

Helse- og omsorgsdepartementet

1 Helse- og omsorgsdepartementets forvaltning og gjennomføring av budsjettet for 2006

1.1 Generelt om resultatet av revisjonen

Helse- og omsorgsdepartementets rapporteringsområde er delt i to programområder:

- Helse og omsorg
- Stønad ved helsetjenester (folketrygden)

Helse- og omsorgsdepartementets budsjett for 2006 var på 103,4 mrd. kroner, hvorav 98,2 mrd. kroner (95 prosent) er overføringer til andre (post 50–89)¹. Budsjettet fordeler seg med

- 84,3 mrd. kroner på programområdet Helse og omsorg, hvorav 73,6 mrd. kroner til de regionale helseforetakene
- 19,0 mrd. kroner på programområdet Stønad ved helsetjenester.

Departementet har ansvar for 11 underliggende virksomheter. Riksrevisjonen har avgitt 11 revisjonsbrev uten merknader. Riksrevisjonens kontroll har også omfattet statsrådets forvaltning av statens interesser i fem regionale helseforetak, 32 underliggende helseforetak, ett særlovsselskap og ett deleid aksjeselskap. Riksrevisjonen har flere merknader til statsrådets forvaltning av helseforetakene, jf. punkt 3.

1.2 Budsjett – regnskap

Revisjonen av statsregnskapet og departementets forklaringer til statsregnskapet for 2006 viser følgende mangler i forhold til bevilgningsreglementets bestemmelser:

- Det er i flere kapitler og poster betydelige avvik mellom budsjetterte og regnskapsførte inntekter. Flere nullbudsjetterte inntekstposter viser betydelige inntekter i regnskapet. For regnskapsåret 2006 er samlet budsjett for de fem største postene 109,8 mill. kroner. Regnskapet viser 371,6 mill. kroner. Dette utgjør et avvik på 261,8 mill. kroner. Også tidligere år har det vært betydelige avvik mellom budsjett og regnskap på de samme postene. Forholdet gjelder Nasjonalt folkehelseinstitutt, Sosial- og helsedirektoratet, Kunnskapssentret og departementet.

1) Tallene hentet fra St.meld. nr. 3 for 2006 mv. (statsregnskapet 2006).

- I forklaringene til statsregnskapet for 2006 er det gitt forklaring på avvik mellom budsjett og regnskap for en av postene, mens det for de øvrige kun er gitt informasjon om inntekts art.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at avvikene kunne vært mer utfyllende forklart for regnskapsåret 2006. Departementet har, som i foregående terminer, spesielt konsentrert omtalen til samlet budsjettavvik, det vil si avviket mellom merutgifter og merinntekter sett under ett. For budsjetterterminen 2008 vil Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, vurdere om det blant annet på bakgrunn av tidligere års erfaringer skal budsjetteres med høyere inntekter på enkelte kapitler.

Andre merutgifter eller mindreinntekter under noen kapitler og poster er enten av mindre betydning, eller det er tilfredsstillende redegjort for dem i forklaringene til statsregnskapet.

1.3 Styring, måloppnåelse og resultatrapportering til Stortinget i forhold til det årlige budsjettet

1.3.1 Departementets styring av underliggende virksomheter (etatsstyring)

Departementets styring av beredskap

Riksrevisjonen har kontrollert styring, måloppnåelse og rapportering på beredskapsområdet. Formålet var å se om Stortingets vedtak og forutsetninger på områdene miljørettet helsevern og smittevern samt ulykkes- og atomberedskap var oppfylt på områder der Sosial- og helsedirektoratet er delegert ansvaret for overordnet koordinering.

Revisjonen viser manglende koordinering departementene imellom samt at Sosial- og helsedirektoratet i begrenset grad følger opp og kontrollerer fylkesmannsembetenes måloppnåelse:

- Oppdragene fra de ulike departementene og virksomhetene synes ikke å være koordinert. Tilnærmet like oppdrag er gitt av flere departementer.

- Innholdet i flere av embetsoppdragene til fylkesmannsembetene framstår som uklare, det hefter usikkerhet blant flere embeter om hvilke tiltak som er forventet.
- Sosial- og helsedirektoratet har ikke satt konkrete krav til embetenes måloppnåelse i forhold til embetsoppdragene og til hva som skal rapporteres til direktoratet. Dessuten er direktoratets oppfølging av embetene begrenset.
- Flere embetsoppdrag innen miljørettet helsevern og smittevern samt ulykkes- og atomberedskap er i varierende grad fulgt opp av fylkesmannsembetene.
- Det eksisterer betydelige regionale og lokale ulikheter når det gjelder oppdatering av planer og beredskap.
- Sosial- og helsedirektoratets årsrapportering til departementet for 2006 omhandler i liten grad fylkesmannsembetenes måloppnåelse på området.

Sosial- og helsedirektoratet viser til at det er mange departementer og direktorater som gir styringsoppdrag til embetene, og at samhandlingen mellom departementsområdene mot regionalt nivå per i dag ikke er god nok. Helse- og omsorgsdepartementet har en rolle som direktoratets etatsstyrer, og Fornyings- og administrasjonsdepartementet har et samordningsansvar på overordnet nivå.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at fylkesmannsembetenes evne til å gjennomføre oppdragene fra Sosial- og helsedirektoratet er viktig for direktoratets og departementets måloppnåelse. Manglende rapportering på embetenes måloppnåelse i direktoratets årsrapport skyldes at denne omhandler direktoratets måloppnåelse på overordnet nivå i forhold til departementets tildelingsbrev. Fristen for direktoratets årsrapportering til Helse- og omsorgsdepartementet sammenfaller med embetenes frist for årsrapportering til Fornyings- og administrasjonsdepartementet.

Departementet uttaler videre at det er i dialog med Fornyings- og administrasjonsdepartementet og Justisdepartementet om beredskapsoppdrag innenfor eget ansvarsområde. Helse- og omsorgsdepartementets innspill til embetsoppdragene er gjenstand for kontinuerlig utvikling og kvalitetsforbedring i samråd med Fornyings- og administrasjonsdepartementet og øvrige berørte departementer.

Helse- og omsorgsdepartementets styring av Nasjonalt folkehelseinstitutt

Riksrevisjonen har gjennomført en virksomhetsanalyse av Nasjonalt folkehelseinstitutt for 2006, der departementets styring og oppfølging av instituttet er kontrollert.

Revisjonen viser at departementets styring og Nasjonalt folkehelseinstitutts rapportering er svært detaljert og aktivitetsorientert sett opp mot økonomireglementets rammer og prinsipper, inkludert mål- og resultatstyring.

- Tildelingsbrevet til Nasjonalt folkehelseinstitutt framstår som svært detaljert på mange punkter.
- Departementet har i liten grad utviklet resultatmål og styringsparametere som er stabile over tid.
- Det er i liten eller ingen grad utviklet indikatorer som sier noe om instituttets måloppnåelse, verken av overordnet mål om bedre folkehelse eller om de underliggende delmålene.
- Nasjonalt folkehelseinstitutts strategiplan som brukes i styringen og gjengis i årsrapporten, er svært generell og viser i liten grad sammenhengen mellom de ulike aktivitetene og de overordnede målene.
- Årsrapporten for 2006 er svært omfattende og detaljert. Det er i stor grad rapportert en mengde delaktiviteter.

Departementet uttaler at det vil gjennomgå målstrukturen for Nasjonalt folkehelseinstitutt med sikte på å utvikle resultatmål og styringsparametere som i større grad indikerer måloppnåelse, og som er stabile over tid. Som en oppfølging av vårens etatsstyringsmøte vil departementet og Nasjonalt folkehelseinstitutt vurdere formen på rapporteringen. Formålet er at målstrukturen i større grad skal gjenspeiles i årsrapporten.

1.4 Helse- og omsorgsdepartementets forvaltning av statens interesser i selskaper m.m.

1.4.1 De regionale helseforetakenes resultatrapportering og måloppnåelse

Riksrevisjonen har kontrollert de regionale helseforetakenes rapportering og måloppnåelse i forhold til kravene i bestillerdokumentene for 2006.

Kvalitet på rapportering

Kontrollen viser at det innen flere områder fortsatt er vanskelig å vurdere måloppnåelsen. Dette skyldes at enkelte regioner ikke rapporterer fullstendig på krav som er stilt, eller at det rapporte-

res på en slik måte at det ikke klart går fram om nødvendige tiltak er igangsatt eller gjennomført. Rapporteringen av grunnlagsdata for nasjonale kvalitetsindikatorer er fortsatt mangelfull, spesielt når det gjelder psykisk helsevern.

Måloppnåelse faglig rammeverk

Helseforetakene skal søke å unngå korridorpasienter. Innen somatikken var det i tredje tertial 2006 hver dag i gjennomsnitt 235 korridorpasienter ved sykehusene.² Dette er en økning på 3,5 prosent fra tredje tertial 2005. Data fra NPR viser at det har vært en økning i antall korridorpasienter i Helse Øst, Helse Sør og Helse Vest, mens det har vært en reduksjon i Helse Midt-Norge og Helse Nord.

Minst 80 prosent av epikrisene skal sendes innen sju dager etter utskriving. Nasjonalt har andelen epikriser som sendes innen sju dager, økt fra 56 prosent i tredje tertial 2005 til 60 prosent i tredje tertial 2006³ innen somatikken. Til tross for positiv utvikling i alle regioner er målet fremdeles ikke nådd.

I tredje tertial 2006 fikk 93 prosent av pasientene med lårhalsbrudd operasjon innen 48 timer, noe som er en reduksjon på 2 prosent i forhold til tredje tertial 2005. Andelen pasienter som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet, er redusert fra 9 prosent i tredje tertial 2005 til 8,5 prosent i tredje tertial 2006.

Måloppnåelse prioritering

Til tross for at det har vært lagt vekt på å få en mer enhetlig tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, er det fremdeles store variasjoner i tildelingspraksis både i og mellom regionene. Innen fagområdet psykisk helsevern for voksne er det for eksempel mindre endringer på nasjonalt plan, mens forskjellene mellom helseforetakene har økt i flere regioner.

De regionale helseforetakene skal sørge for at alle som har rett til individuell plan, får tilbud om det. Tall fra NPR viser at på landsbasis har henholdsvis 27 prosent av pasientene innen barnehabilitering (tredje tertial 2006) og 11 prosent av ADHD-pasientene (barn og unge) fått individuell plan (andre tertial 2006). Innenfor barnehabilitering har det ved flere helseforetak vært en negativ utvikling i andel pasienter som får utarbeidet individuell plan.

2) Tall oversendt fra NPR 3. mai 2007.

3) Tall hentet fra Fritt sykehusvalg.

Måloppnåelse pasientbehandling

Det framgår av bestillerdokumentet at aktiviteten som omfattes av aktivitetsbaserte tilskudd, skal videreføres på om lag samme nivå som i 2005. Tall fra NPR viser at det har vært en økning i antall korrigerte DRG-poeng på totalt 2,8 prosent fra 2005 til 2006. Helse Sør RHF har hatt den største økningen, 5,4 prosent i forhold til 2005. I foretaksmøtene i mai 2007 konstaterte departementet at Helse Øst RHF og Helse Sør RHF har hatt en høyere aktivitet innen somatikk enn forutsatt.

Helseforetakene skal øke innsatsen til psykisk helsevern og til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. Den prosentvise veksten innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innen somatikken. I foretaksmøtene i mai 2007 konstaterte departementet at Helse Øst RHF ikke har fulgt opp kravet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og at Helse Midt-Norge RHF ikke har fulgt opp kravet innen psykisk helsevern. Helse Sør RHF og Helse Vest RHF innfrir kravet.

Psykisk helsevern

De regionale helseforetakene påpeker at problemer knyttet til rekruttering av fagpersonell, gjør det vanskelig å oppfylle kravene i bestillerdokumentene, særlig kravet om 5 prosents nasjonal dekningsgrad i tilbudet til barn og unge innen 2008. Dette gjelder også kravene om markert redusert ventetid for barn og unge i psykisk helsevern, tilgjengelighet og kvalitet i akuttjenester innen psykisk helsevern for voksne, samt kravet om å oppgradere distriktspsykiatriske sentre faglig og bemanningsmessig.

Ventetidene for de høyt prioriterte tjenestene skal fortsatt holdes på lavt nivå, og det forventes en markert reduksjon i gjennomsnittlig ventetid for behandling av barn og unge med psykiske lidelser. Tall fra NPR viser at gjennomsnittlig ventetid er stabil innen psykisk helsevern for barn og unge, men at ventetiden er økt innen psykisk helsevern for voksne. Det er store variasjoner i gjennomsnittlig ventetid mellom regionene.

Ifølge bestillerdokumentene skal ikke ventetid for vurderingssamtale (barn og unge) overstige ti dager. Tall fra Fritt sykehusvalg for andre tertial 2006 viser at median ventetid for vurderingssamtale for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er 43 dager og for pasienter uten slik rett 42 dager.

Tilbudet til rusmiddelmissbrukere

Departementet har stilt krav om at det må arbeides for å redusere ventelistene for tverrfaglig spesialisert behandling, inkludert legemiddelasistert rehabilitering. Tall fra NPR for tredje tertiál 2006 viser at det er store regionale forskjeller i ventetid, fra 94 dager i Helse Sør til 150 dager i Helse Nord. I Helse Nord er det også flest brudd på fastsatt frist for behandlingsoppstart. Det er videre store regionale forskjeller i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp til pasienter med rusmiddelproblemer. I Helse Midt-Norge får 94 prosent av pasientene tildelt denne retten, mens i Helse Sør gjelder dette for kun 53 prosent.

Rehabilitering og habilitering

De regionale helseforetakene skal prioritere tjenestetilbudet innenfor rehabilitering og habilitering på en slik måte at tilbudet til pasientene utbygges og styrkes i 2006, og særlig oppmerksomhet bør vies til habilitering av barn og rehabilitering av alvorlig hodeskade.

De regionale helseforetakene har igangsatt ulike prosjekter, utredningsarbeid og tiltaksplaner innen rehabilitering og habilitering i 2006. Det er imidlertid vanskelig å vurdere i hvilken grad tilbudet er utbygget og styrket i 2006.

Selv om det har vært en styrking av tilbudet for pasienter med alvorlig hodeskade i flere av regionene, er tilbudet fremdeles ikke tilstrekkelig. Helse Sør RHF har opprettet tre plasser, i tillegg til et ambulant team. Anbefalt nivå i regionen er sju plasser. I Helse Nord økte antall sengeplasser for pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade fra to plasser i 2005 til tre plasser fra november 2006. I Helse Midt-Norge er imidlertid tilbudet til alvorlig hodeskadede ved St. Olavs Hospital redusert fra 24 til 18 plasser.

Tall fra NPR viser at det har vært en økning i antall rehabiliteringsopphold i sykehus fra 2005 til 2006. De regionale helseforetakenes kostnader til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringssentre har økt, men antall plasser er redusert fra 2005 til 2006. Det er stor variasjon i gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått igangsatt behandling, fra 36 dager i Helse Sør til 138 dager i Helse Nord.⁴

4) Tallene gjelder fagområdet "fysikalsk medisin og rehabilitering".

1.4.2 De regionale helseforetakenes måloppnåelse i forhold til andre styringskrav

Økonomiske prestasjonskrav

På foretaksmøtene i januar 2006 stilte departementet krav om at de regionale helseforetakene skulle oppnå økonomisk balanse i 2006. I juni 2006 fikk Helse Midt-Norge RHF forskjøvet balansekravet, og det ble lagt til grunn at det korrigerte resultatet for 2006 ikke skulle overstige 350 mill. kroner.

Tabell 1 Økonomiske krav og RHFenes resultater i 2005 og 2006

Tall i mill. kroner	Oppnådd korrigert resultat 2005	Krav korrigert resultat 2006	Oppnådd korrigert resultat 2006
Helse Øst	42	0	-14,6
Helse Sør	-498	0	-307,1
Helse Vest	-182	0	-405,2
Helse Midt-Norge	-572	-350	-710,9
Helse Nord	-165	0	-432,8
Sum	-1375	-350	-1870,6

Det er betydelige avvik mellom eiers krav og oppnådde økonomiske resultater i samtlige regioner, bortsett fra i Helse Øst. Det korrigerte økonomiske resultatet er forbedret i forhold til 2005 i Helse Sør RHF, mens det er vesentlig forverret i Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Den manglende resultatoppnåelsen ble også for disse regionene først meldt departementet på slutten av 2006.

1.4.3 Tidligere rapporterte forhold ved de regionale helseforetakene

Tildeling av kontrakter til de regionale sykehusapotekene

For 2004 rapporterte Riksrevisjonen om at kontraktene med sykehusapotekene om kjøp i egenregi var i strid med regelverket for offentlige anskaffelser. Kontraktene er fremdeles i strid med regelverket for offentlige anskaffelser. Departementet påla de regionale helseforetakene på foretaksmøtene i januar 2006 å se til at "sykehusapotekenes salg av ikke-reseptpliktige varer og reseptomsetning til pasienter som ikke er tilknyttet sykehuset, utgjør under 20 pst. av sykehusapotekenes totalomsetning". Etter Riksrevisjonens vurdering er departementets pålegg overfor helseforetakene ikke tilstrekkelig, jf. merknad under punkt 3.

Avvik knyttet til kapittel 732 post 77

For 2004 ble det rapportert om et avvik på 40,5 mill. kroner mellom de regionale helseforeta-

kenes regnskaper og statsregnskapet vedrørende kapittel 732 post 77. Departementet opplyste at foretakenes artskonti var endret med virkning fra og med 2006, for å rette opp feilen. Kontrollen for 2006 viser imidlertid at til tross for at foretakenes artskonti er endret, er det fortsatt avvik mellom de regionale helseforetakenes regnskaper og statsregnskapet. Avviket er redusert til 36,8 mill. kroner og utgjør 1 prosent av posten, noe som innebærer at de regionale helseforetakene har mottatt mer enn det som er ført i statsregnskapet. 18. september 2007 mottok Riksrevisjonen tilleggsopplysninger fra departementet om at de regionale helseforetakene har mottatt 11,8 mill. kroner mindre enn det som er ført i statsregnskapet. Forholdet vil bli fulgt opp videre.

Finansielle leieavtaler

Riksrevisjonen har tatt opp spørsmålet om finansielle leieavtaler flere år på rad. Riksrevisjonen konstaterer at de finansielle leieavtalene som det ble rapportert om vedrørende Helse Midt-Norge for 2005, er brakt i orden. Riksrevisjonen har imidlertid en merknad knyttet til inngåelse av nye finansielle leieavtaler i foretaksgruppen Helse Nord, jf. punkt 3.

Øvrige merknadssaker

Riksrevisjonens øvrige merknader knyttet til kontrollen for 2005 ble rapportert til Stortinget høsten 2006. Departementet har stilt krav til de regionale helseforetakene i 2007, og Riksrevisjonen vil vurdere resultatene av departementets oppfølging i forbindelse med kontrollen for 2007.

2 Regnskaper der Riksrevisjonen har vesentlige merknader

Riksrevisjonen har ikke vesentlige merknader til virksomhetsregnskapene.

3 Selskaper m.m. der Riksrevisjonen har merknader til statsrådets forvaltning

Riksrevisjonen har følgende felles merknader til forvaltningen av de regionale helseforetakene i 2006:

Oppfølging av avtalespesialistene

En avtalespesialist er en privatpraktiserende legespesialist eller psykologspesialist som har en

driftsavtale med regionen og fast driftstilskudd fra et regionalt helseforetak. Driftsavtalen gir i tillegg rett til refusjon etter takst fra Folkestrygden og til egenandel fra pasientene. Nasjonalt er det totalt 1646 avtalespesialister.⁵ Fordelingen per helseregion er slik: Helse Øst 816, Helse Vest 295, Helse Sør 283, Helse Midt-Norge 166 og Helse Nord 86. Departementet har stilt krav om at de regionale helseforetakene skal kartlegge innholdet og etablere et system for oppfølging av avtalespesialistene.⁶

Avtalespesialistenes prioritering av pasienter

Riksrevisjonens undersøkelse viser at de regionale helseforetakene informerer avtalespesialistene om sentrale og regionale krav og retningslinjer i forhold til prioriteringspraksis, men at de i liten grad har oversikt over avtalespesialistenes faktiske prioriteringer. Det er vanskelig for de regionale helseforetakene som oppdragsgiver å vurdere om avtalespesialistene prioriterer i tråd med prioriteringsforskriften. Dette gjelder i særlig grad innen psykisk helsevern.

Departementet uttaler at i den grad regionale helseforetak ikke skulle ha en tilfredsstillende oppfølging av avtalespesialistenes prioriteringspraksis, vil det være en naturlig utvikling at dette følges opp i forbindelse med arbeidet som skal settes i gang for å integrere avtalespesialistene bedre i "sørge for"-ansvaret som tilligger de regionale helseforetakene.

Oppfølging og kontroll av avtalespesialistene

Norsk pasientregister (NPR) har samlet inn data fra avtalespesialistene innen somatiske fagområder siden 2002. Årsrapporteringen til NPR for 2006 viser at av 730 avtalespesialister responderte 609 med rapport, 75 responderte uten rapport, mens 46 ikke responderte. 536 avtalespesialister fikk godkjent rapporteringen etter NPRs kvalitetskontroll. Riksrevisjonen er kjent med at det er gjennomført et prosjekt for å utvikle et felles rapporteringssystem for avtalespesialistenes rapportering til de regionale helseforetakene.

I påvente av det nye rapporteringssystemet krever de regionale helseforetakene ulike rapportering fra avtalespesialistene. Flere av regionene har ikke oversikt over kapasitet, ventetid og epikrisetid hos avtalespesialistene. De regionale helseforetakene finner det vanskelig å måle kvaliteten på avtalespesialistenes tjenester, men flere oppgir at de følger med på feilbehandling og

5) Tall fra SSB for 2005.

6) Bestillerdokumentene for 2005.

pasientklager vedrørende avtalespesialistene.

Departementet opplyser at det har bedt Sosial- og helsedirektoratet sørge for at det etableres et mottaksapparat i NPR for aktivitetsrapportering fra privatpraktiserende avtalespesialister. Målet er at psykologer og psykiatere med driftsavtale skal ha første ordinære rapportering til NPR i januar 2008 for tredje tertial 2007. Avtalespesialister innen somatiske fagområder skal fortsette å rapportere på dagens format til og med årsdata for 2007, for så å rapportere på nytt format i 2008. Departementet uttaler at rapportering i nytt format og dels på nye parametere må kunne muliggjøre bedre kvalitet på foretakenes oppfølging og kontroll av avtalespesialistene.

Bruk av kombinasjonsavtaler

Mange avtalespesialister med driftsavtale er i tillegg ansatt i et helseforetak. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene i ulik grad har oversikt over bruken av kombinasjonsstillinger. Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF er de eneste som har oppgitt antall avtalespesialister med kombinasjonsavtaler, henholdsvis 28 prosent og 35 prosent. Mange av avtalespesialistene som er ansatt i helseforetak, har en total stilling som overskrider 100 prosent. De regionale helseforetakene synes å ha noe ulik holdning til bruk av kombinasjonsavtaler.

Rutiner for oppfølging av ansattes bierverv

Riksrevisjonen rapporterte i Dokument nr. 1 (2005–2006) om ansattes bierverv i konkurrerende virksomhet og i Dokument nr. 1 (2006–2007) om ansatte i Krefregistret som hadde inngått personlige avtaler med et legemiddelfirma om honorering i forbindelse med utprøving av HPV-vaksinen.

De ansattes adgang til å ha bierverv reguleres blant annet av helsepersonelloven § 9 med forskrift, foretaksgruppens retningslinjer for bierverv og samarbeidsavtalene de regionale helseforetakene har inngått med legemiddelindustriforeningen (LMI).

Riksrevisjonen har kartlagt foretaksgruppens rutiner for oppfølging av ansattes bierverv. Kartleggingen viser at det bare er i helseforetakene i Helse Sør, med unntak av Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, at bierverv registreres elektronisk, gjennom et felles lønns- og personaldatasystem (Personalportalen). I de øvrige foretaksgruppene er opplysninger om bierverv som regel å finne i den enkelte ansattes personal-

mappe. Opplysningene er ikke registrert på en slik måte at de enkelt og oversiktlig kan rapporteres, verken internt eller eksternt. Flere av regionene opplyser imidlertid om at de har planer om å innføre elektroniske systemer for registrering, rapportering og ajourhold.

Riksrevisjonen har videre testet oppfølgingsrutinene ved å be om å få tilsendt oversikter over ansatte i foretaksgruppene med bierverv i legemiddelindustrien. Det tilsendte materialet viser at foretaksgruppene har 13 ansatte med bierverv i legemiddelindustrien. Disse fordeler seg på foretaksgruppene Helse Sør (8) og Helse Midt-Norge (5). Av de åtte i Helse Sør er seks ved Psykiatrien i Vestfold HF, én ved Sørlandet Sykehus HF og én ved Sykehuset i Vestfold HF. I Helse Midt-Norge er alle fem ved Helse Sunnmøre HF.

Departementet uttaler at de regionale helseforetakene ikke er pålagt å registrere bierverv på en ensartet måte eller via et felles lønns- og personalsystem. Det er lagt til rette for å skaffe den nødvendige oversikt, og det foreligger planer om registreringssystemer som vil gi bedre oversikt i framtiden. Departementet mener at det ikke er behov for ytterligere tiltak på området nå, selv om oversikten over antall ansatte med bierverv i legemiddelindustrien antas å være ufullstendig.

Systemet for fordeling av nye spesialistlegestillinger

Systemet ble etablert i 1999 og er regulert i lov om spesialisthelsetjenester § 4-2. Departementet tildeler hver helseregion en årlig stillingskvote etter anbefaling fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR). Systemet skal bidra til god utdanningskapasitet og god lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og spesialister. I bestillerdokumentene for 2006 har departementet tildelt totalt 180 nye spesialistlegestillinger med følgende regionvise fordeling: Helse Øst 37, Helse Sør 37, Helse Vest 37, Helse Midt-Norge 37 og Helse Nord 32.

Riksrevisjonen har innhentet data for 2005 og 2006 fra legeforeningens medlemsregister over leger i spesialisthelsetjenesten, jf. tabell 2 på neste side. Oversikten viser at det er vesentlige avvik mellom tildelte og faktiske legestillinger ved sykehusene. Noe av avviket kan forklares ved at departementet har innvilget ekstrastillinger gjennom året, for å øke legekapasiteten ved enkelte sykehus.

Tabell 2 Leger innenfor spesialisthelsetjenesten 2005 og 2006⁷

	Status per 31.12.05	Status per 31.12.06	Endring
Overordnede leger	5 296	5 603	307
Leger i spesialisering	3 814	3 969	155
Privatpraktiserende avtalespesialister	896	896	0
Totalt	10 006	10 468	462
Tildelte lege- stillinger i 2006			180
Avvik			282

Kilde: Legeforeningens medlemsregister

Riksrevisjonen har også undersøkt forholdet mellom tildelte og faktiske legestillinger ved to utvalgte helseforetak i hver region – til sammen ti helseforetak. Undersøkelsen viser at fire helseforetak totalt har ansatt om lag 100 leger utover de lovlig tildelte legestillingene. Ansettelsene kan ikke forklares ved tildelinger av ekstrastillinger fra NR i 2006.

I Helse Vest har Helse Stavanger HF 62 uhjemlede legestillinger. Seks av stillingene er opprettet etter pålegg fra departementet om å opprette døgnbemanning ved redningshelikopterbasen på Sola. Helseforetaket påpeker at for å kunne utføre de oppgavene det er pålagt, er antallet stillinger det har i dag nødvendig.

I Helse Midt-Norge hadde St. Olavs Hospital HF per 21. mars 2007 17 overlegestillinger (11,3 årsverk) uten NR-identifikasjonsnummer. Ifølge St. Olavs Hospital HF ligger årsaken til avviket i etableringen av det nye sykehuset.

I Helse Nord har Universitetssykehuset i Nord-Norge HF i 2006 opprettet 17 stillinger utover tildelt kvote, og helseforetaket har problemer med å forklare avviket.

I Helse Sør ansatte Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF tre flere overleger i 2006 enn helseforetaket hadde fått tildelt, og Sørlandet Sykehus HF ansatte én mer enn kvoten. Ingen av helseforetakene begrunner avviket.

De regionale helseforetakene forutsetter at helseforetakene rapporterer til NR slik de er pålagt. Riksrevisjonens undersøkelse viser at de regionale helseforetakene har ulike rutiner for intern oppfølging av rapporteringen. Enkelte regionale

7) Dataene omfatter yrkesaktive medlemmer i Legeforeningen under 70 år i hovedstilling, og tar ikke hensyn til om legene har reduserte stillinger. Turnusleger er ikke omfattet.

helseforetak oppfatter dessuten regelverket som uklart og mener dagens ordning ikke fungerer tilfredsstillende.

Departementet uttaler at det har vært oppmerksom på at legefördelingssystemet ikke fungerer tilfredsstillende, og at det derfor har satt i verk tiltak for å rette på dette og styrke systemets legitimitet og tjenestenes lojalitet til systemet. En konsekvens av at systemet ikke ivaretar forventninger til fleksibilitet og funksjonalitet, er at det oppstår behov for kompensatoriske løsninger. Dagens database (NR-basen) kan ikke håndtere kompensatoriske løsninger, noe som har bidratt til å komplisere systemet og øke antall manuelle meldingsrutiner. Departementet har i tildelingsbrevene til Sosial- og helsedirektoratet for 2006 og 2007 stilt krav om at NR-basen må overføres til ny teknologisk plattform i samarbeid med de regionale helseforetakene. Arbeidet forventes å være gjennomført innen 1. januar 2008.

Vedlikehold av sykehusbygg

Det framgår av bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene for 2006 at basisbevilgningen skal dekke vedlikehold av utstyrs- og bygningsmassen i helseforetaksgruppene.

Vedlikeholdsplaner

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det i liten grad eksisterer planer eller retningslinjer for vedlikehold på regionalt nivå, og at det i varierende grad utarbeides planer i det enkelte helseforetak. I den grad helseforetakene har utarbeidet vedlikeholdsplaner, er planene hovedsakelig kortsiktige. I flere av helseforetaksgruppene er det ulik praksis og strategi knyttet til utarbeidelse av vedlikeholdsplaner.

Departementet er av den oppfatning at det skal foreligge vedlikeholdsplaner ved norske sykehus, og at disse skal støtte kjernevirksomheten på en slik måte at bygningsmassen er hensiktsmessig og forutsigbar. Departementet har merket seg at det synes som om det ikke er en ensartet strategi i de enkelte foretaksgruppene knyttet til vedlikeholdsplaner, og vil følge opp forholdet.

Budsjett- og regnskapsdata knyttet til vedlikehold

Helseforetakene budsjetterer ut fra hvor kritisk vedlikeholdsbehovet er, og rammene som er tilgjengelig. Flere helseforetak oppgir at andelen midler som benyttes til sikkerhetstiltak, akutte forhold og andre lovpålagte tiltak øker, mens det blir benyttet relativt mindre til forebyggende

vedlikehold. Enkelte helseforetak oppgir at det kun er det mest prekære vedlikeholdet som er blitt utført. Flere helseforetak påpeker også at dersom helseforetakene skal følge gjeldende normer for vedlikehold, er det nødvendig å styrke drifts- og vedlikeholdsbudsjettene. Det er variasjon i praktisering av kontoføring av kostnader til vedlikehold, noe som gjør det vanskelig å sammenligne informasjonen fra de ulike helseforetakene.

Departementet understreker at helseforetakene har plikt til å budsjettere innenfor tilgjengelige rammer. Når det gjelder regnskapsføring, opplyser departementet at de regionale helseforetakene bruker norsk standard kontoplan.

Vedlikeholdsetterslepet

Få foretaksgrupper har oversikt over størrelsen på vedlikeholdsetterslepet. Et flertall melder imidlertid om at etterslepet er økende. Flere av foretaksgruppene mener at midlene som benyttes til vedlikehold, ikke er tilstrekkelige for å opprettholde standarden på sykehusbygningene. De regionale helseforetakene rapporterer om få igangsatte tiltak for å unngå at vedlikehold av sykehusbygninger blir nedprioritert.

Departementet understreker at "vedlikeholdsetterslep" er et begrep uten en entydig definisjon. Departementet viser for øvrig til at regjeringen har varslet en opptrapping av midler til investeringer, det vil si oppgradering av bygg og utstyrsmasse, med til sammen 1 mrd. kroner i perioden 2008–2010.

Avvik i forhold til lover og forskrifter som følge av manglende vedlikehold

Riksrevisjonens undersøkelse viser at manglende vedlikehold har ført til avvik i forhold til lover og forskrifter vedrørende arbeidsmiljø og bygningsmessig sikkerhet.

I samtlige helseforetak i Helse Midt-Norge og Helse Nord, med unntak av Nordlandssykehuset HF, har manglende vedlikehold medført avvik i forhold til lover og forskrifter. I Helse Vest har Helse Bergen HF og Helse Førde HF betydelige utfordringer med oppfølging av tiltakskrav og tidsfrister, samt med oppfølging av pålegg fra Branntilsynet. I Helse Sør RHF viser rapporter utarbeidet av forsikringsselskap at bygningene og rutiner er gode ut fra en sikkerhetsmessig synsvinkel. Helse Øst RHF oppgir ikke om manglende vedlikehold har medført avvik.

Departementet viser til at de regionale helseforetakene skal utøve internkontroll i henhold til forskrifter gitt innen de relevante fagområdene, jf. internkontrollforskriften av 1. januar 1997. Departementet forutsetter at styrene i de enkelte helseforetak mottar rapporter som handler om alle relevante forhold knyttet til driften, også vedlikeholdsbehov.

Tildeling av kontrakter til de regionale sykehusapotekene

For 2004 rapporterte Riksrevisjonen om at tildelingen av kontrakter til de regionale sykehusapotekene om levering av legemidler til helseforetakene var i strid med regelverket for offentlige anskaffelser. Departementet påberopte seg unntaksbestemmelsen om egenregi og påla de regionale helseforetakene på foretaksmøtene i januar 2006 å påse at "sykehusapotekenes salg av ikke-reseptpliktige varer og reseptomsetning til pasienter som ikke er tilknyttet sykehuset, utgjør under 20 pst. av sykehusapotekenes totalomsetning".

Egenregi er en unntaksbestemmelse fra kravet om konkurranse ved anskaffelser, og forutsetter to forhold. For det første må leverandøren utføre hoveddelen av sin virksomhet sammen med den eller de institusjonene som kontrollerer den. I praksis er det antatt at grensen går ved om lag 80 prosent. Det vil si at omsetning til andre enn helseforetakene må være under 20 prosent. For det andre har EF-domstolen stilt som vilkår at oppdragsgiver må ha like sterk kontroll over leverandøren som over sine egne etater. Det innebærer at det enkelte helseforetak må ha instruksjonsmyndighet over sykehusapotekene.

Samtlige regionale helseforetak rapporterer at den eksterne omsetningen i 2006 er under 20 prosent. Helse Vest RHF har imidlertid ikke system for å skille mellom salg til sykehusets pasienter og andre i deres publikumsutsalg, og har anslått fordelingen på bakgrunn av måling i publikumsavdelingen i sykehusapotekene. Omsetningskravet synes således å være innfridd.

Sykehusapotekene er selvstendige rettssubjekter organisert som søsterselskaper til helseforetakene. Etter Riksrevisjonens vurdering er denne organiseringen til hinder for at det andre vilkåret for egenregi kan oppfylles, da helseforetakene ikke kan sies å ha kontroll og instruksjonsmyndighet over sykehusapotekene. Det innebærer at helseforetakenes direktekjøp av legemidler fra de regionale sykehusapotekene ikke kan hjemles i unntaksbestemmelsen om egenregi, og at ord-

ningen er i strid med regelverket for offentlige anskaffelser.

Helse Nord RHF

I forbindelse med kontrollen for 2006 med foretaksgruppen Helse Nord har Riksrevisjonen merknader til følgende forhold ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN HF):

Avtaler med Lyngen kommune om leie av ambulansestasjoner

Etter helseforetaksloven § 33 kan ikke helseforetakene ta opp lån i det private markedet med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene at de skal ha slik adgang. Departementet har tidligere fastslått at finansiell leasing må likestilles med lån, og at helseforetakene derfor ikke har anledning til å inngå finansielle leieavtaler.

UNN HF har i 2006 inngått to avtaler med Lyngen kommune om leie av to ambulansestasjoner. Det framgår av leiekontraktene at lokalene overtas av leietaker (UNN HF) den 15. februar 2007, at leietiden er ti år fra overtakelsesdatoen med rett for leietaker til forlengelse i to perioder à fem år. Kontraktene er uoppsigelige for leietaker i leieperioden.

Lyngen kommune skal oppføre og eie begge ambulansestasjonene. Formannskapet og kommunestyret har vedtatt et samlet kostnadsoverslag for begge stasjonene på 7,5 mill. kroner. Kommunen skal finansiere byggeprosjektene ved låneopptak, med en løpetid som tilsvarer den uoppsigelige leietiden for UNN HF. Alle kostnader, inklusive kapitalkostnader og administrative kostnader, blir regnet med i beregningsgrunnlaget for husleien. Kommunen vil derfor ikke ha noen utgifter ved å påta seg oppføringen av ambulansestasjonene. Leiesummene er ikke spesifisert i leiekontraktene, men det framgår at årlig leiesum fastsettes mellom partene med grunnlag i revisorgodkjent byggregnskap for ambulansestasjonene. Leiesum skal betales én gang per år ved utgangen av året, første gang den 20. desember 2007.

Departementet uttaler at det er et brudd på departementets retningslinjer dersom dette er finansielle leieavtaler. Departementet har imidlertid ikke hatt mulighet til å få en vurdering fra kompetent hold av om kontraktene skal klassifiseres som operasjonell leasing eller finansiell leasing. Det vil i samarbeid med revisor for Helse Nord RHF bli satt i gang et arbeid med å klassifisere kontraktene.

Salg av Senter for psykisk helse på Gibostad i Lenvik kommune

Etter helseforetaksloven § 31 skal vedtak om å avhende fast eiendom treffes av foretaksmøtet. I vedtektene er det nedfelt et unntak om at styret kan beslutte salg av fast eiendom når eiendommen er verdsatt til 10 mill. kroner eller mindre. Unntaket må tolkes i lys av en generell forutsetning om at eiendomssalg skal håndteres på en profesjonell måte. Det framgår av protokoll fra styremøte den 7. desember 2005 at styret i UNN HF vurderte å selge eiendom med bygninger på Gibostad, eventuelt gi den til Lenvik kommune.

Eiendommen ble lagt ut for salg som ett salgsobjekt hos en lokal eiendomsmegler i desember 2005. Salgsobjektet besto av eiendommer på totalt 22 dekar med 257 meter strandlinje, bestående av til sammen fem separate bruksnummer fordelt på ett tidligere sykehjem med tre fløyer, to eneboliger m/sokkeleilighet og to tomter. I prospektet fra eiendomsmegleren er salgsobjektet markedsført som næringsseiendom med takst på 6,6 mill. kroner og prisantydning på 2,5 mill. kroner. Det framgår av takst- og tilstandsrapporten at bygningsmassen er relativt godt vedlikeholdt innvendig, og at bygget er i teknisk god stand. Teknisk nåverdi av hovedbygg (tidligere sykehjem) er stipulert til 17 mill. kroner, mens teknisk nyverdi er stipulert til 50,4 mill. kroner.

UNN HF opplyser at det fram til august 2006 ikke var kommet inn noen seriøse henvendelser eller bud på eiendommen. I forbindelse med åpningen av Senter for psykisk helse på Silsand den 6. september 2006 ble rådmannen i Lenvik kommune muntlig tilbudt å kjøpe eiendommen for 1 krone av UNN HF administrerende direktør. Kommunen svarte at den skulle regne på det og vurdere tilbudet. I løpet av få uker ble så hele eiendommen solgt for 600 000 kroner til et eiendomsselskap, Gisund Eiendom AS, som er eid av en tidligere ordfører i kommunen og hans sønner. UNN HF opplyser at saken ikke kunne styrebehandles på grunn av kort budfrist (tre dager), og at styreleder måtte ta avgjørelsen om salg alene. Styret ble deretter orientert i første styremøte og hadde ingen merknader til salget. I protokoll fra styremøte den 9. november 2006 sak 51/06 framgår det at "Gibostad er solgt med tap på 24,4 millioner kroner. Dette kommer som økt økonomisk underskudd i 2006. Bakgrunnen er en feil taksering i 2001".

Ifølge Eiendomsregisteret ble de to eneboligene videresolgt av Gisund Eiendom AS til privatper-

soner innen ca. to måneder for henholdsvis 500 000 kroner og 460 000 kroner. Kjøpesummen tilsvarte veiledende markedspris for eneboligene i taksten, og salgene ga Gisund Eiendom AS en samlet gevinst på 360 000 kroner.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at eiendommen feilaktig er markedsført som næringseiendom. Ifølge plan- og reguleringsetaten i Lenvik kommune har eiendommen med alle fem bruksnummer aldri tidligere vært regulert. Siden eneboligene raskt ble videregjort til veiledende markedspris, er det grunn til å tro at feilaktig markedsføring som næringseiendom har vært en utslagsgivende årsak til den lave interessen i markedet. Videre viser undersøkelsen at Lenvik formannskap på forespørsel fra Gisund Eiendom AS allerede har vedtatt at privat reguleringsplanforslag kan fremmes for eiendommen, og at kommunen i mars 2007 mottok varsel om reguleringsplanarbeid for boligprosjekt på Gibostad.

Departementet uttaler at det synes som om denne saken ikke har vært underlagt tilfredsstillende håndtering verken når det gjelder samarbeidet med Lenvik kommune, eller selve salget som sådan.

4 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av tidligere rapporterte forhold

4.1 Tidligere rapporterte forhold ved Sosial- og helsedirektoratet

Informasjons- og rapporteringssystemet Exie
Regnskapsåret 2005⁸ stilte Riksrevisjonen spørsmål ved Sosial- og helsedirektoratets bruk av informasjons- og rapporteringssystemet Exie. Det ble påpekt svakheter ved styrings- og rapporteringssystemet fordi flere av oppgavene i tildelingsbrevet ikke kunne identifiseres.

Revisjonen for 2006 viser forbedring i sporbarheten mellom oppgaver i tildelingsbrev til direktoratet, videreføring av oppgavene i Exie og rapportering til departementet.

Saken er avsluttet.

Tilskuddssystemet Pandora

I forbindelse med tilskuddsrevisjonen for 2004 og 2005 tok Riksrevisjonen opp hvorfor direktoratet ikke hadde satt overordnede krav til hvilke kontrollhandlinger tilskuddsmottakers revisor

skal utføre.⁹ Departementet og direktoratet svarte at de ville iverksette tiltak og følge opp saken.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen påpekte¹⁰ at det var kritikkverdig at forholdet ikke var ordnet i 2005. Komiteen ba om at saken ble fulgt opp og omtalt i Dokument nr. 1 (2007–2008).

Revisjonen for 2006 viser at direktoratet har iverksatt nødvendige tiltak.

Saken er avsluttet.

Sosial- og helsedirektoratets virksomhetsstyring og rapportering til departementet

Riksrevisjonen stilte ved revisjonen av 2005-regnskapene¹¹ spørsmål ved direktoratets styring av underliggende virksomheter siden sentrale mål for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestekontor (Kunnskapssenteret) ikke var nedfelt i direktoratets tildelingsbrev til virksomhetene.¹² Informasjon om måloppnåelse i forhold til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og Kunnskapssenteret gikk ikke fram i direktoratets årsrapport for 2005 til departementet.

Revisjonen for 2006 viser en bedring i sporbarhet mellom tildelingsbrev og rapportering, men det er fremdeles enkelte svakheter i direktoratets virksomhetsstyring av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

I stortingsproposisjonen¹³ er det blant annet stilt krav om at Statens autorisasjonskontor for helsepersonells saksbehandling skal være effektiv og forsvarlig. Etter Riksrevisjonens vurdering er det risiko for at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell ikke har tilfredsstillende it-systemer og rutiner i forhold til kravene satt i ovennevnte stortingsproposisjon.

Departementet uttaler at det i tildelingsbrevet for 2008 på flere av direktoratets områder vil bli utviklet egnede styringsindikatorer som bidrar til effektiv styring og rapportering. Dette arbeidet vil også være relevant i forhold til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

Riksrevisjonen vil følge saken videre.

9) Dokument nr. 1 (2005–2006) og Dokument nr. 1 (2006–2007).

10) Innst. S. nr. 155 (2006–2007).

11) St.prp. nr. 1 (2004–2005).

12) Dokument nr. 1 (2006–2007).

13) St.prp. nr. 1 (2005–2006).

8) Dokument nr. 1 (2006–2007).

4.2 Tidligere rapporterte forhold ved Nasjonalt folkehelseinstitutt

Sakkyndige uttalelser og overtidsbetaling

Riksrevisjonen påpekte ved revisjonen av 2005-regnskapet¹⁴ at sakkyndige i ledende stillinger, som tidligere mottok honorar for sakkyndige uttalelser, hadde fått stor økning i utbetalt overtid. Overtidsbetalingene var i strid med hovedtariffavtalens bestemmelser.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen understreket i sin uttalelse¹⁵ at Nasjonalt folkehelseinstitutt er en statlig virksomhet, og at departementet plikter å se til at virksomheten holdes innenfor de rammene som gjelder for staten.

Revisjonen for 2006 viser en nedgang i overtidsbetalingen. Nasjonalt folkehelseinstitutt har iverksatt tiltak for å etterleve hovedtariffavtalen.

Særavtalen for sakkyndige uttalelser ble sagt opp 1. mai 2006. Riksrevisjonen har registrert at det ikke er ført kostnader på kapittel/post sakkyndige uttalelser etter juni 2006.

Saken er avsluttet.

Kjøp av aksjer

Som en følge av revisjonen av 2005-regnskapene stilte Riksrevisjonen spørsmål ved Nasjonalt folkehelseinstituts kjøp av aksjer i forbindelse med stiftelsen av selskapet IC Particles AS, spesielt da det ikke gikk fram at instituttet hadde hjemmel for å kjøpe aksjer.¹⁶

Nasjonalt folkehelseinstitutt hadde ikke rapportert om aksjekjøpet til kapitalregnskapet. Departementet svarte at det tok sikte på å fremme forslag om hjemmel for tegningen av aksjeposten for Stortinget høsten 2006.

Anskaffelsen av aksjer i IC Particles AS ble omtalt i St.prp. nr. 1 og nr. 15 (2006–2007). Det framgikk at ved nytegning av 39 prosent av aksjekapitalen i 2005 anskaffet instituttet aksjer i selskapet for kr 49 140 uten nødvendig hjemmel.

Revisjonen av statsregnskapet for 2006 viser at aksjene er tatt med i kapitalregnskapet. I tillegg er Nasjonalt folkehelseinstituts aksjer i Forskningsparken AS med kr 50 000 også tatt inn i

14) Dokument nr. 1 (2006–2007).

15) Innst. S. nr. 155 (2006–2007).

16) Dokument nr. 1 (2006–2007).

kapitalregnskapet. Dette er et kapitalinnskudd som ble foretatt på 1980-tallet.

Saken er avsluttet.

4.3 Tidligere rapporterte forhold ved Statens legemiddelverk

Inntekter

Riksrevisjonen påpekte ved revisjonen av 2005-regnskapet¹⁷ at regnskapet til Statens legemiddelverk ikke kunne bekreftes siden det ikke var mulig å skaffe tilstrekkelig verifisert informasjon til å bekrefte at inntektene var fullstendige.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen la til grunn i sin uttalelse¹⁸ at departementet må følge opp saken tett for å se til at tiltak som er satt i verk, faktisk gir forventet resultat.

Statens legemiddelverk etablerte et prosjekt i 2005 for å tilfredsstille krav til forsvarlig økonomistyring for fire utvalgte avgifter. Prosjektet ble ferdigstilt i 2006. Revisjonen for 2006 viser store forbedringer i rutiner for styring av inntektene ved Statens legemiddelverk.

Saken er avsluttet.

5 Riksrevisjonens bemerkninger

Departementets styring, måloppnåelse og resultatrapportering

Riksrevisjonen ser alvorlig på at det gjennom flere år har vært betydelig avvik mellom budsjett og regnskap på flere inntektsposter. Det er i liten grad redegjort for årsakene til avvikene. Riksrevisjonen vurderer avvikene som vesentlige og mener at bevilgningsreglementets krav til realistisk budsjettering ikke er ivaretatt.

Statlige myndigheter har ansvar for å koordinere og følge opp innsatsen med å sikre befolkningen mot skadelige faktorer i miljøet, blant annet smitte og radioaktive utslipp. Riksrevisjonen vil bemerke at Sosial- og helsedirektoratet ikke har satt tydelige krav til hva som skal forventes av tiltak fra fylkesmannsembetene, og hva som skal rapporteres til direktoratet. Flere embetsoppdrag innen miljørettet helsevern og smitte samt ulykkes- og atomberedskap var i varierende grad fulgt opp, og det er betydelige regionale og loka-

17) Dokument nr. 1 (2006–2007).

18) Innst. S. nr. 155 (2006–2007).

le ulikheter i oppdateringen av planer og beredskap. Riksrevisjonens funn gir grunn til å stille spørsmål ved om beredskapen på disse viktige områdene fungerer optimalt. Konsekvensen kan være at liv og helse trues ved en eventuell krisesituasjon. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om Helse- og omsorgsdepartementet er tydelig nok på hvordan det vil styrke innsatsen for å bote på de svakhetene som Riksrevisjonen har påpekt.

Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon av fylkesmannsembetene, Dokument 3:14 (2006–2007), viser at det er mangelfull samordning mellom fagdepartementenes oppgaver og Fornyings- og administrasjonsdepartementets tildeling. Manglende samordning kan føre til variasjon i hvordan oppgaveløsningen prioriteres og utøves i de ulike embetene.

Riksrevisjonen konstaterer at Helse- og omsorgsdepartementet styrer Nasjonalt folkehelseinstitutt gjennom et svært aktivitetsorientert tildelingsbrev, og at det er lite sporbarhet mellom de valgte aktiviteter, mål og rapportering. Manglende sporbarhet mellom mål, aktiviteter og rapportering kan medføre utfordringer for departementets og virksomhetens mål- og resultatstyring, for eksempel å vurdere om ressursbruken ved instituttet er effektiv, og om tjenestene og produktene som leveres, er av riktig kvalitet og dimensjon.

Av tidligere rapporterte forhold har Riksrevisjonen merket seg at det fortsatt knytter seg svakheter til departementets oppfølging av direktoratets virksomhetsstyring av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Etter Riksrevisjonens vurdering er det risiko for at kontoret ikke har tilfredsstillende it-systemer og rutiner for å møte de kravene Stortinget har stilt om at saksbehandlingen skal være effektiv og forsvarlig.

Forvaltningen av de regionale helseforetakene
Statsrådets beretninger for de regionale helseforetakene for 2006 er foreløpig ikke mottatt. Eventuelle merknader til statsrådets beretninger vil bli tatt inn i Riksrevisjonens uttalelse i punkt 7.

De regionale helseforetakenes resultatrapportering og måloppnåelse

Rapporteringen i de årlige meldingene er fortsatt mangelfull innen enkelte områder, noe som gjør det vanskelig å vurdere om målene nås. Riksrevisjonen registrerer at selv om resultatene for enkelte av de nasjonale indikatorene er forbedret, nås ikke målene. Riksrevisjonen konstaterer at det fremdeles er store variasjoner i praksis

med tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, både innad i og mellom regionene. Riksrevisjonen mener at det er alvorlig at mange pasienter med rett til individuell plan ikke har fått utarbeidet en slik plan.

Riksrevisjonen konstaterer at de regionale helseforetakene har problemer med å oppnå flere av målene innenfor psykisk helsevern. Det har ikke vært en reduksjon i ventetid for barn og unge, og ventetiden for voksne har økt. Rekrutteringsproblemer fører til at flere regioner har vanskelig for å innfri kravene.

Riksrevisjonen finner det alvorlig at det er store geografiske forskjeller i ventetid på rusområdet samt i vurdering av tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, og at fastsatt frist for behandlingsoppstart brytes.

Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om tilbudet innenfor habilitering og rehabilitering i tilstrekkelig grad er styrket og utbygget. Det er stor variasjon i ventetid innenfor fagområdet fysisk medisin og rehabilitering. Selv om det har vært en styrking av tilbudet for pasienter med alvorlig hodeskade i noen av regionene, er tilbudet fremdeles ikke tilstrekkelig.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det alvorlig at samtlige regionale helseforetak, bortsett fra Helse Øst RHF, viser til vesentlige avvik mellom økonomiske krav fra eier og oppnådde resultater for 2006. I tillegg viser det økonomiske resultatet en forverring for tre av regionene. Flere av regionene melder om den manglende måloppnåelsen først i slutten av 2006. Etter Riksrevisjonens vurdering har ikke den økonomiske styringen, oppfølgingen og kontrollen gitt tilfredsstillende resultat.

Oppfølging av avtalespesialistene

De regionale helseforetakene mangler oversikt over avtalespesialistenes prioriteringspraksis, og de gjør ikke nødvendig oppfølging og kontroll av dem. Etter Riksrevisjonens vurdering innebærer dette en betydelig risiko for at rettighetspasienter ikke prioriteres. Riksrevisjonen vil også peke på at manglende oversikt over bruk av kombinasjonsavtaler kan bidra til å øke risikoen for uheldige rollesammenblandinger og inhabilitet.

Rutiner for oppfølging av ansattes bierverv

Det er tillatt for ansatte i regionale helseforetak og helseforetak å ha bierverv, med de begrens-

ninger som følger av helsepersonelloven § 9 med forskrift. Formålet med reguleringen er å unngå utilbørlig påvirkning av helsepersonell og sikre tillit til helsepersonells integritet og uavhengighet. Riksrevisjonen mener det er grunn til å tro at det på nasjonalt nivå er langt flere enn 13 ansatte som har bierverv i legemiddelindustrien. Riksrevisjonen vil peke på at muligheten for å bruke registrerte opplysninger til å følge opp ansattes bierverv, forutsetter at det etableres rutiner og systemer som leverer pålitelige data. Undersøkelsen viser at slike rutiner og systemer ennå ikke er godt nok implementert til tross for at foretaksgruppene har rettet oppmerksomheten mot bierverv siden 2003.

Systemet for fordeling av nye spesialistlegestillinger

Fordeling av nye spesialistlegestillinger er et viktig virkemiddel for sentrale myndigheter for å styre knappe ressurser. Riksrevisjonens undersøkelse av det lovfestede systemet for legefordeling viser vesentlig avvik mellom lovlig tildelte stillinger og faktisk antall stillinger ved flere helseforetak. Undersøkelsen viser at systemet ikke fungerer som forutsatt, at regelverket oppfattes som uklart, og at det har vært manglende lojalitet til systemet. Departementet mener avvikene i stor grad kan knyttes til teknologiske utfordringer ved NR-basen, som er departementets verktøy for å forvalte systemet. Etter Riksrevisjonens vurdering vil ansettelse av leger utover tildelte kvoter bidra til å øke helseforetakenes lønnskostnader og svekke den økonomiske kontrollen. I tillegg kan det forsterke ubalansen i legemarkedet og vanskeliggjøre rekruttering av spesialister i nærliggende sykehusområder, samt føre til at assistentleger ansatt i stillinger utenfor kvoter, ikke får godkjent spesialistutdannelsen sin. Riksrevisjonen mener det er uheldig at departementet som forvalter av systemet ikke i større grad legger vekt på ovennevnte konsekvenser, og mener det er tvilsomt om problemene med systemet kun skyldes utfordringene med de teknologiske løsningene.

Vedlikehold av sykehusbygg

Riksrevisjonen vil peke på at verken de regionale helseforetakene eller departementet har tilfredsstillende oversikt over foretaksgruppenes vedlikeholdsbehov. En slik oversikt er, etter Riksrevisjonens vurdering, nødvendig for å vurdere om eksisterende standard opprettholdes. Vedlikehold blir ofte nedprioritert av helseforetakene, og dette har ført til avvik i forhold til lover og forskrifter, som eksempelvis arbeidsmiljølov og brann- og

eksplosjonsvernlov. Etter Riksrevisjonens vurdering kan det reises spørsmål ved om utviklingen på dette feltet er tilfredsstillende.

Tildeling av kontrakter til de regionale sykehusapotekene

Egenregi er et unntak fra kravet om konkurranse ved anskaffelser og forutsetter både begrensninger i leverandørens omsetning til eksterne og at oppdragsgiver har like sterk kontroll over leverandøren som egne etater. Etter Riksrevisjonens vurdering oppfyller helseforetakene ikke begge forutsetningene. Helseforetakene må også ha instruksjonsmyndighet overfor sykehusapotekene dersom unntaksbestemmelsen om egenregi skal komme til anvendelse. Det innebærer at kontraktene om sykehusapotekenes levering av legemidler til helseforetakene er i strid med regelverket for offentlige anskaffelser. Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at departementet fremdeles ikke har ryddet opp i forholdet.

Helse Nord RHF

Riksrevisjonen har rapportert til Stortinget om helseforetakenes bruk av finansielle leieavtaler flere år på rad. Riksrevisjonen finner det derfor kritikkverdig at Universitetssykehuset i Nord-Norge HF i 2006 inngikk nye avtaler som kan anses som finansiell leasing i strid med helseforetaksloven § 33.

Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at kravene til profesjonell håndtering, forsvarlig saksbehandling og økonomisk forsvarlig forvaltning av offentlige verdier ikke er tilstrekkelig ivarettatt ved salg av eiendom på Gibostad i Lenvik kommune.

6 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 9. august 2007 svart:

"Helse- og omsorgsdepartementet viser til Riksrevisjonens merknader til regnskapsrevisjonen og selskapskontrollen for 2006 i brev av 21.06.07, og til departementets merknader til tidligere korrespondanse om de enkelte sakene.

Riksrevisjonen peker på at departementet ikke har tilfredsstillende oversikt over foretakgruppens vedlikeholdsbehov. Departementet vil understreke det helhetlige ansvaret som de regionale helseforetakene har for investeringer og drift. Når det gjelder vedlikehold er departemen-

tets rolle og ansvar å sørge for at de regionale helseforetakene har strategiske planer for sitt vedlikehold, slik at nødvendig og prioriteringsmessig riktig vedlikehold gjennomføres. De regionale helseforetakenes oppgave er å tilpasse sykehusbygg og utstyr til dagens drift. Opprettholdelse av eksisterende standard er dermed ikke en isolert målsetting. Vedlikeholdsplaner må sees i forhold til andre driftsmessige behov ved sykehusene, også i forhold til mer overordnede investeringsplaner som tar hensyn til behov for oppgradering og moderniseringer ved sykehusene. Etter sykehusreformen har det vært en rekordhøy investeringsaktivitet ved norske sykehus. I perioden 2002–2006 er det investert for mer enn 30 mrd. kroner.

Riksrevisjonen påpeker at Universitetssykehuset i Nord-Norge har inngått en avtale som Riksrevisjonen anser som finansiell leasing. Finansiell leasing er å betrakte som langsiktig lån, og departementet har i sin styring av de regionale helseforetakene lagt til grunn at langsiktig lån kun skal tas opp gjennom en statlig låneordning til investeringsformål. Det er satt i gang en vurdering av om denne leieavtalen klassifiseres som finansiell eller operasjonell avtale, hvorav sistnevnte er tillatt. Skulle det vise seg at avtalen er finansiell, vil den bli avsluttet så raskt som mulig. Helseforetaksloven § 33 tilsier at helseforetakene ikke kan ta opp lån med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene at de skal ha slik adgang. Bestemmelsen sier ikke noe om hvor lånet kan tas opp. Helse Nord er gitt rammer for låneopptak i sine vedtekter. En eventuell leasingavtale i Helse Nord er ikke i strid med helseforetaksloven, men er et brudd i forhold til departementets retningslinjer om hvor lån kan tas opp. Forholdet som gjelder tildeling av kontrakter til de regionale sykehusapotekene og spørsmålet om direktekjøp vil departementet følge opp ved å se på rettsanvendelsen i disse sakene – og eventuelt vurdere tiltak overfor de regionale helseforetakene.

Departementet mener at en utilfredsstillende oppfølging av systemet med fordeling av nye spesialistlegestillinger, ved at det blir et vesentlig avvik mellom tildelte stillinger og faktisk antall stillinger ved flere foretak, også har betydning for helseforetakenes lønnskostnader, balansen i legemarkedet m.m. De teknologiske utfordringer ved NR-basen alene anses ikke å være tilstrekkelig til å forklare avvikene.

På bakgrunn av utfordringene i legefordelingssystemet har departementet derfor gjennomført

og planlagt flere tiltak på systemnivå for å styrke systemets legitimitet og tjenestenes lojalitet til systemet. Siden 2006 er fordelingen av nye legestillinger formidlet i departementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene, sammen med, og sett i forhold til øvrige styringskrav til tjenesten. I foretaksmøtene i februar 2007 ble det stilt krav om at de regionale helseforetakene må gjennomføre de tiltak som er nødvendige for å sikre at fordelingssystemet overholdes, og at fordelingen av stillinger skjer i tråd med styringskravene i oppdragsdokumentet. Departementet har i tildelingsbrevet til Sosial- og helsedirektoratet (2006 og 2007) stilt krav om at de, i samarbeid med de regionale helseforetakene, videreutvikler NR-basen og overfører den til en ny teknologisk plattform.

For å sikre et system med legitimitet og lojalitet i tjenestene, må systemet inneha den nødvendige fleksibilitet og funksjonalitet, og være godt begrunnet. Det er en utfordring at legefordelingssystemet har styringselementer som skiller seg fra de som vanligvis følger av foretaksorganisering. Legefordelingssystemet skal derfor gjennomgås, og nødvendige tiltak iverksettes. Dette fremgår av Nasjonal helseplan (St. prp. nr. 1 (2006–2007) Kap. 6).

Departementet vil også vise til at vi fra 2007 har innført et nytt og utvidet rapporteringsopplegg hvor eier nå tar ytterligere grep for å forbedre oppfølging og kontroll av de regionale helseforetakene, og de regionale helseforetakenes oppfølging av sin foretaksgruppe, slik det er beskrevet i pkt 5.1 i protokollene fra foretaksmøtene i februar 2007. Utviklingen i lønnskostnader og bemanningssituasjon inngår i rapporteringsopplegget.”

7 Riksrevisjonen uttaler

Riksrevisjonen har avgitt 11 revisjonsbrev uten merknader. Riksrevisjonen har ikke merknader til statsrådens forvaltning av statens interesser i ett særlovselskap og ett deleid aksjeselskap, men har flere merknader til forvaltningen av de regionale helseforetakene.

Riksrevisjonen ser alvorlig på svakhetene ved departementets budsjettrutiner i forhold til inntekter. Riksrevisjonen forventer at departementet iverksetter tiltak for at bevilgningsreglementets krav til realistisk budsjettering skal bli fulgt. Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at flere

embetsoppdrag til fylkesmennene innen miljørettet helsevern og smitte samt ulykkes- og atomberedskap i varierende grad er fulgt opp, og at det er betydelige regionale og lokale ulikheter i oppdateringen av planer og beredskap. Riksrevisjonen ser alvorlig på at departementet ikke i tilstrekkelig grad har rutiner som sikrer oppfølging av beredskapsområdet i forhold til egne tildelingsbrev og embetsoppdrag.

Riksrevisjonen finner grunn til å kritisere departementets styring av Nasjonalt folkehelseinstitutt. Manglende sporbarhet mellom mål, detaljerte aktiviteter og rapportering vanskeliggjør departementets og virksomhetens mål- og resultatstyring. Riksrevisjonen understreker departementets etatsstyringsansvar og forutsetter at departementet følger opp de påpekte forhold.

Av tidligere rapporterte forhold konstaterte Riksrevisjonen at det fortsatt knytter seg svakhet til departementets oppfølging av Sosial- og helsedirektoratets virksomhetsstyring av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Riksrevisjonen understreker at departementet må utøve sin etatsstyring slik at Stortingets mål om effektiv saksbehandling ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell blir nådd. Riksrevisjonen har merket seg departementets utsagn om at det i tildelingsbrevet for 2008 på flere av direktoratets områder vil bli utviklet egnede styringsindikatorer.

Av tidligere rapporterte forhold er sakene vedrørende styrings- og rapporteringssystemet Exie og tilskuddssystemet Pandora i Sosial- og helsedirektoratet avsluttet. Det samme gjelder sakene vedrørende sakkyndige uttalelser og overtidsbetaling, samt kjøp av aksjer uten hjemmel ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Når det gjelder Statens legemiddelverk, er saken om utilstrekkelig informasjon til å bekrefte inntektenes fullstendighet avsluttet.

Forvaltningen av de regionale helseforetakene
De regionale helseforetakenes oppfølging og kontroll av avtalespesialistene er mangelfull, og de har i liten grad oversikt over avtalespesialistenes faktiske prioriteringer. Riksrevisjonen mener dette er alvorlig, da det gir høy risiko for at rettighetspasienter ikke prioriteres slik prioriteringsforskriften forutsetter.

Riksrevisjonen mener det tar uforholdsmessig lang tid å få implementert retningslinjene for bierverv som ble vedtatt allerede i 2003. Riksrevisjonen ser

også alvorlig på at helseforetakene i liten grad har oversikt over ansatte som har driftsavtale som avtalespesialister og ansatte med bierverv i legemiddelindustrien. Dette kan etter Riksrevisjonens vurdering bidra til å øke risikoen for uheldige rollesammenblandinger og inhabilitet og svekke tilliten til helsepersonells integritet.

Foretaksgruppen Helse Nord solgte Senter for psykisk helse på Gibostad samlet til et eieendomsselskap med et tap på 24,4 millioner kroner. Eiendommen besto av til sammen fem separate bruksnummer fordelt på ett tidligere sykehjem med tre fløyer, to eneboliger med sokkelleiligheter og to tomter. Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at kravene til profesjonell håndtering, forsvarlig saksbehandling og økonomisk forsvarlig forvaltning av offentlige verdier ikke er tilstrekkelig ivare tatt ved salget. Når det gjelder avtalene om leie av ambulansestasjoner i Helse Nord, har Riksrevisjonen merket seg at det er satt i gang en vurdering av om disse er å betrakte som langsiktige lån, og at de vil bli avsluttet dersom så er tilfelle.

Departementet har ikke nødvendig oversikt over foretaksgruppens behov for vedlikehold av sykehusbygg. Foretaksgruppens nedprioritering av vedlikehold har ført til avvik i forhold til lover og forskrifter om arbeidsmiljø og bygningssmessig sikkerhet. Departementet svarer at det har ansvar for å sørge for at de regionale helseforetakene har strategiske planer for sitt vedlikehold, slik at nødvendig og prioriteringsmessig riktig vedlikehold gjennomføres. Riksrevisjonen vil påpeke at slike planer i liten grad eksisterer, at nedprioritering av vedlikehold kan få alvorlige sikkerhetsmessige konsekvenser for ansatte, pasienter og pårørende, og at det på sikt kan generere unødig store kostnader.

Det er vesentlig avvik mellom lovlig tildelte spesialistlegestillinger og faktisk antall stillinger ved flere helseforetak. Det lovregulerte legefordelingssystemet har ikke fungert som forutsatt, og regelverket oppfattes som uklart. Riksrevisjonen registrerer at legefordelingssystemet nå skal gjennomgå og nødvendige tiltak iverksettes. Riksrevisjonen finner det imidlertid alvorlig at departementet som forvalter av systemet ikke tidligere i større grad har vektlagt at manglende etterlevelse av systemet kan medføre svekket økonomisk kontroll, forsterking av ubalanse i legemarkedet, samt problemer med rekruttering og godkjenning av spesialistutdanningen. Det er betydelige avvik mellom krav og oppnådd

de økonomiske resultater i samtlige regionale helseforetak, med unntak av Helse Øst RHF. Det korrigerende økonomiske resultatet er vesentlig forverret i Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF. Videre er resultatrapporteringen og måloppnåelsen fortsatt svak på flere sentrale områder som habilitering og rehabilitering, psykisk helsevern og rus. Riksrevisjonen ser positivt på at departementet fra 2007 har innført nytt og utvidet rapporteringsopplegg. Riksrevisjonen stiller imidlertid spørsmål ved om dette er tilstrekkelig for å sikre bedre måloppnåelse og nødvendig styring av de regionale helseforetakene.

Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at departementet ikke har ryddet opp i merknadssaken fra 2004-kontrollen vedrørende brudd på regelverket for offentlige anskaffelser ved tildeling av kontrakter til de regionale sykehusapotekene om levering av legemidler. Riksrevisjonen har merket seg at rettsanvendelse vil bli sett på, og eventuelle tiltak overfor de regionale helseforetakene vurdert.

Det gjennomføres for tiden fire forvaltningsrevisjoner på departementets ansvarsområde – én om

it i sykehus og elektronisk samhandling i helsesektoren, én om kapasitet, prioritering og overordnet styring innen voksenpsykiatri, én om kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenesten og én om generiske legemidler – forvaltning og priser.

Riksrevisjonen viser for øvrig til *Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer*, Dokument nr. 3:7 (2006–2007).

Dissens fra riksrevisor Annelise Høegh

Annelise Høegh ser på avtalespesialistene som en nødvendig ressurs for å øke helsetilbudet og redusere ventetiden til helsehjelp. Det er viktig at de så langt råd følger prioriteringsforskriften, men dette medlem ser det ikke som alvorlig at de også har et innslag av pasienter med mindre alvorlige lidelser enn det som er beskrevet i forskriften. Dette medlem kan derfor ikke slutte seg til formuleringene om at helseforetakenes manglende oppfølging og kontroll av avtalespesialistene er alvorlig og gir en betydelig og høy risiko for at rettighetspasienter ikke prioriteres.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 3. oktober 2007

Jørgen Kosmo

Jan L. Stub

Annelise Høegh

Geir-Ketil Hansen

Ranveig Frøiland

Therese Johnsen
(selskapskontroll)

Jens Arild Gunvaldsen

Riksrevisor Ranveig Frøiland fratrådte under behandlingen av helseforetakene.