Sjukhus
10 Barn- och ungdomsverksamhet	Barn- o ungdomssjukvård Barn- och ungdomspsyk BUP-Kliniken	BUM, BUP, Kvinna	AnOpIVA Neonatal Barn Barn Kirurgi Akut Barn Medicin Barn NeuroPsykJab Barncancercentrum Barnhjärtcentrum Barnhjärtcentum Radiologi och Klin Fys Barn	Barn & unga	Kvinna och barn
11 Medicinsk verksamhet	Administration och paramedicin Akutmottagning Hematologi, Hud o Inf sjukvård Internmedicin Kardiologi Neuro, Stroke o Rehab medicin Nära specialiserad vård Specialistmedicin	Akut, AVA, Ambulans Hema, Lung, Med, Neuro, Reuma Kard, Inf, Hud, Njur, Gastro Med, Sömn, Akut L, Be	Akutmedicin & Geriatrik Hud Infektion Kardiologi Lung, allergi & palliativ med MS Geriatrik MS Medicin o akutsjukvård Neurosjukvård Njurmedicin Onkologi Onkologiskt centrum Reumatologi Specialistmedicin ÖS Med/Ger/Akut	Akutsjukvård Geriatrik, neurol & rehab Medicin	Akutsjukvård Hud infektion vårdhotell ögon Medicin Neurologi, rehab och nära vård

Mappning verksamhetstyper och verksamheter (2/3)

HSA-verksamhetstyper	NU-sjukvården	Skaraborgs Sjukhus	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Sjukhusen i väster	Södra Älvsborgs Sjukhus
12 Laboratieverksamhet	Klin patologi o cytologi Laboratoriemedicin		Klinisk fysiologi Klinisk Genetik o Genomik Klinisk Genetik och Genomik Klinisk Kemi Klinisk Mikrobiologi Klinisk patologi		
13 Kirurgisk verksamhet	AnOplva gemensamt Kirurgi Kirurgkliniken Kvinnokliniken Kvinnosjukvård Ortoped Ortopedkliniken Ögon Öron-näs-hals o käkkirurgi	An, Op, IVA BFM, Kir, Uro, Pall, Onkologi Ort, Ögon, ÖNH, Käk, Log	Handkirurgi Kvinnosjukvård och Förlossning MS AnOplVA Ortopedi Plastikkirurgi SS AnOplVA SS Kirurgi Thorax Transplantationscentrum Urologi Ögon Öron - Näs - Hals-sjukvård ÖS Anestesi, Operation, IVA ÖS Kirurgi	Anestesi oper & intensivv Kirurgi & ortopedi	Anestesi, operation o intensiv Kirurgi, ortopedi och öron
14 Övrig medicinsk verksamhet			Arbeterapi o Sjukgymnastik Hybrid/interventionscentrum		

Mappning verksamhetstyper och verksamheter (3/3)

HSA-verksamhetstyper	NU-sjukvården	Skaraborgs Sjukhus	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Sjukhusen i väster	Södra Älvsborgs Sjukhus
16 Psykiatrisk verksamhet	Psykiatri	Psykiatri	Beroendekliniken Psykiatri Affektiva Psykiatri kognition äldrepsyk Psykos Rättspsykiatri	Psykiatri	Psykiatri
17 Radiologisk verksamhet	Bild- och funktionsmedicin		Radiologi	Diagnostik och service	Bild- o funktion, med service
20 Övrig medicinsk serviceverksamhet	Ambulansverksamhet	Akut, AVA, Ambulans	Ambulansverksamhet Klin immun och Transf medicin Medicinsk Fysik och Teknik Ortopedteknik och Sterilteknik	Ambulanshelikopter Kungälv	

Definitioner inom ekonomisk analys och jämförelser

Den ekonomiska analysen omfattar VGR:s sjukhusförvaltningar där olika perspektiv som intäktsutveckling, kostnadsutveckling, budgetavvikelser och produktion belyses.

Nyckeltalen, eller de sammanställningar som finns i delkapitel 5.2, kommer från den analys- och datamodell som PwC tagit fram.

I materialet finns en rad diagram och tabeller som visar på kostnads- och intäktstrender. Eftersom att storheten i ekonomierna skiljer sig en del mellan sjukhusförvaltningarna har PwC skapat ett index som har basår 2019. Då en del av analysen har innefattat att titta på trender för en fem-årsperiod, har år 2019 därför blivit basåret.

I materialet görs det analyser på verksamhetsnivå. PwC har skapat en mappning mellan ekonomi och verksamhet genom HSA-koder.

I tabellen till höger visas vilka konton som ligger under samlingsbegreppet övriga kostnader. Här visas också vad som ingår i Övrig verksamhet.

Definition av övriga kostnader		Definition av Övrig verksamhet
1	Kontoklass 5 (köp av verksamhet)	Administration och ledning
2	Kontoklass 6 (hyror, underhåll, kommunikation)	Stödfunktioner (HR, Ekonomi med flera)
3	Kontoklass 7 (post och tele, försäkring, avskrivningar)	
4	Kontoklass 8 (finansiella poster)	

A.3

Bilagor till kapitel 4

Avsnittet innefattar bilagor till kapitel 4, *Analys av styrningen av sjukhusförvaltningarna mot en ekonomi i balans*.

Bilagorna innefattar:

- Sammanställning av resultatet från genomförd enkät
- Övergripande beskrivning sjukhusförvaltningarnas åtgärdsplaner*

A.3.1

Sammanställning av resultatet från genomförd enkät

Enkät svar gällande verksamhetschefernas syn på sina förutsättningar

Under veckorna 34-36 år 2023 genomfördes en enkätundersökning till verksamhetsområdes-, områdes- och verksamhetschefer på sjukhusförvaltningarna gällande de ekonomiska förutsättningarna och status gällande åtgärdsplanerna. Utskicket gick till totalt 106 chefer (58 inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 22 inom NU-sjukvården, nio inom Sjukhusen i väster, nio inom Södra Älvsborgs Sjukhus samt 8 inom Skaraborgs Sjukhus). Enkäten hade en svarsfrekvens på 85 procent.

- Figur A.2. undersöker ifall respondenterna anser att de ekonomiska ramarna som är tillgängliga för att genomföra uppdraget är tillräckliga.
 - 90 procent av respondenterna upplever att de ekonomiska ramarna är otillräckliga för att genomföra sitt uppdrag.
 - Ätta respektive två procent instämmer i hög grad eller helt att de ekonomiska ramarna är tillräckliga.
- Figur A.3 efterfrågar respondenternas upplevelser av att kunna styra sin verksamhet för en ekonomi i balans.
 - 46 respektive 41 procent upplever att de inte alls eller i låg grad att de har goda möjligheter att styra sin verksamhet för en ekonomi i balans.
 - 13 procent av respondenterna instämmer i att de helt eller i hög grad kan styra sin ekonomi.

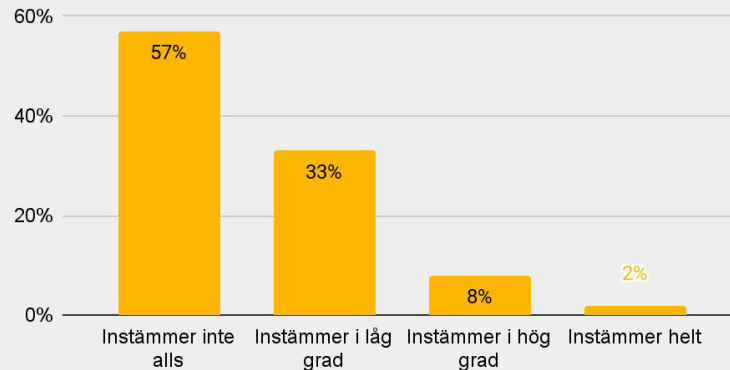
Urval av fritextsvar

“Med ett stort akutuppdrag och en oberäknelig patientinströmning blir prognoser svåra att göra.”

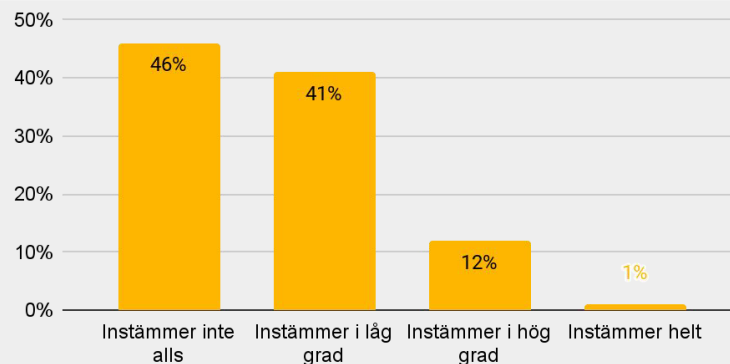
“Det är fortfarande inte klart vilket som ska prioriteras eftersom det inte går att nå produktionsmålen om man minskar bemanningen motsvarande den ekonomiska avvikelsen.”

“Problemet för min verksamhet är diskrepansen mellan nationellt och regionalt fastställda legitima patientbehov och tillgängliga resurser/ uppdrag.”

Figur A.2 - Enkätfråga: Upplever du att de ekonomiska ramarna är tillräckliga för att genomföra det uppdrag din verksamhet har?



Figur A.3 - Enkätfråga: Upplever du att du har goda möjligheter att styra verksamheten för att nå en ekonomi i balans?

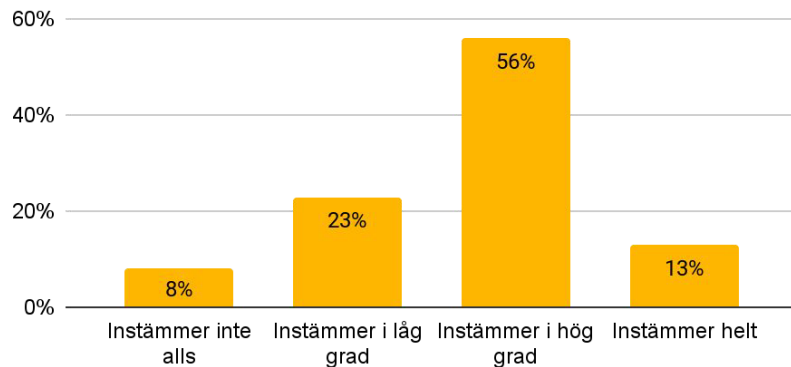


Respondenternas syn på uppföljning och konsekvenser

Figur A.4 undersöker respondenternas upplevelse av att de får aktuell och tydlig information om den ekonomiska utvecklingen inom sitt ansvarsområde för att kunna styra och följa upp verksamhet på ett effektivt sätt.

- 69 procent av respondenterna upplever att de helt eller i hög grad får aktuell och tydlig information.
- 31 procent av respondenterna upplever att de inte alls eller i låg grad får denna information. Vid fritextsvaren indikerar respondenterna att det finns utmaningar i att få tillgång till produktionsdata och att det är svårt att prognostisera behov.

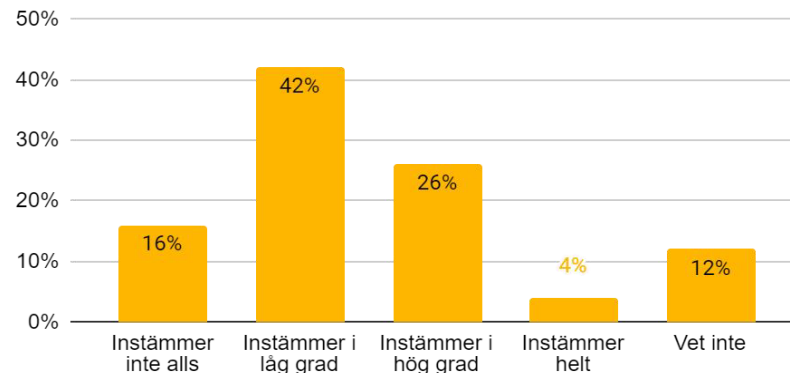
Figur A.4 - Enkätfråga: Upplever du att du får aktuell och tydlig information om den ekonomiska utvecklingen inom ditt ansvarsområde för att styra och följa upp verksamhet på ett effektivt sätt?



Figur A.5 undersöker respondenternas upplevelse av att det finns tydliga konsekvenser ifall budgeten inte hålls.

- 58 procent av cheferna anger att de inte alls eller i låg grad upplever att det finns tydliga konsekvenser ifall budgeten inte hålls.
- 30 procent instämmer i hög grad eller helt i att det finns konsekvenser.

Figur A.5 - Enkätfråga: Upplever du det finns tydliga konsekvenser ifall din budget inte hålls?

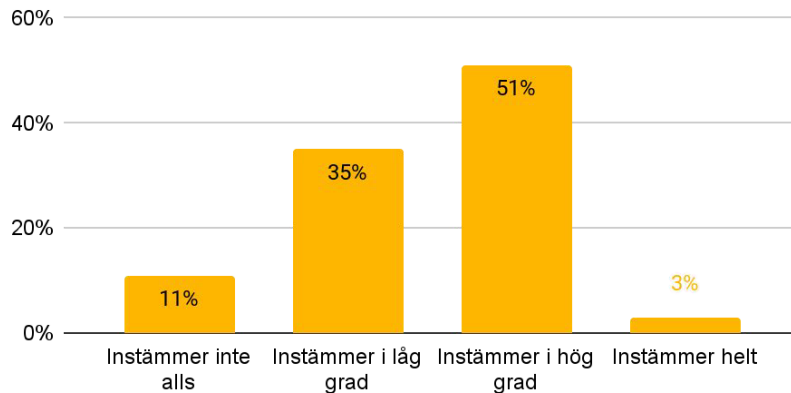


Respondenternas syn på förutsättningar att lämna träffsäkra ekonomiska prognoser och genomföra åtgärdsplaner inom sitt verksamhetsområde

Figur A.6 undersöker ifall respondenterna upplever att de har goda förutsättningar att lämna träffsäkra ekonomiska prognoser.

- 11 respektive 35 procent av respondenterna instämmer inte alls eller i låg grad att de har goda förutsättningar för att lämna träffsäkra ekonomiska prognoser.
- 51 respektive tre procent instämmer i hög grad eller helt att de har goda förutsättningar att lämna träffsäkra ekonomiska prognoser.

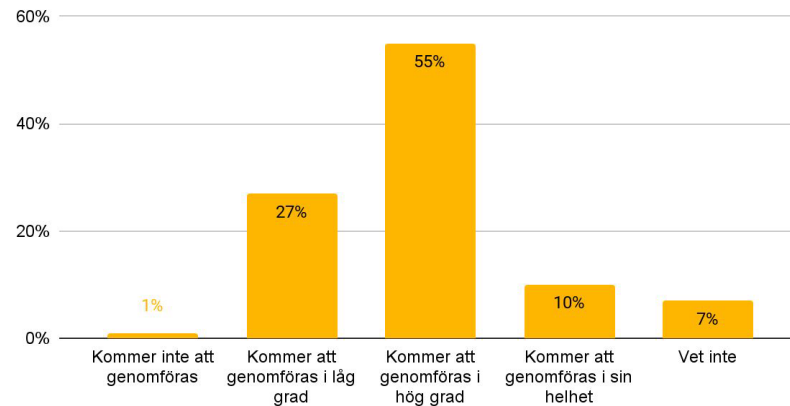
Figur A.6 - Enkätfråga: I vilken utsträckning upplever du att du har goda förutsättningar att lämna träffsäkra ekonomiska prognoser



Figur A.7 undersöker respondenternas syn på i vilken utsträckning de bedömer att de kommer att kunna genomföra åtgärdsplanen inom sitt verksamhetsområde.

- 65 procent av respondenterna uppger att de beslutade åtgärdsplanerna kommer att genomföras helt eller i hög grad.
- Resterande respondenter svarade att åtgärdsplanerna förväntas att genomföras i låg grad (27 procent), inte alls (en procent) alternativt vet inte (sju procent).

Figur A.7 - Enkätfråga: I vilken utsträckning bedömer du att ni kommer att genomföra åtgärdsplanen inom ditt verksamhetsområde?

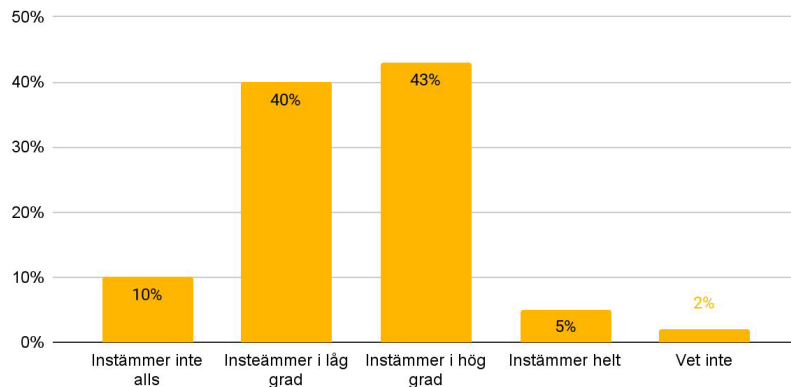


Enkät svar gällande processen för framtagande och uppföljning av åtgärdsplaner

Figur A.8 undersöker ifall respondenterna anser ifall det finns en välfungerande process för att ta fram åtgärdsplanerna inom sitt verksamhetsområde.

- 10 respektive 40 procent av respondenterna instämmer inte alls eller i låg grad att det finns en välfungerande process för att ta fram åtgärdsplaner.
- 43 respektive fem procent av respondenterna instämmer i hög grad eller helt i att processen för att ta fram åtgärdsplaner inom verksamhetsområdet är välfungerande.
- Två procent vet inte ifall det upplever att det finns en välfungerande process.

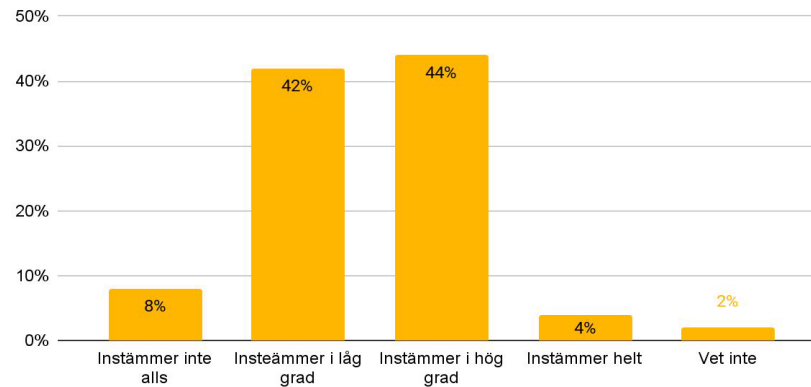
Figur A.8 - Enkätfråga: Upplever du att det finns en välfungerande process för att ta fram åtgärdsplanerna?



Figur A.9 undersöker i vilken utsträckning respondenterna upplever att det finns en välfungerande process för att följa upp åtgärdsplanen. Det går att notera stora likheter med respondenternas svar för framtagning av åtgärdsplaner.

- Åtta respektive 42 procent av respondenterna instämmer inte alls eller i låg grad att det finns en välfungerande process för att följa upp åtgärdsplanen.
- 44 respektive fyra procent instämmer i hög grad eller helt i påstående om att processen för att följa upp åtgärdsplanerna är välfungerande.
- Två procent vet inte ifall det finns en välfungerande process.

Figur A.9 - Enkätfråga: I vilken utsträckning upplever du att det finns en välfungerande process för att följa upp åtgärdsplanen?



Enkät svar gällande respondenternas syn på arbetet med åtgärdsplanerna

Figur A.10 indikerar respondenternas utmaningar med att genomföra åtgärdsplanerna. 54 av 81 respondenter (67 procent) beskriver att de beslutade åtgärderna medför att de inte klarar av att genomföra sitt uppdrag, fritextsvaren indikerar att detta kan vara avseende produktions- och tillgänglighetsmål. Vidare anger 41 respondenter (51 procent) att åtgärdsplanen innebär för stor negativ påverkan på verksamhet vilket t.ex. kan mynna i ut i påverkan på patientsäkerhet och medicinsk kvalitet.

32 procent av respondenterna anger att det saknas förutsättningar att omsätta åtgärdsplanerna till förändring i det dagliga arbetet. 20 procent av respondenterna anger även att de inte har befogenheter att vidta beslutade åtgärder.

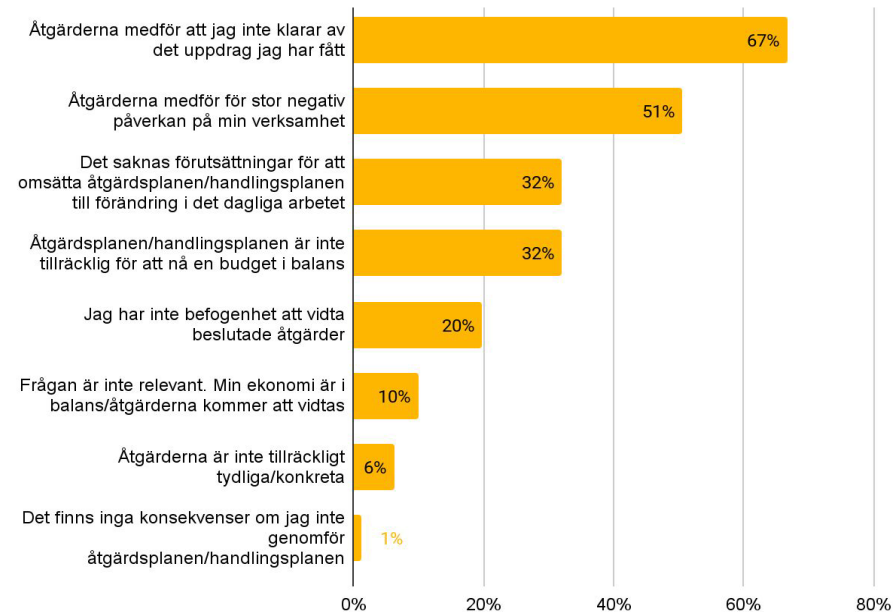
Urval av fritextsvar

"Effektiviseringskrav riktas ofta mot enskilda kostnadsposter, särskilt bemanningstjänster, men utan hänsyn taget till vilka kostnader som uppstår i andra delar av verksamheten när dessa kostnader reduceras. Kostnaden för bemanningstjänster går ned och kostnaden för köpt vård ökar för att verksamheten ska fortsätta lösa sitt uppdrag."

"Det svåra är inte att ta fram åtgärder. Det svåra är att genomföra realistiska sådana när patienter och deras behov ökar. Vi försöker effektivisera, men det går inte takt. Behovet är större än vår möjlighet att minska kostnader. Vad ska bort?"

"Vi kan hantera åtgärder inom vårt eget område men har inte möjlighet att styra remisser in eller efterfrågan vilket är det som har störst effekt på ekonomiskt utfall"

Figur A.10 - Enkätfråga: Vilka utmaningar upplever du att det finns med att genomföra sjukhusförvaltningens åtgärdsplan?



Not: Cheferna fick möjlighet att kryssa i de anledningar de såg som utmaningar att genomföra åtgärdsplanen. En chef kan därmed kryssa i flera upplevda utmaningar.

A.3.2

Övergripande beskrivning sjukhusförvaltningarnas åtgärdsplaner

Övergripande beskrivning av sjukhusförvaltningarnas åtgärdsplaner (1/3)

	Beslut om åtgärdsplaner	Uppföljning och återrapporering	Övriga iakttagelser
Sahlgrenska Universitets-sjukhuset	I den av styrelsen antagna detaljbudgeten för 2023 finns beslutade åtgärder om 300 mnkr. Styrelsen gav 2023-03-31 sjukhusdirektören i uppdrag att ta fram ytterligare åtgärdsplaner för en verksamhet och ekonomi i balans. En åtgärdsplan om 600 mnkr beslutades i maj 2023 och en kompletterande åtgärdsplan om 538 mnkr beslutades i augusti 2023. Åtgärderna beskrivs i områdesspecifika excelfiler med beskriven effekt samt prognos.	Statusrapporter sammanställs månadsvis på områdesnivå till sjukhusledningen och genomförandet av åtgärdsplanen återrapporeras till styrelsen månadsvis. I intervjuer uppges att uppföljningen visar att beslutade åtgärder vidtas men inte ger förväntad kostnadseffekt, det uppges därmed finnas behov av att flytta fokus från genomförande av åtgärdsplan till att se till vilka åtgärder som är kostnadsminskande.	Vid antagandet av handlingsplanen 2023-05-17 beskrivs att "...obalansen så stor att en handlingsplan (red. åtgärdsplan) inte kan förväntas ge ett nollresultat redan under 2023". Det noteras att åtgärderna för 2023 i högre grad är process- och verksamhetsorienterade istället för åtgärder kopplade till att rationalisera bort enskilda tjänster, och därmed kan ha en mindre konkret kostnadspåverkande effekt. Detta uppges bero på att underskottet är så pass mycket större än tidigare och att nya arbetssätt krävs för att genomföra kostnadsminskningar.
Skaraborgs Sjukhus	Skaraborgs Sjukhus har beslut i detaljbudgeten för 2023 om åtgärder om 350 mnkr, varav 200 mnkr är åtgärder som ska genomföras av verksamheterna och 150 mnkr avser åtgärder av mer strukturell natur som kräver beslut av styrelsen eller på regionnivå. Åtgärderna omfattar ett antal övergripande kategorier och konkretiseras av förvaltningens olika verksamhetsområden. Varje verksamhetschef har var sin excelfil om åtgärderna och effekten 2023 och 2024 följs upp av styrelsen. Därtill har sjukhusdirektören i juni på grund av det försämrade ekonomiska läget beslutat om ytterligare effektiviseringskrav motsvarande 100 mnkr utlagt på verksamheterna.	Uppföljning av åtgärdsplanen rapporteras till varje styrelsemöte. Skaraborgs Sjukhus har tagit fram en struktur och byggt rapporter för uppföljning av åtgärdsplaner med hög detaljnivå, möjliga att aggregera upp. Strukturen/rapporterna innefattar bl.a. prognostiserad effekt för helår, ackumulerat utfall för de olika åtgärderna samt analys av effekterna av olika åtgärder/kategorier av åtgärder.	Skaraborgs Sjukhus styrelse beslutade 2023-09-12 om utbudsförändringar som beräknas ge en kostnadsminskning motsvarande 150 mnkr. Alla föreslagna utbudsförändringar påbörjas under hösten 2023 och ska slutföras senast till 2024-01-01. I verksamheternas åtgärdsplaner delas åtgärder upp i om de har effekt på det ekonomiska resultatet eller inte. Detta då en stor del av åtgärderna inte har en direkt effekt på ekonomin utan vidtas för att klara nuvarande uppdrag och för att inte dra på sig kostnadsökningar. Skaraborgs Sjukhus har ett förvaltningsövergripande råd för t.ex. medicinska verksamheter, samordning av verksamheter samt läkemedel där goda exempel för att minska kostnadsutvecklingen sprids.

Övergripande beskrivning av sjukhusförvaltningarnas åtgärdsplaner (2/3)

	Beslut om åtgärdsplaner	Uppföljning och åiterrapportering	Övriga iakttagelser
Södra Älvsborgs Sjukhus	<p>Styrelsen beslutade om en handlingsplan för en ekonomi och verksamhet i balans 2023-04-28. Handlingsplanen kostnadsbesparingar är utifrån två områden; genomförande av aktiviteter kopplat till verksamhetsplanen för 2023 motsvarande 150 mnkr. Förbättrade kvalitetsutfall med en ekonomisk potential om 100 mnkr under 2023 och 2024. Styrelsen om beslutade om ytterligare åtgärder för en ekonomi i balans vid sammanträde 2023-08-29 motsvarande 50 mnkr under år 2023.</p> <p>Åtgärderna har konkretiserats i en excelfil, fördelad på nio verksamhetsområden, och innehåller bl.a. förväntad effekt, aktivitetens start och slut samt fält för uppföljning av effekt. Den totala summan av åtgärder i excelfilen uppgår till 87 mnkr för år 2023 och 107 mnkr år 2024.</p>	<p>Sjukhusdirektören beslutade 2023-04-25 om en särskild arbetsordning och ett arbetsutskott med verksamhetschefer för en ekonomi i balans. Där framgår bl.a att ekonomichefen ansvarar för en regelbunden uppföljning av verksamhetsområdenas och stabernas framtagna åtgärder. Uppföljning sker vid möten med arbetsutskott för en ekonomi i balans samt vid veckovisa pulsmöten, med "trafikljus" för genomförandet. Styrelsen tog beslut 2023-04-28 uppföljningen av handlingsplanen ske integrerat i existerande månadsrapport till styrelsen.</p>	<p>I underlaget till styrelsen noteras att den ekonomiska potentialen i åtgärderna i åtgärdsplan överstiger 200 mnkr, men att förvaltningens erfarenhet är att åtgärdsplan sällan når full potential i genomförandet och därför måste den ta höjd för visst bortfall. Av filen med åtgärdsplaner framgår följande: "Grundförutsättningar: är att kärnuppdrag som tex vårduppdrag, utbildningsuppdrag etc ska utföras. Arbetsmiljön får inte påverkas negativt. Om t.ex. tillgänglighet påverkas negativt av en aktivitet, kan inte aktiviteten genomföras."</p>
Sjukhusen i väster	<p>Av detaljbudget för 2023 framgår att åtgärdsplanen som antogs av styrelsen för åren 2021-2022 om 170-175 mnkr kvarstår för 2023 och kompletteras med ytterligare åtgärder om ca 180 mnkr. Av tjänsteutlåtanden i maj månad 2023 kan utläsas att åtgärder för 265 mnkr har konkretiserats där 200 mnkr kan ses som strukturella åtgärder och 65 mnkr som resultatförbättrande åtgärder.</p> <p>31 augusti beslutade styrelsen att anta ytterligare kompletterande åtgärder om 170 mnkr som del av åtgärdsplanerna, vilket är utöver de redan beslutade 350 mnkr som var en del av detaljbudgeten.</p>	<p>Åtgärderna är kategoriserade utifrån tre övergripande områden: <i>Effektiv vårdutbudsstruktur och produktionsplanering, Digitalisering och Akut- och slutenvårdens optimering</i>. Varje område har en ansvarig chef.</p> <p>Uppföljning av åtgärderna sker under hösten 2022 på veckobasis för att säkra framdriften i nödvändiga åtgärder. Fördjupade dialoger förs mellan sjukhusledning och verksamheter som har en mer utmanande situation. Varje månad får styrelsen ta del av en uppföljning av de ca hundra åtgärderna som Sjukhusen i väster har i sin åtgärdsplan och där åtgärderna är nedbrutna på olika verksamhetsområden.</p>	<p>Eftersom det har noterats att åtgärder inte har genomförts eller fått önskad effekt har ansvar för t.ex. vissa personalbeslut flyttats högre upp i organisationen och där ett centralt team ska ta större ansvar för översyn och förändringar rörande personal.</p>

Övergripande beskrivning av sjukhusförvaltningarnas åtgärdsplaner (3/3)

Beslut om åtgärdsplaner		Uppföljning och återrapporering	Övriga iakttagelser
NU-sjukvården	<p>En åtgärdsplan utifrån fyra olika kategorier om 95 mnkr beslutades av styrelsen i maj 2023. De fyra kategorierna innefattar: <i>minskad hyrpersonal, minskad personalstyrka, minskad övertid och minskade kostnader för konferenser</i>. Utifrån den beslutade åtgärdsplanen för 2023 ska NU-sjukvården så långt som det är möjligt genomföra effektiviseringar i den egna verksamheten. Det har gjorts en fördelning av åtgärdsbeloppet på 95 mnkr ut på olika organisatoriska områden. Dessa redovisas i en excelfil, men där framgår ej vilka åtgärder som avses för respektive område.</p>	Uppföljning av åtgärderna sker månadsvis och rapporteras till styrelsen.	NU-sjukvården har inte haft några åtgärdsplaner tidigare år utan har inarbetat effektiviseringar i förvaltningsplan och budget. Under styrelsemötet 29 juni 2023 beslutade styrelsen för NU-sjukvården att man ska utarbeta ytterligare förslag till besparingsåtgärder till handlingsplanen för en ekonomi i balans. Dessa förslag har ännu inte konkretiserats.

A.4

Bilagor till kapitel 5

Avsnittet innefattar bilagor till kapitel 5, *Ekonomisk analys och jämförelser*.

Bilagorna innefattar:

- Beskrivning av jämförelsegrupper liknande regioner avseende socioekonomi och hälso- och sjukvård
- Sammanställning av nyckeltal för förvaltningar inom VGR
- Sammanställning av nyckeltal för liknande sjukhus utanför VGR

Beskrivning av jämförelsegrupper liknande regioner avseende socioekonomi och hälso- och sjukvård

Nyckeltalen i den regionövergripande nyckeltalsanalysen är baserad på offentlig statistik som samlats in från ansvariga statistikmyndigheter. Nedan beskrivs detaljer kring de jämförelsegrupper som VGR har jämförts mot i den regionövergripande nyckeltalsanalysen.

I nyckeltalsanalysen görs jämförelser dels med liknande regioner och dels med ett snitt för alla regioner i riket. Syftet med att jämföra med strukturellt liknande regioner är att kvarvarande kostnadsskillnader i större utsträckning kan förklaras av påverkbara faktorer (ej struktur).

Liknande regioner kategoriseras i två olika grupper: de med likheter avseende socioekonomi och de med likheter avseende hälso- och sjukvård. Socioekonomi baseras på ohälsotal, utrikesfödda, utbildningsnivå, förvärvsarbete, medianinkomst samt andel unga respektive äldre i befolkningen.

Hälso- och sjukvård baseras till största andel (70 procent) på referenskostnad, vilket bygger på kostnadsutjämnningen som indikerar vad respektive verksamhet borde ha för nettokostnad enligt kostnadsutjämnningssystemet. Referenskostnaden är en justering av standardkostnaden där hänsyn tas till löner, bebyggelsestruktur och befolkningsutvecklingen. Resterande del (30 procent) baserar sig på invånarantal. I tabellen till höger beskrivs vilka de jämförbara regionerna är.

De jämförbara regionerna används på olika sätt beroende på vilken organisatorisk nivå i VGR som dessa jämförelser görs på:

- Gruppen "Liknande regioner socioekonomi" används för jämförelser på regionövergripande nivå.
- Gruppen "Liknande regioner hälso- och sjukvård" används för jämförelser inom Hälso- och sjukvården.

	Liknande regioner socioekonomi	Liknande regioner hälso- och sjukvård (inkl. läkemedel)
1	Region Jönköping län	Region Halland
2	Region Kronoberg	Region Jönköpings län
3	Region Uppsala	Region Skåne
4	Region Västerbotten	Region Stockholm
5	Region Västmanland	Region Uppsala
6	Region Örebro län	Region Örebro län
7	Region Östergötland	Region Östergötland

Sammanställning av nyckeltal för sjukhusförvaltningar inom VGR

Jämförelse baserat på inrapporterad data från öppna källor.

	Sjukhustyp	Antal anställda	Antal vårdplatser*	Antal vårdtillfällen	Genomsnittligt antal vårdtillfällen/anställd	Medelvårdtid	Andel inom 90 dagar, väntande operation/åtgärd ** (%)	Kostnad per DRG-poäng i sluten och öppen somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i sluten somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i öppen somatisk specialiserad vård
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Universitets-sjukhus	15 059	1 470	87 512	5,8	4,3	38	66 964	63 742	72 478
NU-sjukvården	Länssjukhus	4 138	565	33 527	8,1	4,4	57	60 759	58 413	64 230
Skaraborgs sjukhus	Länssjukhus	3 898	533	33 109	8,5	4,0	58	62 658***	60 383***	66 052***
Södra Älvsborgs sjukhus	Länssjukhus	3 107	380	24 437	7,9	4,3	54	67 577	64 323	71 954
Sjukhusen i väster	Länsdels-sjukhus	2 551	280	14 961	5,9	5,0	71	63 119	61 046	64 964

*Antal vårdplatser avser somatisk slutenvård, primär slutenvård samt psykiatrisk heldygnsvård

** Avser andel som väntat mindre än 90 dagar på operation/åtgärd per juli 2023

*** DRG-poäng avser enbart sjukhuset i Skövde

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Jämförelse baserat på inrapporterad data från öppna källor.

	Sjukhustyp	Antal anställda	Antal vårdplatser*	Antal vårdtillfällen	Genomsnittligt antal vårdtillfällen/anställd	Medelvårdtid	Andel inom 90 dagar, väntande operation/åtgärd ** (%)	Kostnad per DRG-poäng i sluten och öppen somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i sluten somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i öppen somatisk specialiserad vård
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Universitets-sjukhus	15 059	1 470	87 512	5,8	4,3	38	66 964	63 742	72 478
Karolinska Universitetssjukhuset	Universitets-sjukhus	15 200	1,098	78 408	5,2	4,5 (Solna) 3,7 (Huddinge)	60 (Solna) 55 (Huddinge)	74 584	76 412	72 199
Akademiska sjukhuset	Universitets-sjukhus	8 600	700	40 110	4,7	4,8	46	70 319	71 706	67 907
Universitetssjukhuset i Linköping	Universitets-sjukhus	6 700	455	30 067	4,5	4,0	44	72 240	75 369	68 266
Universitetssjukhuset i Örebro	Universitets-sjukhus	3 500	454	32 930	3,4	4,0	50	66 397	67 109	65 547
Norrlands Universitetssjukhus	Universitets-sjukhus	5 000	443	25 989	3,1	4,2	39	71 451	72 534	69 845

*Antal vårdplatser avser somatisk slutenvård, primär slutenvård samt psykiatrisk heldygnsvård

** Avser andel som väntat mindre än 90 dagar på operation/åtgärd per juli 2023

NU-sjukvården och Skaraborgs Sjukhus

Jämförelse baserat på inrapporterad data från öppna källor.

	Sjukhustyp	Antal anställda	Antal vårdplatser*	Antal vårdtillfällen	Genomsnittligt antal vårdtillfällen/ anställd	Medelvårdtid	Andel inom 90 dagar, väntande operation/ åtgärd ** (%)	Kostnad per DRG-poäng i sluten och öppen somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i sluten somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i öppen somatisk specialiserad vård
NU-sjukvården	Länssjukhus	4 138	565	33 527	8,1	4,4	57	60 759	58 413	64 230
Skaraborgs Sjukhus	Länssjukhus	3 898	533	33 109	8,5	4,0	58	62 658***	60 383***	66 052***
Södersjukhuset AB	Länssjukhus	4 679	583	49 046	10,5	3,8	64	69 387	68 964	70 110
Danderyds sjukhus AB	Länssjukhus	4 500	497	51 083	11,4	3,0	68	64 893	62 620	69 405
Centralsjukhuset Karlstad	Länssjukhus	3 800	403	29 141	7,7	4,0	48	67 117	62 755	72 330
Gävle sjukhus	Länssjukhus	<i>Uppgift saknas</i>	329	20 600	<i>Uppgift saknas</i>	4,2	68	57 900	50 740	65 750
Länssjukhuset i Kalmar	Länssjukhus	2 300	316	20 804	9,0	3,2	71	59 825	55 170	65 550

*Antal vårdplatser avser somatisk slutenvård, primär slutenvård samt psykiatrisk heldygnsvård

** Avser andel som väntat mindre än 90 dagar på operation/åtgärd per juli 2023

Södra Älvsborgs Sjukhus

Jämförelse baserat på inrapporterad data från öppna källor.

	Sjukhustyp	Antal anställda	Antal vårdplatser*	Antal vårdtillfällen	Genomsnittligt antal vårdtillfällen/anställd	Medelvårdtid	Andel inom 90 dagar, väntande operation/åtgärd ** (%)	Kostnad per DRG-poäng i sluten och öppen somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i sluten somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i öppen somatisk specialiserad vård
Södra Älvsborgs sjukhus	Länssjukhus	3 107	380	24 437	7,9	4,3	54	67 577	64,323	71 954
Gävle sjukhus	Länssjukhus	<i>Uppgift saknas</i>	329	20 600	<i>Uppgift saknas</i>	4,2	68	57 900	50 740	65 750
Länssjukhuset i Kalmar	Länssjukhus	2 300	316	20 804	9,0	3,2	71	59 825	55 170	65 550
Centralsjukhuset Kristianstad	Länssjukhus	2 000	306	21 310	10,7	4,1	67	60 943	65 512	56 493
Blekingesjukhuset	Länssjukhus	2 185	287	19 912	9,1	4,3	61	73 570	70 956	77 042
Sunderby sjukhus	Länssjukhus	2 500	225	16 719	6,7	4,1	37	70 761	68 995	72 877

*Antal vårdplatser avser somatisk slutenvård, primär slutenvård samt psykiatrisk heldygnsvård

** Avser andel som väntat mindre än 90 dagar på operation/åtgärd per juli 2023

Sjukhusen i väster

Jämförelse baserat på inrapporterad data från öppna källor.

	Sjukhustyp	Antal anställda	Antal vårdplatser*	Antal vårdtillfällen	Genomsnittligt antal vårdtillfällen/anställd	Medelvårdtid	Andel inom 90 dagar, väntande operation/åtgärd ** (%)	Kostnad per DRG-poäng i sluten och öppen somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i sluten somatisk specialiserad vård	Kostnad per DRG-poäng i öppen somatisk specialiserad vård
Sjukhusen i väster	Länsdels-sjukhus	2 551	280	14 961	5,9	5,0	71	63 119	61 046	64 964
Helsingborgs lasarett	Länsdels-sjukhus	3000	402	25 180	8,4	4,1	55	63 989	70 734	57 149
Södertälje sjukhus AB	Länsdels-sjukhus	1300	174	13 406	10,3	2,8	66	61 505	65 473	55 149
Västerviks sjukhus	Länsdels-sjukhus	1500	170	10 532	7,0	3,0	66	63 491	55 232	72 908
Hudiksvalls sjukhus	Länsdels-sjukhus	<i>Uppgift saknas</i>	146	9 517	<i>Uppgift saknas</i>	3,6	57	58 598	47 414	72 454
Skellefteå lasarett	Länsdels-sjukhus	1200	141	8 886	7,4	4,1	38	66 350	64 820	68 223

*Antal vårdplatser avser somatisk slutenvård, primär slutenvård samt psykiatrisk heldygnsvård

** Avser andel som väntat mindre än 90 dagar på operation/åtgärd per juli 2023

Denna rapport har upprättats inom ramen för vårt uppdrag att tillhandahålla rådgivning avseende Ekonomi i balans – Extern granskning och analysmodell, enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av avropsavtal undertecknat 2023-05-17. Rapporten är endast upprättad för vår uppdragsgivares räkning, Västra Götalandsregionen (org nr 23210-0131). Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (organisationsnummer 556029-6740)/ PricewaterhouseCoopers AB tar inte något som helst ansvar gentemot någon annan än uppdragsgivaren som väljer att förlita sig på eller att agera utifrån innehållet i denna rapport. Inte heller tas något ansvar för att rapporten används för andra syften än för dem som förelegat vid uppdragets utförande.