

Helse- og omsorgsdepartementet

1 Helse- og omsorgsdepartementets forvaltning og gjennomføring av budsjettet for 2007

1.1 Generelt om resultatet av revisjonen

Helse- og omsorgsdepartementets rapporteringsområde er delt i to programområder:

- Helse og omsorg
- Stonad ved helsetjenester (folketrygden)

Helse- og omsorgsdepartementets budsjett for 2007 var på 110,7 mrd. kroner,¹ hvorav 105,5 mrd. kroner (95 prosent) er overføringer til andre (post 50–89). Budsjettet fordeler seg med:

- 91,3 mrd. kroner på programområdet Helse og omsorg, hvorav 79,4 mrd. kroner til de regionale helseforetakene
- 19,4 mrd. kroner på programområdet Stonad ved helsetjenester.

Departementet har ansvar for 11 underliggende virksomheter. Riksrevisjonen har avgitt 10 revisjonsbrev uten merknader og ett revisjonsbrev med merknad til Helsedirektoratet.

Riksrevisjonens kontroll har også omfattet statsrådens forvaltning av statens interesser i fire regionale helseforetak, 32 underliggende helseforetak, ett særlovsselskap og ett deleid aksjeselskap. Riksrevisjonen har flere merknader til statsrådens forvaltning av helseforetakene.

1.2 Budsjett – regnskap

Det er merutgifter eller mindreinntekter under noen kapitler og poster, men disse 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 Nasjonalt folkehelseinstitutt – svakheter ved helseregistrenes kvalitet

Nasjonalt folkehelseinstitutt har som mål å fremme helsetilstanden i befolkningen ved å innhente kunnskap om utviklingstrekk som påvirker folks helse. Instituttet skal også gi kunnskapsbaserte råd som kan bidra til bedre helse.

Det er etablert flere registre som gir et informasjonsgrunnlag for utforming og gjennomføring av helsepolitikken. Registrene brukes av myndigheter, helseforetak, kommuneleger og forskere.

Formålet med revisjonen har vært å vurdere om instituttet følger helseregisterloven og føringer gitt i tildelingsbrev fra departementet. Riksrevisjonen har vurdert tre helseregistre ved Nasjonalt folkehelseinstitutt:

- Dødsårsaksregisteret
- Medisinsk fødselsregister
- System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK)

Riksrevisjonens kontroll viser utfordringer knyttet til registrenes kvalitet som grunnlag for styring. Det er mange aktører involvert. Dette påvirker oppdatering og tilgjengelighet av data. Revisjonen har merket seg at helseregistrene er avhengige av folkeregisteret for å sikre kvalitet. Det er avvik mellom opplysninger i sentrale helseregistre og folkeregisteret.

Dødsårsaksregisteret – svakheter ved oppdatering

Formålet med registeret er å overvåke dødsårsaker og endringer over tid. Dødsårsaksregisteret skal gi et grunnlag for planlegging, kvalitets-sikring og kvalitetsutvikling av helsetjenesten og helseforvaltningen.

Riksrevisjonens kontroll viser at det er store svakheter ved oppdatering av registeret. Statistikken fra Dødsårsaksregisteret fra 2005 er først gjort tilgjengelig i oktober 2007.

Nasjonalt folkehelseinstitutt opplyser at registeret ikke er tilstrekkelig til overvåking av dødsfall ved for eksempel en pandemi.

Departementet uttaler at regjeringen i mars 2008 har besluttet at det skal iverksettes et forprosjekt for et nasjonalt helseregisterprosjekt. Målet for arbeidet vil være å legge til rette for bedre utnyttelse av data og kvalitet i de sentrale helseregistrene.

Dødsårsaksregisteret er blant de registre som vil omfattes av prosjektet.

1) St.meld. nr. 3 (2007–2008) Statsregnskapen 2007.

Medisinsk fødselsregister – fremdeles utstrakt bruk av papirskjemaer

Formålet med Medisinsk fødselsregister er blant annet å overvåke sykdom og dødsfall blant kvinner og barn i forbindelse med svangerskap, fødsel og i barselsperioden.

Departementet har stilt krav til de regionale helseforetakene om bruk av elektroniske meldinger om fødsler og svangerskapsavbrudd.

Riksrevisjonens kontroll viste at ca. 50 prosent av meldingene er elektroniske, mens resten er oversendt i papirformat. Behandlingen av papirskjemaene legger beslag på store interne ressurser ved instituttet, og svekker dataenes kvalitet og aktualitet. Nasjonalt folkehelseinstitutt opplyser at de ikke har de nødvendige virkemidlene for å øke bruken av elektroniske meldinger.

Departementet uttaler at de har tatt opp saken med de enkelte regionale helseforetak i 2008. De regionale helseforetakene skal påse at systemet for elektroniske meldinger til Medisinsk fødselsregister kommer på plass i løpet av 2008. Departementet har tildelt ekstra midler til Nasjonalt folkehelseinstitutt til gjennomføring av elektronisk melding om fødsler og svangerskapsavbrudd.

System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK) – ikke samsvar mellom lokale og sentrale data

Formålet med SYSVAK er å samle inn og behandle opplysninger til det sentrale vaksinasjonsregisteret for å:

- holde oversikt over vaksinasjonsstatus for den enkelte
- holde oversikt over bivirkninger
- framskaffe oversikt til lokale og sentrale helsemyndigheter som grunnlag for å sikre tilfredsstillende vaksinasjonsdekning

Helsestasjoner og annet helsepersonell som gir vaksinasjoner i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet, plikter å melde opplysningene til det sentrale SYSVAK-registeret.

Riksrevisjonens kontroll viste at det er dårlig samordning mellom lokale og sentrale registre for vaksinasjonskontroll. For flere kommuner er det ikke samsvar mellom den lokale databasen og SYSVAKs sentrale database. Årsaken kan være svak kommunikasjon mellom den lokale databasen og SYSVAK. Det er også problemer med manglende personnummer og registrering av feil fødselsdato, og det kan videre oppstå feil når barn flytter fra én kommune til en annen. En konse-

kvens er at SYSVAK oppgir feilaktig vaksinasjonsdekning for enkelte kommuner.

Nasjonalt folkehelseinstitutt opplyser at de ikke har de nødvendige virkemidlene for å oppgradere kommunenes journalsystemer eller kontrollere deres rutiner.

Departementet uttaler at Skattedirektoratet og Folkehelseinstituttet over tid har hatt en dialog for å løse de problemene som Riksrevisjonen peker på. Mange av problemene kan løses ved at instituttet sentralt har en kopi av relevante og nødvendige opplysninger fra Folkeregisteret der helsepersonell kan gis tillatelse til å søke på personer over hele landet. Dette vil sikre samsvar mellom lokal database og SYSVAK sentralt, da det tas utgangspunkt i de samme opplysningene. En slik søkefunksjon vil forhindre at en person som flytter mellom kommuner risikerer å få samme vaksine flere ganger. Dette vil også bidra til en sikrere identifisering og kvalitetssikring av at vaksinasjon blir registrert på riktig person i SYSVAK.

1.3.2 Mangelfull styring av e-forvaltning – manglende implementering av ikt-føringer ved Nasjonalt folkehelseinstitutt

Riksrevisjonen har vurdert departementets strategier og styring av e-forvaltning i lys av regjeringens handlingsplan for ikt, *eNorge 2009 for perioden 2006–2009*.

Riksrevisjonen har sett spesielt på hvordan ikt-føringene i tildelingsbrevet er tatt ned i styringen av Nasjonalt folkehelseinstitutt, blant annet ved

- bruk av åpen kildekode
- bruk av ikt-standarder
- bruk av WAI-kriterier som gjelder tilgjengelighet til nettsteder
- tilgjengelighet på Altinn og Minside

Riksrevisjonens kontroll viser at ikt-føringene i tildelingsbrevet for 2007 ikke er nedfelt i interne styringsdokumenter ved instituttet. Satsingene er ikke reflektert i rapporteringen fra instituttet. Departementet har heller ikke hatt dette som tema i sin styringsdialog med instituttet for 2007.

Departementet uttaler at saken sto på dagsordenen i etatsstyringsmøtet våren 2008, og at de ble enige om å igangsette en dialog om oppfølging av føringene fra tildelingsbrevet for 2007.

1.3.3 Mangelfull styring i helsetjenesteforvaltningen under Arbeids- og velferdsetaten – risiko for misligheter og feilutbetalinger

Forvaltningsansvaret for helserefusjoner ligger i Arbeids- og velferdsetaten ved NAV Helsetjenesteforvaltning, men Helse- og omsorgsdepartementet er konstitusjonelt ansvarlig departement. Området er planlagt overført fra Arbeids- og velferdsetaten til Helsedirektoratet innen 2010.

Stønad til helsetjenester har som overordnet mål å gi god tilgang til effektiv medisinsk behandling ved å dekke utgifter til helsetjenester. Refusjonene dekker for eksempel kostnader ved behandling hos lege og fysioterapeut etter takster ut over brukernes egenandel. NAV Helsetjenesteforvaltning utbetaler refusjoner for ca. 23 mrd. kroner i året.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt føringer i Arbeids- og inkluderingsdepartementets tildelingsbrev til Arbeids- og velferdsetaten, uten at det er avklart hvordan føringene skal følges opp i samhandling mellom de to departementene. Få av føringene er målbare, og det er ikke definert styringsparametere eller rapporteringskrav for å måle kvaliteten på og resultatene av kontrollarbeidet ved NAV Helsetjenesteforvaltning. Arbeids- og velferdsdirektoratets årsrapport omtaler ikke alle føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Riksrevisjonens kontroll viser at innføringen av ikt-løsningen Kontrollsystem for Utbetaling av HelseRefusjoner (KUHR) ikke har gitt forventet gevinstrealisering ved å frigjøre ressurser til å styrke kontrollarbeidet. Dette skyldes blant annet at systemet ikke er fullstendig utviklet som kontroll- og saksbehandlingssystem slik som Arbeids- og sosialdepartementet forutsatte i 2005. Det er også få behandlere som har tatt i bruk elektronisk løsning for innsending av oppgjør.

Revisjonen viser også at NAV Helsetjenesteforvaltning ikke har et enhetlig og sporbart system for oppfølging, vurdering og kontroll av identifiserte avvik i kontrollarbeidet. Det er manglende sporbarhet og gyldighet i resultatrapporteringen samt mangler knyttet til endringshåndtering, tilgangskontroller og rolledefinisjoner i KUHR.

De avdekkede svakheter svekker kvaliteten på kontrollarbeidet og øker risikoen for misligheter og feilutbetalinger.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler at det pågår et arbeid med å legge fram et forslag til lovendring om å pålegge leger som samhandler med NAV å sende inn elektroniske refusjonskrav, sykemeldinger og legeerklæringer.

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 oppdragsdokumentene for 2007.

Kvalitet på rapporteringen

Det er fremdeles vanskelig å vurdere måloppnåelsen innen flere områder, for eksempel innen aktivitetsvekst og psykisk helsevern. Dette skyldes at regionene rapporterer ulikt eller ufullstendig på krav som er stilt. Alle de regionale helseforetakene påpeker selv at det fortsatt er behov for å bedre kvaliteten i virksomhetsdataene.

Departementet erkjenner at ulikheten i utforming av de regionale helseforetakenes rapportering gjør at det er en utfordring å sammenligne måloppnåelsen.

Måloppnåelse – indikatorer/styringsvariabler

Helseforetakene skal normalt ikke ha korridorpasienter. Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at gjennomsnittlig andel korridorpasienter innen somatikk på landsbasis var på 2,2 prosent per 3. tertial 2007. Dette er samme andel som for tilsvarende periode i 2006. Andelen er høyest i Helse Vest med 3 prosent, jf. merknad under punkt 3.4.

Minst 80 prosent av epikrisene skal være sendt ut innen sju dager etter utskrivning. Ingen regioner når dette målet. Tall fra NPR viser at på landsbasis var andelen epikriser sendt ut innen sju dager fra somatiske institusjoner 61 prosent i 3. tertial 2007, mot 60 prosent i samme periode i 2006.

Ingen regioner når målet om at det skal være mindre enn 5 prosent strykninger på planlagte operasjoner. Gjennomsnittlig andel på landsbasis i 3. tertial 2007 var på 8,3 prosent, mot 8,5 prosent i samme periode i 2006.

Ett av målene på kvalitet er andelen pasienter som er tildelt individuell plan innenfor gruppene barnehabilitering, hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) og schizofreni. Tall fra NPR viser at innen barnehabilitering fikk 34 prosent av pasient-

ene på landsbasis tildelt individuell plan i 3. tertial 2007, en økning fra 27 prosent i samme periode i 2006. Innen hyperkinetisk forstyrrelse rapporterer de regionale helseforetakene andeler mellom 2 og 25 prosent for 3. tertial 2007. For gruppen med schizofreni rapporterer de regionale helseforetakene andeler mellom 26 og 36 prosent. Det er store regionale forskjeller i andel som blir tildelt individuell plan i alle gruppene.

Departementet uttaler at tallene for 2007, til tross for iverksatte tiltak, viser at resultatene kan bli bedre.

Måloppnåelse – aktivitet

Det framgår av oppdragsdokumentene for 2007 at aktiviteten skal kunne videreføres på om lag samme høye nivå som i 2006. Aktivitetsdata fra NPR for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007 viser at det har vært en økning i antall DRG-poeng på totalt 2,3 prosent fra 2006 til 2007. Antall DRG-poeng har økt i alle regioner bortsett fra Helse Nord som har hatt en nedgang.

Den prosentvise veksten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal være sterkere enn innen somatikk, men det er ikke spesifisert i oppdragsdokumentene hvilket mål på vekst som skal benyttes. Siden de regionale helseforetakene i varierende grad har rapportert ut fra vekst målt i kostnader og ut fra vekst målt i aktivitet, er det vanskelig å vurdere måloppnåelsen på dette punktet.

Departementet viser til at de regionale helseforetakenes regnskaper først ble offisielle i april/mai. Dette påvirket departementets behandling av kravet om at prosentvis vekst innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal være sterkere enn innen somatikk. Departementet vil derfor ikke konkludere på kravet for gjennomgangen fra beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten foreligger.

Måloppnåelse – områder med særlig fokus i oppdragsdokumentene

Psykisk helsevern

I oppdragsdokumentene for 2007 framgår det at de distriktpsykiatriske sentrene (DPS) skal være faglig og bemanningsmessig i stand til å ivareta det generelle behandlingsbehovet i spesialisthelsetjenesten / psykisk helsevern. Sykehusavdelingene skal ivareta spissfunksjoner, og ressursfordelingen mellom DPS og sykehus må tilpasses oppgavefordelingen. Ut fra rapporteringen i årlig

melding ser det ut til å gjenstå en del for DPSene har tilstrekkelig kapasitet, og ressursfordelingen mellom DPS og sykehus er avklart og tilpasset oppgavefordelingen. De regionale helseforetakene skal også vurdere behovet for sikkerhetsplasser og opprette tilstrekkelig med plasser. På landsbasis ser det ikke ut til at det er etablert tilstrekkelig kapasitet for sikkerhetsplasser.

En kvalitetsindikator sier at minst 90 prosent av pasientene innen psykisk helsevern for barn og unge skal bli diagnostisert etter ICD-10. Både tall fra Fritt sykehusvalg og rapportering i årlig melding viser at ingen foretaksgrupper når dette målet.

En annen kvalitetsindikator er at ventetid på vurdering innen barne- og ungdomspsykiatrien skal være mindre enn 10 dager. Det er mangelfull rapportering på denne indikatoren i årlig melding. Tall fra Fritt sykehusvalg viser imidlertid at median ventetid til første vurdering og konsultasjon i 2. tertial 2007 var på 44 dager for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Det er en økning på én dag fra samme periode i 2006.

Habilitering og rehabilitering

I oppdragsdokumentene er det stilt krav om at kapasiteten skal styrkes i forhold til 2006-nivå når det gjelder plasser i sykehus og andre institusjoner som yter tjenester innen spesialisert rehabilitering, og når det gjelder tilsatte som er knyttet til poliklinikk og team. Ut fra rapporteringen i årlig melding ser det ikke ut til at kravet om kapasitetsøkning er nådd på landsbasis, men det er ulik måloppnåelse mellom helseregionene. Det rapporteres i liten grad om antall tilsatte i poliklinikk og team.

I oppdragsdokumentene ble det stilt ulike krav til de regionale helseforetakene om antall Cochlea-implantasjoner. Helse Vest har oppfylt kravet som stilles. Helse Sør-Øst, som skulle øke antall operasjoner til 70, har gjennomført 52 operasjoner på nye pasienter og 18 reoperasjoner. Departementet viser til at de i oppdragsdokumentene for 2008 har presisert at kravene gjelder operasjoner på nye pasienter. Det ble stilt krav om at Helse Midt-Norge skulle øke antall operasjoner til 30 i samarbeid med Helse Nord, og at pasienter fra begge regioner skulle tilbys operasjoner ved St. Olavs Hospital. Disse to regionene har imidlertid ikke inngått samarbeid i 2007. Helse Midt-Norge rapporterer i årlig melding at de har operert 30 pasienter, men det framgår ikke om noen av pasientene som er operert er fra Helse Nord.

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige

I oppdragsdokumentene ble det stilt krav om at de regionale helseforetakene skal sikre at rutiner ved utskrivning etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd gir en god oppfølging for kommunale tjenesteytere. Alle de regionale helseforetakene, unntatt Helse Sør-Øst, rapporterer om utfordringer og/eller svakheter når det gjelder å sikre sammenhengende tiltakskjeder for rusmiddelmissbrukere.

Departementet har ingen merknader til Riksrevisjonens vurdering av årlig melding når det gjelder psykisk helsevern. Departementet mener det er positivt at det er sterk oppmerksomhet rettet mot rehabilitering og habilitering, og at det arbeides langsiktig. Departementet har i oppdragsdokumentene for 2008 presisert at området skal styrkes ytterligere. Departementet viser til at rutiner for kommunal oppfølging for rusmiddelavhengige etter sluttført eller avbrutt behandling er et tema som på generelt grunnlag er omfattet av Nasjonal rammeavtale mellom regjeringen og KS.

1.4.2 De regionale helseforetakenes måloppnåelse i forhold til økonomiske krav

På foretaksmøtene i februar 2007 stilte departementet krav om at de regionale helseforetakene skulle oppnå bestemte resultatkrav, jf. tabell 1. Nytt fra 2007 er at fulle avskrivningskostnader knyttet til de regionale helseforetakenes åpningsbalanser skal framkomme i resultatbegrepet de måles etter. Helseforetakenes pensjonskostnader økte i 2007 på grunn av endrede økonomiske forutsetninger. På foretaksmøtene i januar 2008 ble det derfor vedtatt at økte pensjonskostnader ikke skal regnes med i resultatkravet for 2007.

Det er negative avvik mellom eiers krav og oppnådde økonomiske resultater i samtlige foretaks-

grupper. Størrelsen på avvikene varierer mellom regionene. Helse Sør-Øst har et betydelig negativt resultat sett opp mot resultatkravet. Det negative avviket mellom eiers krav og korrigert resultat er forbedret i forhold til 2006 i Helse Midt-Norge og i Helse Vest, og i noen grad i Helse Nord. Ettersom det i 2006 ble rapportert om resultat korrigert for avskrivningskostnader, kan resultatene imidlertid ikke sammenlignes direkte.

1.4.3 Stiftelser med nær tilknytning til helseforetak

Riksrevisjonen har kartlagt omfanget av stiftelser innen helseområdet med tilknytning til helseforetak. Stiftelser er ifølge stiftelsesloven egne, selvstendige og selveiende rettssubjekter (formuesverdier).² Etterlevelse av flere av bestemmelsene i stiftelsesloven forutsetter at en har oversikt over hvem som er oppretter, og hvem som er avgiver av grunnkapitalen til stiftelsene. Stiftelser kan for eksempel ikke foreta utdeling til oppretter. Personer som har avgitt formuesverdi som inngår i grunnkapitalen i stiftelsen, kan ikke hver for seg eller sammen sitte som eneste medlemmer av styret.³

Kartleggingen viser at 23 stiftelser som er registrert i Stiftelsesregisteret kan anses å ha nær tilknytning til helseforetak, og at Stiftelsestilsynet bare har mottatt informasjon om hvem som er opprettere og avgivere for 11 av disse. Ingen av de 11 stiftelsene er gitt unntak fra hovedregelen om ikke å foreta utdeling til oppretter. Videre viser kartleggingen at i 15 av de 23 stiftelsene er *alle* styremedlemmene i stiftelsene ansatt i helseforetaket. I fire stiftelser er *noen* av styremedlemmene ansatt i helseforetaket.

Manglende oversikt over hvem som er oppretter og avgiver av grunnkapitalen, øker risikoen for overtredelse av stiftelsesloven. At styremedlem-

Tabell 1 Økonomiske krav og foretakgruppens resultater i 2007

Tall i mill. kroner	Opprinnelig resultatkrav 2007*	Korrigert resultatkrav 2007**	Oppnådd resultat 2007	Avvik mellom korrigert krav og resultat 2007
Helse Sør-Øst	- 880	- 2 775	- 3 862	- 1 087
Helse Vest	- 300	- 875	- 965	- 90
Helse Midt-Norge	- 85	- 550	- 560	- 10
Helse Nord	- 135	- 460	- 723	- 263
Sum	- 1 400	- 4 660	- 6 110	- 1 450

* Opprinnelig krav satt av HOD i foretaksmøter i februar 2007.

** Korrigert resultatkrav fastsatt av HOD i foretaksmøter i januar 2008, kravet er korrigert for økte pensjonskostnader i 2007.

2) Lov av 15. juni 2001 nr. 59 om stiftelser (stiftelsesloven).

3) Stiftelsesloven § 19 annet ledd og § 27.

mer i stiftelsene er ansatt i helseforetak vil etter Riksrevisjonens vurdering øke risikoen for uheldige rollesammenblandinger og vanskelige habilitetsspørsmål. Ved for eksempel Fondsstiftelsen ved St. Olavs Hospital er alle styremedlemmene ansatt i St. Olavs Hospital HF, og helseforetaket er registrert som både oppretter og avgiver av formuesverdier som inngår i grunnkapitalen. Det er risiko for at forholdene ikke er forenelig med at stiftelser skal være selvstendige rettssubjekter og i tråd med stiftelsesloven §§ 19 og 27.

Departementet viser til at det på foretaksmøtene i februar 2007 ba de regionale helseforetakene om å etablere gjennomgående rutiner for håndtering av forholdet til gaver, stiftelser, legater og fond som tilgodeser formål knyttet til spesialisthelsetjenesten eller driver virksomhet i forbindelse med den offentlige spesialisthelsetjenesten. På foretaksmøtene i januar 2008 ble det stilt krav om at tverr-regionalt arbeid skulle iverksettes, og at rapport skulle sendes departementet innen 30. april 2008. Departementet opplyser at fristen er utsatt til 20. september 2008, og at det i den sammenheng vil være naturlig å gå inn på spørsmål rundt eventuelle rollesammenblandinger, habilitetsspørsmål og stiftelsers selvstendighet.

1.4.4 Organiseringen av internrevisjonen i Helse Nord RHF

I foretaksmøtene i januar 2005 ble de regionale helseforetakene pålagt å etablere internkontroll og internrevisjon. Det framgår av protokollene fra foretaksmøtene at internrevisjon er et viktig ledd i styrets overvåkingsfunksjon som uavhengig av administrasjonen skal foreta systematiske risikovurderinger, kontroller og undersøkelser av helseforetakenes internkontroll, for å vurdere om den virker hensiktsmessig og betryggende.

Internrevisjon er etablert i alle de regionale helseforetakene. Organiseringen av internrevisjonen i Helse Nord RHF innebærer at den i stor grad er underlagt administrasjonens vurderinger av totalbehovet til hele Helse Nord RHF med hensyn til risiko og ressurser. Kontrollkomiteen er et underutvalg av styret i Helse Nord RHF. I Kontrollkomiteens årsrapport for 2007 framkommer det at komiteen er bekymret for at budsjettet for internrevisjonen i 2008 er vesentlig redusert i forhold til tidligere år, og at situasjonen innebærer en klart svekket forutsigbarhet og mulighet til hensiktsmessig og effektiv framdrift i internrevisjonens arbeid. Komiteen har gitt råd/anbefalinger om at

- styret i Helse Nord RHF bør foreta en overord-

net risikovurdering for virksomheten.

- det nye styret og den nye kontrollkomiteen vurderer dagens organisering av internrevisjonen i forhold til styre, kontrollkomité og administrasjon. I dette bør også ligge en vurdering av prosessen rundt internrevisjonens budsjett.

Departementet påpeker at internrevisor i Helse Nord har full disposisjonsrett over eget budsjett, men at det ut fra behovet for arbeidsdeling knyttet til bestilling og anvisning er valgt en løsning der anvisningsrett er lagt til leder for serviceseksjonen i Helse Nord RHF. Departementet mener at Helse Nord RHF har gjort et godt arbeid i å få etablert en velfungerende internrevisjon, men departementet vil fortsatt legge vekt på arbeidet med internkontroll i de regionale helseforetakene.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det risiko for at organiseringen av internrevisjonen i Helse Nord RHF ikke sikrer tilstrekkelig uavhengighet fra administrasjonen, og at forholdene ikke ligger til rette for at internrevisjonen kan gjennomføre de kontroller den anser som nødvendig for at styret skal kunne ivareta sine kontrolloppgaver.

1.4.5 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av tidligere rapporterte forhold ved de regionale helseforetakene

Avvik knyttet til kapittel 732 post 77 – refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus

Riksrevisjonen rapporterte i Dokument nr. 1 (2005–2006) om et avvik på 40,5 mill. kroner mellom de regionale helseforetakenes regnskaper og statsregnskapet vedrørende kapittel 732 post 77. Kontrollen for 2006 viste at til tross for at foretakenes artskonti var endret med virkning fra og med 2006, var det fortsatt avvik på 36,8 mill. kroner mellom de regionale helseforetakenes regnskaper og statsregnskapet. De regionale helseforetakene oppga å ha mottatt 36,8 mill. kroner mer enn det som var ført i statsregnskapet. 18. september 2007 mottok Riksrevisjonen tilleggsopplysninger fra departementet om at de regionale helseforetakene for 2006 hadde mottatt 11,8 mill. kroner mindre enn det som er ført i statsregnskapet. Kontrollen for 2007 viser at de regionale helseforetakene oppgir å ha mottatt 124,2 mill. kroner mer enn det som er ført i statsregnskapet.

Saken blir fulgt opp.

Tildeling av enerett til Helse Vest IKT AS

Riksrevisjonen rapporterte i Dokument nr. 1 (2005–2006) om at tildelingen av eneretten til Helse Vest IKT AS var i strid med regelverket for offentlige anskaffelser. I forkant av rapporteringen var det enighet om at Helse Vest IKT AS var å anse som et offentlig organ. Departementet delte Riksrevisjonens vurdering om at eneretten ikke var kunngjort korrekt, og opplyste at tildelingen av eneretten ble kunngjort på nytt på Norsk Lysingsblads hjemmesider 22. september 2005.

Departementet har fortsatt ikke gitt en vurdering av om tildelingen av eneretten også omfattet vareleveranser, og opprettholder sitt syn om at tildelingen av eneretten kan begrunnes i tvingende og allmenne hensyn. Helse Vest RHF opplyste at løsningen med å tildele Helse Vest IKT AS en enerett var "den mest hensiktsmessige og økonomisk fordelaktige" for foretaksgruppen. Det er ikke framkommet nye opplysninger, argumenter eller momenter i saken. Riksrevisjonen stiller fortsatt spørsmål om vilkåret om at vedtaket om å tildele eneretten må være begrunnet i allmenne eller tvingende hensyn for å være forenlig med EØS-avtalen, er oppfylt. Siden departementet opprettholder sitt syn om at tildelingen av eneretten kan begrunnes i tvingende og allmenne hensyn, har Riksrevisjonen bedt om at saken forelegges regelverksforvalter, Fornyings- og administrasjonsdepartementet.

Tildeling av kontrakter til de regionale sykehusapotekene

Riksrevisjonen rapporterte i Dokument nr. 1 (2005–2006) om at tildelingen av kontrakter til sykehusapotekene om levering av legemidler til helseforetakene var i strid med regelverket for offentlige anskaffelser. Departementet påberopte seg 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 prosent av sykehusapotekenes totalomsetning".

I Dokument nr. 1 (2007–2008) rapporterte Riksrevisjonen om at omsetningskravet synes å være oppfylt, men at departementets pålegg overfor helseforetakene ikke var tilstrekkelig. Sykehusapotekene er selvstendige rettssubjekter organisert som søsterselskaper til helseforetakene. Denne organiseringen er etter Riksrevisjonens vurdering til hinder for at vilkåret satt av EF-domstolen om at oppdragsgiver (helseforetakene) må ha like

sterk kontroll over leverandøren (sykehusapotekene) som over egne etater, kan oppfylles.

Departementet opplyser at det opprettholder sitt syn om at unntaksbestemmelsen om egenregi kan benyttes, og viser i den forbindelse til at det aktuelle spørsmålet ikke har vært prøvet for retten. Riksrevisjonen forutsetter at departementet avklarer spørsmålet med regelverksforvalter.

Saken er avsluttet.

Praktisering av prioriteringsforskriften

I Dokument nr. 1 (2006–2007) rapporterte Riksrevisjonen om store variasjoner mellom de regionale helseforetakene i andelen pasienter som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp. For 2007 har Riksrevisjonen en merknad knyttet til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp til utvalgte pasientgrupper, jf. punkt 3.1.

Forhold ved Kreftregisteret og Kreftregisterets Fond

Riksrevisjonen rapporterte i Dokument nr. 1 (2006–2007) om at krav til styring, kontroll og habilitet ikke var tilfredsstillende ivarettatt, og at midler som tilhørte Kreftregisteret var tilført fondet. Et fond ved siden av hovedvirksomheten med tilnærmet samme formål som Kreftregisteret, innebar etter Riksrevisjonens syn en betydelig fare for manipulering av budsjetter og regnskaper. Departementet opplyser at Kreftregisterets styre har fattet flere vedtak for å rydde opp i de kritikkverdige forholdene. Videre opplyser departementet at det er inngått avtale mellom Medinnova AS og Kreftregisterets Fond om forvaltning og regnskapsføring. Medinnova AS er et heleid datterselskap av Rikshospitalet HF. Midler som uberettiget var tilført fondet, er tilbakeført til Kreftregisteret. Riksrevisjonen har mottatt kopi av rapport fra revisor som dokumentasjon.

I forbindelse med Riksrevisjonens rapportering i Dokument nr. 1 (2006–2007) om forholdet ved Kreftregisteret og Kreftregisterets Fond, opplyste departementet om at saken ville bli fulgt opp og viste til at det daværende Helse Sør RHF ga uttrykk for at Kreftregisterets Fond bør avvikles.

Riksrevisjonen registrerer at fondet ikke er avviklet, og at vedtektene sist ble endret av fondets representantskap den 8. mai 2007. Gjennomgangen av vedtektsendringene viser at formålsangivelsen er uendret, at styret behandler søknader fra Kreftregisteret om midler fra fondet, at fondets representantskap består av Kreftregis-

terets styre, og at representantskapet er gitt myndighet til å endre vedtektene.

Ettersom Krefregisterets Fond ble opprettet etter vedtak i Krefregisterets styre den 18. april 1989, er Krefregisteret å anse som oppretter av stiftelsen. Ifølge stiftelsesloven § 19 annet ledd kan det ikke foretas utdelinger til oppretter. Det følger av stiftelsesloven § 45 at det med omdanning blant annet menes endringer av stiftelsens vedtekter. I stiftelsesloven § 48 annet ledd framgår det at andre enn Stiftelsestilsynet kan gis omdanningsmyndighet i vedtektene, men at oppretteren av stiftelsen ikke kan gis slik myndighet. Stiftelsesloven § 30 slår fast at styret er stiftelsens øverste organ. Det kan vedtektsfestes at stiftelsen skal ha andre organer enn styre og daglig leder. Myndigheten til å beslutte omdanning er begrenset etter forslag fra styret, jf. stiftelsesloven § 36 g.

Departementet gir ingen vurdering av vedtektene i forhold til bestemmelsene i stiftelsesloven, men uttaler at vedtektene ved en inkurie ikke har blitt sendt til Stiftelsestilsynet, og at registrering av vedtektsendringene nå er iverksatt.

Riksrevisjonen har en bemerkning knyttet til departementets oppfølging av denne saken, jf. punkt 5.

Tildeling av tilskudd til store byggeprosjekter over kapittel 732 post 81

Riksrevisjonen rapporterte i Dokument nr. 1 (2006–2007) om at departementet hadde blandet sammen sine roller som eier og tilskuddsforvalter ved å tildele tilskuddet gjennom foretaksmøtet og ikke bestillerdokumentet (tilskuddsbrev). Departementet opplyste den gang at det for 2007 ville vurdere å tildele tilskudd til store byggeprosjekter gjennom tilskuddsbrev.

I sin redegjørelse for hvordan saken er fulgt opp, opplyser departementet at tilskudd til store investeringsprosjekter er en oppfølging av vedtak gjennom Stortingets behandling av St.prp. nr. 1 (2003–2004) vedrørende særskilt bidrag til gjennomføring av tre ulike investeringsprosjekter, og er knyttet til håndtering av kapitalforvaltningen i de respektive helseregioner. Forvaltning av kapitalen er en viktig faktor og må sees i sammenheng med økonomiske resultatkrav, styring av investeringer, låneopptak mv. Da slike økonomiske styringskrav og rammebetingelser settes i foretaksmøtene, har departementet vurdert det styringsmessig mest hensiktsmessig å tildele det

særskilte investeringsstilskuddet over kapittel 732 post 81 i foretaksmøtet.

Riksrevisjonen har en bemerkning knyttet til departementets oppfølging av denne saken, jf. punkt 5.

Øvrige merknadssaker

Riksrevisjonens merknader knyttet til kontrollen for 2006 ble rapportert til Stortinget høsten 2007. Departementet har stilt krav til de regionale helseforetakene i 2008, og Riksrevisjonen vil vurdere resultatene av departementets oppfølging i forbindelse med kontrollen for 2008.

2 Regnskaper der Riksrevisjonen har vesentlige merknader

2.1 Helsedirektoratet

2.1.1 Revisjonen av tilskudd til kommunalt rusarbeid – samordning med tilskudd til boligsosialt arbeid

Riksrevisjonen har kontrollert tilskudd til kommunalt rusarbeid under Helse- og omsorgsdepartementet. Kontrollen viser risiko for manglende styring og samordning av tjenester for brukeren.

Tilskuddsordningen er sett i et samordningsperspektiv med tilskudd til boligsosialt arbeid under Arbeids- og inkluderingsdepartementet.⁴ Begge tilskuddsordningene er forvaltet av Helsedirektoratet. For regnskapsåret 2007 er det utbetalt 142,7 mill. kroner til kommunalt rusarbeid og 140,4 mill. kroner til boligsosialt arbeid.

Revisjonen av tilskudd til kommunalt rusarbeid viser:

- **Uklare kriterier for måloppnåelse**

Det er vanskelig å se sammenhengen mellom mål og resultater, noe som gjenspeiler seg i styringen til fylkesmannsembetene. I gjennomføringsplanen på det sosial- og rusfaglige området⁵ er det kun satt generelle krav til rapportering under embetsoppdragene, og ingen spesifikke krav til rapportering av tiltakenes måloppnåelse.

- **Uklare roller og ansvar i tilskuddsforvaltningen**

Helsedirektoratet er tilskuddsforvalter av kommunalt rustilskudd i 14 av embetene, og fylkesmannsembetene er tilskuddsforvalter av bolig-

4) Ifølge St.prp. nr. 1 (2006–2007) for Helse- og omsorgsdepartementet skal kommunale rustiltak ses i lys av innsatsen mot fattigdom, herunder strategien *På vei til egen bolig*.

5) Dette er et av fylkesmannens planleggings- og rapporteringsverktøy overfor direktoratet.

sosialt arbeid. Ulike forvaltermodeller for de to tilskuddene vanskeliggjør samordning på embetsnivå og medfører ulik oppfølging av dem. Det kommunale rusarbeidet blir i enkelte embeter fulgt opp indirekte gjennom boligsosialt arbeid på kommunenivå.

- *Varierende kjennskap til regelverk for tilskudd til kommunalt rusarbeid*

På grunn av manglende kunnskap brukes regelverket i liten grad av fylkesmannsembetene i saksbehandlingen og som grunnlag for prioritering av søknader.

- *Varierende informasjon til fylkesmannsembetene*

Fylkesmannsembetene har et ansvar for å bistå direktoratet med søknadsbehandlingen ved tilskudd til kommunalt rusarbeid, og å finne fram til kommuner med særlig kompetanse og god praksis på området. Rapportering for tilskudd til kommunalt rusarbeid er i varierende grad sendt til embetene i 2007, noe som gjør det vanskelig for fylkesmannsembetene å finne fram til egnede ressurs- og eksempelkommuner.

- *Varierende oppfølging av tilskuddsmottaker*

Det er ikke etablert noen ensartet praksis for kontroll av midlene innen tilskudd til kommunalt rusarbeid. Ingen av embetene eller kommunene har fått tilbakemelding på sin rapportering fra direktoratet.

- *Fragmenterte virkemidler*

Styringen av de ulike ordningene og virkemidlene virker fragmentert, til tross for at de skal nå samme brukergruppe. For eksempel er rus, legemiddelassistert rehabilitering og boligsosialt arbeid spredt på flere ordninger og virkemidler, noe som kan gjøre det vanskelig for kommunene å holde oversikt og få til et helhetlig brukertilbud.

- *Utfordringer ved å ta i bruk "individuell plan"*

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottakeren og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det er utfordringer knyttet til koordineringsrollen i kommunene. Få brukere benytter seg av retten til individuell plan. En av årsakene er at mange brukere ikke ser fordeler knyttet til å ha en slik plan.

Helsedirektoratet viser til at det har vært utfordringer knyttet til tydelighet og sammenheng mellom mål og resultater. For 2007 ble ordningen gjennomført uten godkjent regelverk. Regelverket lå da i departementet for godkjenning. Fra

2008 vil forvaltningen av tilskudd til kommunalt rusarbeid bli lagt til fylkesmannsembetene.

Helsedirektoratet opplyser at de vurderer flere tiltak, blant annet:

- tydeligere kriterier for måloppnåelse og tildeling av tilskudd
- bedre rapportering mellom de ulike aktørene
- klargjøring av ansvars- og rollefordeling mellom direktoratet og fylkesmannsembetene

Departementet uttaler at regelverk for tilskuddsordningen er etablert fra og med 2008. I regelverket er det blant annet tatt inn en bestemmelse om at kommunene skal rapportere om bruken av individuell plan. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å videreutvikle et statistikk- og dokumentasjonssystem, herunder indikatorer. Hensikten er å gi lokale og sentrale myndigheter et bedre styringssystem. Det er også etablert et rapporteringssystem for iverksetting av tiltak i opptrappingsplanen for rusfeltet knyttet til budsjettprosessen. Departementet vil ta med Riksrevisjonens merknader i arbeidet med å utvikle og forbedre styringsdialogen.

Riksrevisjonen viser også til omtale av tilskudd til boligsosialt arbeid under Arbeids- og inkluderingsdepartementet og til omtale av styring av fylkesmannsembetene under Fornyings- og administrasjonsdepartementet.

2.1.2 Anskaffelser i Helsedirektoratet – brudd på lovverk

Riksrevisjonens kontroll viser vesentlige svakheter i direktoratets anskaffelser. Dette kan medføre risiko for dårlig økonomistyring, manglende ressursutnyttelse og misligheter.

For alle anskaffelser gjelder krav til konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvbarehet og gjennomsiktighet.

Direktoratet har vedtatt bruk av felles elektronisk anskaffelsesstøttesystem (EASS). Systemet skal gi støtte til valg av riktig anskaffelsesprosedyre, gi beslutningsstøtte og dokumentmaler, samt produsere den endelige anskaffelsesprotokollen. Anskaffelsesprotokollen og tilhørende dokumenter skal overføres til Helsedirektoratets felles arkivsystem.

Helsedirektoratet har i 2007 foretatt anskaffelser for ca. 378 mill. kroner. Riksrevisjonen har sett på 17 kontrakter der anskaffelsene er over kroner

500 000, og der regelverket stiller krav til anbuds-konkurranse.

Revisjonen viser:

- *Manglende toveis kontrollspor mellom kontrakter og økonomisystem*
Det er ikke toveis kontrollspor mellom anskaffelser og tilhørende regnskapstransaksjoner. Regnskapet gir ingen referanse til anskaffelse eller kontrakt.
- *Direkte kjøp fra leverandør uten konkurranse*
Dette gjelder 6 av 17 kontrakter.
- *Manglende anskaffelsesprotokoll*
Dette gjelder 6 av 17 kontrakter.

Helsedirektoratet meddeler at det er eksisterende svakheter i systemene. De innfører nytt anvisningssystem for fakturaer og vurderer endringer i økonomi- og arkivsystemet. På lengre sikt vil direktoratet etablere et prosjekt for å styrke forvaltningskompetansen. De vil videre vedta en plan for innføring av risikostyring, og de vurderer å utvide regnskapssystemet med en anskaffelsesmodul.

Departementet uttaler at de i den ordinære styringsdialogen vil be Helsedirektoratet rapportere om framdriften i implementeringen av tiltakene de planlegger å iverksette.

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

Riksrevisjonen har to generelle merknader til forvaltningen av alle de regionale helseforetakene, jf. punkt 3.1–3.2. I tillegg har Riksrevisjonen to spesifikke merknader til forvaltningen av de regionale helseforetakene, jf. punkt 3.3–3.4.

3.1 Utvikling i ventetid og praktisering av prioriteringsforskriften

Utvikling i ventetid innen utvalgte pasientgrupper

Stortinget har forutsatt at ordinært avviklet gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter⁶ innen somatikk ikke skal økes, og at den skal reduseres innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere (TSB).⁷ Riksrevisjonen har undersøkt utviklingen i ventetid innen følgende grupper: somatikk, inklusiv revmatiske sykdommer og fysikalsk medisin og

rehabilitering, psykisk helsevern for voksne (VOP), psykisk helsevern barn og unge (BUP) og TSB.

Statistikk vedrørende ventetider ble trukket tilbake av Norsk pasientregister (NPR) i slutten av 2007 på grunn av ujevn kvalitet. Riksrevisjonen antar likevel at tallene kan si noe om utviklingen i ventetid og tolkningen av prioriteringsforskriften i perioden.

Undersøkelsen viser at ovennevnte krav til ventetid ikke er innfridd. Med unntak av BUP har det vært en negativ utvikling nasjonalt i ventetid fra 3. tertial 2006 til 3. tertial 2007 på alle områder. Utviklingen i ventetid for rettighetspasienter innen BUP er likevel ikke tilfredsstillende. Videre registreres det fortsatt gjennomgående store regionale forskjeller i ventetid. Det er ikke mulig å antyde utviklingen i ventetid innen TSB på grunn av manglende og dårlige data, og fordi statistikk på området ikke er sammenlignbar i perioden 2006 og 2007.

Nasjonalt har det innen somatikk, inklusiv revmatiske sykdommer og fysikalsk medisin og rehabilitering, vært en økning i gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter fra 3. tertial 2006 til 3. tertial 2007. I samme periode har gjennomsnittlig ventetid for rettighetspasienter innen VOP også økt, mens det innen BUP har vært en reduksjon. Ventetiden for rettighetspasienter innen BUP er likevel den lengste sammenlignet med områdene somatikk, fysikalsk medisin og rehabilitering, og VOP.

Praktisering av prioriteringsforskriften innen utvalgte pasientgrupper

Riksrevisjonen rapporterte i Dokument nr. 1 (2006–2007) om store variasjoner mellom de regionale helseforetakene i andelen pasienter som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp per 3. tertial 2005. I februar 2006 ble tiltaket ”Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten” iverksatt med det formål å utvikle en helhetlig strategi som kan gi større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering.

Stortinget har forutsatt at praktiseringen av prioriteringsforskriften skal bli mer enhetlig, og at pasienter med kroniske sykdommer, pasienter med psykiske lidelser, rusmiddelavhengige og pasienter med behov for rehabilitering og habilitering, skal prioriteres.⁸

6) Med rettighetspasienter forstås de pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp.

7) St.prp. nr. 1 (2006–2007).

8) St.prp. nr. 1 (2006–2007).

Riksrevisjonen har undersøkt tildeling av rett til nødvendig helsehjelp i følgende grupper: revmatiske sykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering og TSB. Tall fra NPR viser at det per 3. tertial 2007 fortsatt er store regionale forskjeller i andelen pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp innen de utvalgte gruppene. Innen revmatiske sykdommer har det nasjonalt vært en økning i den totale andelen rettighetspasienter fra 3. tertial, 2005–2007, mens det har vært en reduksjon innen fysikalsk medisin og rehabilitering. For TSB er det ikke sammenlignbare tall.

Departementet uttaler at det følger med på utviklingen i ventetidene, og at ventetider sett i sammenheng med blant annet aktivitetsutvikling er en viktig indikator for helsetjenestens tilgjengelighet. Departementet bekrefter at det ut fra datakvaliteten er knyttet utfordringer til tolkningen av NPRs ventelistestatistikk, og at det er store forskjeller med hensyn til andel pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp. Departementet har for å sikre fortsatt oppmerksomhet på ventetid og større likhet i praktiseringen av prioriteringsforskriften valgt å videreføre styringsparametrene i oppdragsdokumentene for 2008. Departementet uttaler også at det følger nøye med på prosessen i samarbeidsprosjektet mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene vedrørende riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten, som er planlagt avsluttet i løpet av 2008.

3.2 Ambulansetjenesten

I Dokument nr. 3:9 (2005–2006) *Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten* ble det blant annet påpekt en rekke utfordringer for helseforetakene med hensyn til ambulansetjenesten. I kontrollen for 2007 har Riksrevisjonen fulgt opp noen av forholdene.

Kompetanse hos ambulansespersonell

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at den totale andelen ambulansespersonell med fagbrev har økt fra 56 prosent i 2004 til 65 prosent i 2006, men at det fortsatt er store regionale forskjeller, jf. tabell 2. Informasjon fra de regionale helseforetakene tyder på at denne utviklingen har fortsatt også i 2007.

De regionale helseforetakene gjennomfører en rekke ulike tiltak for å høyne kompetansen hos ambulansespersonellet, blant annet krav til fagbrev ved ansettelse, kurstilbud og krav om midler avsatt til kompetanseheving. De peker imidlertid også på utfordringer med å skaffe tilstrekkelig kvalifisert personell.

Departementet uttaler at det vil påse at ambulansetjenesten ivaretar kravene til faglig forsvarlighet, og vil derfor treffe nødvendige tiltak for å sikre at de formelle og reelle kompetansekravene ivaretas. Departementets foreløpige vurdering er at de regionale helseforetakenes arbeid med å sikre de formelle kompetansekravene i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, er tilfredsstillende.

Departementet viser til at det i april 2008 ble nedsatt en arbeidsgruppe som skal foreta en gjennomgang av de prehospitale tjenestene, med hovedvekt på AMK-sentralene og bil- og båtambulansen. Mandatet for arbeidsgruppen inkluderer gjennomgang og vurdering av de formelle og reelle kompetansekravene i ambulansetjenesten og vurderinger av kostnadseffektivitet knyttet til styring av ressurser, organisering og drift.

Bruk av ambulanser til transportoppdrag

I Dokument nr. 3:9 (2005–2006) framgikk det at ambulanser ofte benyttes til transportoppdrag som like gjerne kunne vært utført av andre kjøretøyer, for eksempel taxi. Kontroll- og konstitusjonskomiteen påpekte i Innst. S. nr. 68 (2006–2007) at det er uheldig dersom ambulanser brukes til oppdrag hvor det ikke er nødvendig.

De regionale helseforetakene påpeker at kjøretøysforskriften hindrer dem i å bruke annet enn ambulanser for å frakte liggende pasienter, og at andelen transportoppdrag derfor er høy. De avventer resultatet av det arbeidet de gjorde i samarbeid med drosjenæringen i 2006–2007, for å utvikle en felles spesifikasjon for typer kjøretøy som trengs for å kunne transportere liggende pasienter. Departementet opplyser at Helsedirektoratet og Veidirektoratet har fått i oppdrag å komme med forslag til nye regler for godkjenning av kjøretøy. Forslag til høring skulle vært

Tabell 2 Andel ambulansespersonell med fagbrev etter helseregion i 2006

Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Hele landet
64 %	78 %	77 %	68 %	43 %	65 %

Kilde: SSB

klart til september 2007, men arbeidet har blitt forsinket.

Data for akuttmedisinske tjenester

I kjølvannet av ny forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus av 1. april 2005 og Riksrevisjonens Dokument nr. 3:9 (2005–2006) ble daværende Sosial- og helsedirektoratet bedt om å levere et system for innsamling og behandling av data fra akuttmedisinske tjenester innen utgangen av 2006.

Departementet opplyser at direktoratet i arbeidet har støtt på problemer i og med at det i de akuttmedisinske prehospitaltjenestene ikke finnes systemer for nasjonal registrering av kvalitets- og driftsdata, og at med unntak av data samlet inn av SSB om ambulansetjenesten, finnes det i dag ingen nasjonale drifts- og kvalitetsdata innen de akuttmedisinske tjenestene. Når det gjelder det videre arbeidet med data for akuttmedisinske tjenester, har direktoratet som målsetting at et ensartet og nasjonalt system for innsamling og behandling av data fra de akuttmedisinske tjenestene skal bli utviklet i løpet av 2008.

3.3 Rutiner for betaling av obduksjonslaboranter i Helse Sør-Øst

Riksrevisjonen har kontrollert rutinene for betaling for obduksjonslaborantenes tjenester for begravelsesbyråer i form av nedlegging av lik i kister ved de ni helseforetakene i Helse Sør-Øst som har patologisk avdeling.

Fire av helseforetakene (Rikshospitalet HF, Aker universitetssykehus HF, Sykehuset Buskerud HF og Sykehuset Innlandet HF) praktiserer fortsatt rutiner hvor obduksjonslaborantene mottar direkte betaling fra begravelsesbyråene. Riksrevisjonens beregninger tilsier at det samlet ble utbetalt ca. 1,7 mill. kroner fra begravelsesbyråer direkte til de ansatte obduksjonslaboranter ved de fire nevnte helseforetakene i Helse Sør-Øst i hele 2007. Hvis de ni ansatte obduksjonslaborantene deler likt på oppdragene, tilsvarer dette en gjennomsnittlig ekstra inntekt på ca. 190 000 kroner per obduksjonslaborant.

De øvrige fem helseforetakene har per i dag rutiner der begravelsesbyråene faktureres fra helseforetakenes regnskapsavdelinger. Fram til april 2007 hadde imidlertid også Ullevål universitetssykehus HF en praksis der obduksjonslaborantene ble betalt direkte av begravelsesbyråene for tjenester i forbindelse med nedlegging i kister.

I brev av 20. august 1996 fra daværende Sosial- og helsedepartementet til Fylkeskommunene, Rikshospitalet og Det norske radiumhospitalet, framgikk det at departementet var kjent med at det har forekommet oppgjørsordninger der den enkelte obduksjonslaborant i sin arbeidstid har mottatt betaling for stell av lik. Departementet ba i brevet om at rutinene ble endret slik at direkte oppgjør til laborantene ikke skal forekomme.

Departementet uttaler at praksisen ved de fire helseforetakene ikke er forenelig med god virksomhetsutøvelse og gjeldende regelverk for bierverv, og at det vil følge opp at praksisen vil bli endret.

3.4 Korridorpasienter i Helse Vest

Siden 2002 har Helse Stavanger HF hatt en høy andel korridorpasienter. For å redusere andelen inngikk Helse Stavanger HF i 2004 avtale med privat utbygger om bygging av hotell på sykehusets område. St. Svithun Hotell åpnet våren 2006. Hotellet eies og drives kommersielt av private aktører, og det tar imot vanlige hotellgjester hvis ikke sykehuset benytter rommene. Målsettingen for Helse Stavanger HFs bruk av hotellet ligger på ca. 500 gjestedøgn for overflyttede pasienter per uke. I første halvår 2007 har bruken av hotellet ligget på om lag 230–270 rom per uke.

Tall fra Fritt sykehusvalg viser at andelen korridorpasienter innen somatikk ved Helse Stavanger HF har fortsatt å stige, til tross for byggingen av hotellet. Per 3. tertial 2007 var andelen 8,7 prosent, mot 7,5 prosent i 3. tertial 2006. Andelen på landsbasis var 2,2 prosent i 3. tertial 2007, jf. omtale under punkt 1.4.1.

Helse Vest RHF bekrefter at målsettingen om utnyttelsen av 500 rom per uke i hotellet til overflyttede pasienter ikke er nådd. Helse Vest RHF mener at blant annet økt dagkirurgisk virksomhet og nytt akuttmottak vil kunne redusere antall korridorpasienter.

Departementet uttaler at den manglende måloppnåelsen på indikatoren som viser antall korridorpasienter, er tatt opp på årlige foretaksmøter. Departementet er enig med Helse Vest i at bedre utnyttelse av pasienthotellet er viktig for å redusere antallet korridorpasienter i Helse Vest, samtidig som reduksjon av antall korridorpasienter er en kompleks problemstilling som krever ulike typer tiltak. Departementet følger utviklingen i Helse Vest nøye, og vil understreke Helse Vest sitt

ansvar for å iverksette tiltak på regionalt nivå med sikte på en optimal regional kapasitetsutnyttelse.

4 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av tidligere rapporterte forhold

4.1 Statsregnskapet og departementets forklaringer

Riksrevisjonen stilte i 2006-revisjonen⁹ spørsmål ved forhold som gjelder brudd på bevilgningsreglementet. Flere kapitler og poster hadde betydelige avvik mellom budsjetterte og regnskapsførte inntekter. Videre viste kontrollen at statsregnskapet for flere poster ga informasjon om inntektens art i stedet for forklaring på avvik mellom budsjett og regnskap.

I Innst. S. nr. 172 (2007–2008) uttaler komiteen blant annet:

”Komiteen mener dette er alvorlig, og har merket seg at Helse- og omsorgsdepartementet for budsjetterterminen 2008 i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt vil vurdere om det blant annet på bakgrunn av tidligere års erfaringer, skal budsjetteres med høyere inntekter på enkelte kapitler.”

Riksrevisjonens kontroll viser at det er en positiv utvikling i inntektsbudsjetteringen for 2008. Forklaringene til statsregnskapet for 2007 gir bedre informasjon om budsjettavviket på kapitler med merinntekter.

Saken er avsluttet.

4.2 Helsedirektoratet

4.2.1 Ikt-systemer og rutiner ved Helsedirektoratet

I 2006-revisjonen¹⁰ stilte Riksrevisjonen spørsmål ved direktoratets styring av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Etter Riksrevisjonens vurdering var det risiko for at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell ikke hadde tilfredsstillende ikt-systemer og rutiner etter stortingsproposisjonens krav gjeldende for 2006.

I Innst. S. nr. 172 (2007–2008) uttaler komiteen blant annet at:

”Komiteen har merket seg at Riksrevisjonens vurdering er at det er risiko for at Statens auto-

risasjonskontor for helsepersonell ikke har tilfredsstillende ikt-systemer og rutiner i forhold til kravene satt i ovennevnte stortingsproposisjon, og at Riksrevisjonen vil følge saken videre.”

Helsedirektoratet uttaler at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell i tildelingsbrevet for 2007 er bedt om å legge fram en plan for arbeidet med innføring av elektronisk saksbehandlings-system. Arbeidet er blitt fulgt opp i årets etatsstyrings- og kontaktmøter mellom Statens autorisasjonskontor for helsepersonell og direktoratet. Det er utarbeidet forslag med tiltak på kort sikt for å effektivisere bruk av ikt samt løsningsforslag til framtidig integrert ikt-løsning.

Saken er avsluttet.

4.2.2 Miljørettet helsevern og smittevern samt ulykkes- og atomberedskap

2006-revisjonen¹¹ viste svakheter ved Helsedirektoratets oppfølging og kontroll av fylkesmannsembetenes måloppnåelse. Innholdet i flere av embetsoppdragene til fylkesmannsembetene framsto som uklare, og det heftet usikkerhet blant flere embeter om hvilke tiltak som var forventet. Helsedirektoratet hadde ikke satt konkrete krav til embetenes måloppnåelse i forhold til embetsoppdragene og til hva som skulle rapporteres til direktoratet.

I Innst. S. nr. 172 (2007–2008) uttaler komiteen blant annet:

”Komiteen forutsetter at departementet følger opp saken på egnet måte.”

Helsedirektoratet uttaler at de forsøker å være tydeligere og konkrete i embetsoppdraget til fylkesmannsembetene. Det er utarbeidet mer konkrete mål, krav og forventninger til embetene på området, herunder krav til rapportering. Årsrapportene fra fylkesmennene brukes aktivt i den videre oppfølgingen på området.

Saken er avsluttet.

4.3 Nasjonalt folkehelseinstitutt

4.3.1 Departementets styring av Nasjonalt folkehelseinstitutt

Riksrevisjonen stilte i 2006-revisjonen¹² spørsmål ved departementets styring av Nasjonalt folkehel-

9) Dokument nr. 1 (2007–2008).

10) Dokument nr. 1 (2007–2008).

11) Dokument nr. 1 (2007–2008).

12) Dokument nr. 1 (2007–2008).

seinstitutt. Riksrevisjonen hadde foretatt en virksomhetsanalyse av instituttet samme år. Analysen viste at tildelingsbrevet til instituttet framsto som svært detaljert og aktivitetsorientert sett opp mot økonomiregelverkets bestemmelser. Departementet svarte at det ville gjennomgå målstrukturen for virksomheten med sikte på å utvikle resultatmål og styringsparametere.

I Innst. S nr. 172 (2007–2008) tar kontroll- og konstitusjonskomiteen departementets uttalelse til orientering.

Riksrevisjonens kontroll i 2007 viser at årsrapporteringen fra virksomheten til departementet skifter karakter fra 2006. Rapporteringen for 2007 framstår som mer oversiktlig. Tildelingsbrevet for 2008 har en annen målstruktur med resultatmål og styringsparametere.

Departementet uttaler at det høsten 2007 ble gjennomført et utviklingsarbeid med tildelingsbrevet til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Tildelingsbrevet for 2008 har en målstruktur med resultatmål og styringsparametere som i større grad gir grunnlag for rapportering av måloppnåelse.

Saken er avsluttet.

5 Riksrevisjonens bemerkninger

5.1 Departementets styring, måloppnåelse og resultatrapportering

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Riksrevisjonens kontroll konstaterer svakheter og mangler i enkelte helseregistre ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Dette gjelder Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister og System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK). Mangelfulle og lite oppdaterte helseregistre kan føre til feilbehandling og at viktige helsepolitiske beslutninger blir tatt og iverksatt på bakgrunn av feilaktige data. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om det er manglende samsvar mellom ansvar og virkemidler som har ført til at kvaliteten på registrene ikke er tilfredsstillende. Riksrevisjonen stiller også spørsmål ved om departementet har hatt tilstrekkelig fokus i sin styring og oppfølging av området.

Riksrevisjonen er kritisk til at ikt-føringene i tildelingsbrevet ikke er nedfelt i interne styringsdokumenter ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Føringene er heller ikke rapportert på og fulgt opp i styringsdialogen med departementet. Riks-

revisjonen stiller spørsmål ved om strategisk bruk av ikt har nok oppmerksomhet i styringen. Det er risiko for lite effektive systemløsninger som gir dårlig tilgjengelighet for brukerne.

Kontrollsystem for Utbetaling av HelseRefusjoner (KUHR)

Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at departementet ikke har definert styringsparametere eller rapporteringskrav for å måle kvaliteten på og resultatene av kontrollarbeidet ved NAV Helsetjenesteforvaltning. Innføringen av saksbehandlingssystemet Kontrollsystem for Utbetaling av HelseRefusjoner (KUHR) har ikke har gitt den forventede gevinstrealisering. Systemet er ennå ikke fullstendig utviklet som saksbehandlingsverktøy, slik som Arbeids- og sosialdepartementet forutsatte i 2005. I tillegg har få behandlere tatt i bruk systemets mulighet for elektronisk innsending av refusjonskrav. Dette har ført til at systemet ikke har frigjort ressurser til kontrollarbeid. Konsekvensen kan blant annet være økt risiko for misligheter, feilutbetalinger og manglende måloppnåelse på kort og lang sikt. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om de iverksatte tiltakene er tilstrekkelige for at systemet utvikles og tas i bruk slik som forutsatt, for å kunne etablere god styring og kontroll på et område av stort økonomisk omfang.

5.2 Helsedirektoratet

Riksrevisjonen har vesentlige merknader til gjennomføringen av Helsedirektoratets tilskuddsforvaltning og anskaffelser for 2007.

Riksrevisjonen ser alvorlig på at det er utydelige kriterier for måloppnåelse, uklare roller og ansvar, varierende oppfølging og manglende enhetlig forvaltning av tilskudd til kommunalt rusarbeid, også sett i et samordningsperspektiv med tilskudd til boligsosialt arbeid. Dette kan medføre risiko for svak ressursstyring, og konsekvensen kan være at sårbare brukere med komplekse behov ikke får de tjenestene de trenger. Riksrevisjonen har merket seg at departementet vil iverksette flere tiltak, men stiller spørsmål ved om dette er tilstrekkelig til å sikre den nødvendige samordningen mellom departementene og mellom forvaltningsnivåene.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det for øvrig kritikkverdig at departementet ikke har etablert regelverk for tilskudd til kommunalt rusarbeid for 2007.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen har uttalt at den ser svært alvorlig på det store antall merk-

nader som knytter seg til brudd på anskaffelsesreglementet i statlige virksomheter.¹³ Riksrevisjonen ser vesentlige svakheter i Helsedirektoratets praksis ved anskaffelser. Det gjelder manglende sporbarhet, direkte kjøp uten konkurranse og manglende anskaffelsesprotokoller. Etter Riksrevisjonens vurdering representerer dette alvorlige brudd på lov om offentlige anskaffelser og reglement for økonomistyring i staten. Det kan medføre risiko for dårlig økonomistyring, manglende ressursutnyttelse og misligheter. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om det har vært nok fokus på at regelverket etterleves i organisasjonen.

5.3 Forvaltningen av de regionale helseforetakene

De regionale helseforetakenes resultatrapportering og måloppnåelse

Riksrevisjonen registrerer at de regionale helseforetakenes rapportering i de årlige meldingene fortsatt er ulik og ufullstendig på enkelte områder, noe som gjør det vanskelig å vurdere måloppnåelsen på disse områdene. Riksrevisjonen mener det fortsatt er behov for å bedre kvaliteten på virksomhetsdataene. Riksrevisjonen konstaterer at målene ikke nås for de nasjonale kvalitetsindikatorerne korridorpasienter, utsending av epikriser, stryking av planlagte operasjoner og diagnostisk vurdering av barn og unge i psykisk helsevern, til tross for en viss framgang. Riksrevisjonen finner det alvorlig at det ennå ikke er etablert gode nok rapporteringsrutiner knyttet til kvalitetsindikatorerne. Det kan etter Riksrevisjonens vurdering reises spørsmål om dette arbeidet er gitt tilstrekkelig prioritet.

Riksrevisjonen stiller spørsmål om departementet retter tilstrekkelig oppmerksomhet mot prioriterte områder, psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere.

Forhold ved Kreftregisteret og Kreftregisterets Fond

Riksrevisjonen konstaterer at endringene foretatt 8. mai 2007 i vedtektene til Kreftregisterets Fond ikke er forelagt Stiftelsestilsynet for godkjenning, jf. stiftelsesloven § 51. Kreftregisteret er fondets oppretter. Ifølge vedtektene kan Kreftregisteret motta midler fra fondet, og fondets representantskap som består av Kreftregisterets styre, har omdanningsmyndighet til å endre fondets vedtekter. Riksrevisjonen stiller spørsmål om vedtektene er i tråd med stiftelsesloven, blant annet bestemmelsene i § 19 om at det ikke kan foretas

utdelinger til oppretter, og i § 48 om at oppretter ikke kan gis omdanningsmyndighet i vedtektene.

Tildeling av tilskudd til store byggeprosjekter over kapittel 732 post 81

I helseforetaksloven § 16 er det lovfestet en todelt styringslinje overfor de regionale helseforetakene. Eierstyring på foretaksmøtene, jf. § 16 første ledd og styring gjennom å sette vilkår for bevilgningene i de årlige oppdragsdokumentene (tilskuddsbrev), jf. § 16 annet ledd. Departementet opplyser at alle midler til de regionale helseforetakene gis som tilskudd, og har vurdert det som styringsmessig mest hensiktsmessig å tildele tilskuddet over kapittel 732 post 81 i foretaksmøtet. Riksrevisjonen stiller spørsmål om departementets vurdering er i tråd med den lovfestede todelt styringslinjen i helseforetaksloven § 16.

Utvikling i ventetid og praktisering av prioriteringsforskriften

Riksrevisjonen konstaterer at ventetid for rettighetspasienter innen områdene somatikk, inklusiv revmatiske sykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, og psykisk helsevern har økt fra 2006 til 2007, og at ventetiden for rettighetspasienter har økt mer enn for alle pasienter innen flere av gruppene. Riksrevisjonen ser alvorlig på den negative utviklingen nasjonalt, og at det fortsatt er store regionale forskjeller i ventetid.

Riksrevisjonen konstaterer at det per 3. tertial 2007 er store variasjoner mellom regionene innen områdene somatikk, inklusiv revmatiske sykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, og psykisk helsevern i andelen pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp. Riksrevisjonen rapporterte også i Dokument nr. 1 (2006–2007) om store variasjoner, og stiller derfor spørsmål om det arbeides tilstrekkelig og målrettet for å innetkomme kravet om en mer enhetlig praktisering av prioriteringsforskriften.

Ambulansetjenesten

Bruk av ambulanser til transportoppdrag som kunne vært utført av andre kjøretøy, kan være kostnadsdrivende. Riksrevisjonen registrerer at de regionale helseforetakene fortsatt venter på resultatet av det arbeidet de gjorde med å utvikle ny forskrift for transport av liggende pasienter, og mener det er uheldig at arbeidet er blitt forsinket fra Helsedirektoratets og Veidirektoratets side.

God datakvalitet og styringsinformasjon er vesentlig på et viktig område som prehospitaltjenester. Riksrevisjonen ser alvorlig på at det

13) Innst. S. nr. 172 (2007–2008).

fortsatt ikke finnes nasjonale drifts- og kvalitetsdata innen de akuttmedisinske tjenestene, og stiller spørsmål ved om arbeidet med å utvikle et system for innsamling og behandling av data fra akuttmedisinske tjenester har vært tilstrekkelig prioritert fra departementets side.

Rutiner for betaling av obduksjonslaboranter i Helse Sør-Øst

Fylkeskommunene, Rikshospitalet og Det norske radiumhospital ble allerede i 1996 pålagt av departementet å endre rutineene slik at direkte betaling til obduksjonslaboranter ikke skulle finne sted. Riksrevisjonen ser alvorlig på at fire helseforetak i Helse Sør-Øst fortsatt praktiserer rutiner hvor obduksjonslaborantene mottar kontant betaling fra begravellesbyråer for nedlegging av lik i kister, og at praksisen først opphørte ved Ullevål universitetssykehus HF i april 2007. I lys av funnene i Helse Sør-Øst stiller Riksrevisjonen spørsmål ved om det finnes tilfeller av tilsvarende praksis i de øvrige helseregionene.

Obduksjonslaborantene utfører tjenestene for begravellesbyråene i helseforetakenes lokaler. Det gir risiko for at arbeidet foregår i obduksjonslaborantenes arbeidstid, som allerede er betalt for av helseforetaket som arbeidsgiver. Praksisen med kontant betaling til obduksjonslaborantene gir etter Riksrevisjonens vurdering risiko for at midlene ikke innberettes av den enkelte obduksjonslaborant til skattemyndighetene.

Korridorpasienter i Helse Vest

Riksrevisjonen ser alvorlig på den vedvarende høye andelen korridorpasienter ved Helse Stavanger HF. Å bli plassert på korridor har store negative konsekvenser for pasienten og gjør det vanskeligere for personalet å gi pasienten god behandling og pleie. Korridorplass er til hinder for ivaretagelse av pasientens verdighet, og gjør det vanskelig for personalet å overholde den lovpålagte taushetsplikten. Korridorsenger er et alvorlig sikkerhetsmessig avvik i forhold til brannforskriften og internkontrollforskriften. Helse Vest er regionen med høyest andel korridorpasienter (3 prosent i 3. tertial 2007), og Helse Stavanger HF skiller seg negativt ut med gjennomsnittlig andel på nærmere 9 prosent. Det har vært en økning i antall korridorpasienter ved Helse Stavanger de siste årene, og Riksrevisjonen mener det er uheldig at Helse Vest RHF og Helse Stavanger HF ikke har klart å oppfylle målsettingen for overflytting av pasienter til St. Svithun Hotell i større grad.

6 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 15. august 2008 svart:

"Det vises til Riksrevisjonens brev av 18.06.08. Der forholdene i utkastet til Dokument nr. 1 er behandlet flere steder; vil departementets merknader bli behandlet ett sted, fortrinnsvis under punkt 5, Riksrevisjonens bemerkninger.

1.3.3 Mangelfull styring i helsetjenesteforvaltningen under Arbeids- og velferdsetaten – risiko for misligheter og feilutbetalinger

Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader i arbeidet med å utvikle og forbedre styringsdialogen mellom departement og direktorat, og mellom de respektive departementer og fylkesmannsembetene på områder som berører brukergrupper innen rusarbeid og boligsosialt arbeid.

I tillegg vil departementet understreke at en rekke av tilskuddene nylig har blitt samordnet, samt at nylig framlagte og pågående evalueringer vil bidra til å skape en mer enhetlig tilskuddsordning.

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

Kvalitet på rapporteringen

I tillegg til Riksrevisjonens oppsummering vil departementet bemerke at hvert av de regionale helseforetakene er en selvstendig tilskuddsmottaker. Departementet er likevel enig i at det er gunstig å kunne sammenlikne de regionale helseforetakene bedre. Departementet vil derfor utarbeide en mal for tilbakemeldingen i årlig melding. Malen vil gi veiledning for hvordan denne delen av årlig melding skal utformes og hvilken informasjon som skal inngå.

Måloppnåelse – indikatorer/styringsvariabler

I tillegg til Riksrevisjonens oppsummering vil departementet bemerke at en er i ferd med å gjennomgå om dagens styringsvariabler er de mest hensiktsmessige i departementets oppfølging overfor de regionale helseforetakene.

Måloppnåelse – områder med særlig fokus i oppdragsdokumentene

Departementet vil bemerke at DPS-strukturen har blitt kraftig utbygget siden opptrappingsplanen for psykisk helse ble påbegynt. Imidlertid vil det måtte arbeides videre for å oppnå bedre

tilgjengelighet og å gjøre tjenestene mer sammenhengende innen psykisk helsevern.

Alle de regionale helseforetakene har vurdert behovet for sikkerhetsplasser.

Departementet har tillit til at de regionale helseforetakene følger opp styringssignalene og sitt "å sørge for" ansvar, slik at antall plasser svarer med behovet.

På grunn av stor faglig uenighet om kvalitetsindikatoren "90 % av pasientene innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal bli diagnostisk vurdert etter ICD-10", har departementet ikke lagt vekt på rapporteringen på denne styringsparameteren i sin tilbakemelding til de regionale helseforetakene.

I forbindelse med innføringen av ventetidsgarantien 1. september 2008 vil 10 dagers regelen for vurdering bli formalisert i lovverket. Det er igangsatt prosjekter som skal bedre henvisningskompetansen i kommunen for å sikre at henvisningen inneholder tilstrekkelig informasjon slik at vurderingsfristen kan overholdes, og at vurderingen sikrer pasienten rett behandling, på rett nivå og til rett tid.

I St.prp. nr. 1 (2007–2008) ble det lagt frem en Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. Strategien vil medføre at oppmerksomheten på dette området vil øke. Departementet mener det er positivt at det er sterk oppmerksomhet rettet mot rehabilitering og habilitering, og at det arbeides langsiktig.

For tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige arbeider departementet, blant annet sammen med KS, for å få til mer helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp på tvers av de organisatoriske skillelinjene i helsetjenesten.

1.4.4 Organiseringen av internrevisjonen i Helse Nord RHF

Etter Riksrevisjonens vurdering er det risiko for at organiseringen av internrevisjonen i Helse Nord RHF ikke sikrer tilstrekkelig uavhengighet fra administrasjonen, og at forholdene ikke sikrer tilstrekkelig uavhengighet fra administrasjonen. Internrevisjonen i Helse Nord RHF består av to personer. Det foreligger et eget kostnadssted og et eget budsjett for virksomheten, og internrevisor har full disposisjonsrett over eget budsjett. Men ut fra behovet for arbeidsdeling i forhold til bestilling og anvisning er det valgt en løsning der anvisningsrett er lagt til leder for serviceseksjo-

nen i Helse Nord RHF. Helse Nord RHF har også informert om at kontrollkomiteens bekymring var knyttet til budsjettfordelingen mellom ulike kostnadsarter, ikke til størrelsen på budsjettet som sådan.

1.4.5 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av tidligere rapporterte forhold ved de regionale helseforetakene

Avvik knyttet til kapittel 732 post 77 – refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus

Riksrevisjonens kontroll viser at de regionale helseforetakene oppgir å ha mottatt 124,2 mill. kroner mer i tilskudd over kap. 732 post 77 enn det som er ført i statsregnskapet.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt regionale helseforetak om å foreta en gjennomgang av avviket. Det opplyses at avviket i all hovedsak skyldes at de regionale helseforetakene også har rapportert på refusjon av egenbetaling, egenandelstak 1 (kap. 2752 post 70).

Tildeling av enerett til Helse Vest IKT og tildeling av kontrakter til de regionale sykehusapotekene
Riksrevisjonen har bedt om at saken om Helse Vest IKT forelegges regelverksforvalter, Fornyings- og administrasjonsdepartementet. Departementet deler ikke Riksrevisjonens syn, og har tatt opp saken i en egen korrespondanse til Riksrevisjonen, senest ved brev av 08.07.08. Rettspraksis på området er verken omfattende eller entydig. Saken om sykehusapotekene er brakt inn for ESA.

5 Riksrevisjonens bemerkninger

5.1 Departementets styring, måloppnåelse og resultatrapportering

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Riksrevisjonen påpeker at det er svakheter og mangler i enkelte helseregistre ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Dette gjelder Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister (MFR) og System for vaksinasjonskontroll (Sysvak). Konsekvensen av mangelfulle og lite oppdaterte helseregistre kan føre til feilbehandling, og at viktige helsepolitiske beslutninger blir tatt og iverksatt på bakgrunn av feilaktige data. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om det er manglende samsvar mellom ansvar og virkemidler som har ført til at kvaliteten på registrene ikke er tilfredsstillende. Helse- og omsorgsdepartementet ser svært alvorlig på Riksrevisjonens funn, og har tatt opp saken om system for elektroniske meldinger av fødsler og svangerskapsavbrudd med de regionale helse-

foretakene. Foretakene skal påse at systemet er på plass i løpet av 2008. Departementet har også tildelt ekstra midler til Nasjonalt folkehelseinstitutt til gjennomføring av elektronisk melding ved MFR, og som et bidrag til å holde god kvalitet og aktualitet på dataene. Ved utgangen av første kvartal 2008 er nærmere 70 pst. av meldingene elektroniske.

For å løse de problemer som Riksrevisjonen peker på ved system for vaksinasjonskontroll (Sysvak), har Skattedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt hatt dialog over tid. Mange av problemene kan løses ved at instituttet sentralt har en kopi av relevante og nødvendige opplysninger fra Folkeregisteret, slik at helsepersonell gis tillatelse til å søke på personer over hele landet. Dette vil kunne sikre samsvar mellom lokal database og Sysvak sentralt, da det tas utgangspunkt i de samme opplysningene, og vil forhindre at en person som flytter mellom kommuner risikerer å få samme vaksine flere ganger. Dette vil også bidra til en sikrere identifisering og kvalitetssikre at vaksinasjon blir registrert på riktig person i Sysvak. Departementet har tatt opp saken med Skattedirektoratet og har kommet med ulike alternativer til hvordan dette kan løses. Departementet avventer svar fra Skattedirektoratet.

Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om departementet har hatt tilstrekkelig fokus i sin styring og oppfølging av området. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at regjeringen i mars 2008 besluttet å iverksette et forprosjekt for et nasjonalt helseregisterprosjekt. Målet er å legge til rette for bedre utnyttelse av data i de sentrale helseregistrene innenfor deres formål. Dødsårsaksregisteret, MFR og Sysvak er blant de registre som omfattes av prosjektet. Videre har Nasjonalt folkehelseinstitutt i gangsett et forprosjekt for prosjektet "Dagens helsetall" som har som mål å gjøre instituttets registre vesentlig mer aktuelle, nyttige, tilgjengelige, sikre og gode. Som oppfølging av prosjektet "Dagens helsetall" var det i juni et møte mellom FHI, MFR og de fem største sykehusene som melder inn 48 pst. av landets fødsler. Tema på møtet var elektronisk melding, personvern m.m.

Riksrevisjonen er kritisk til at ikt-føringene i tildelingsbrevet ikke er nedfelt i interne styringsdokumenter ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Føringene er heller ikke rapportert på og fulgt opp i styringsdialogen med departementet. Videre stiller Riksrevisjonen spørsmål ved om strategisk

bruk av ikt har nok oppmerksomhet i styringen. Det er risiko for lite effektive systemløsninger som gir dårlig tilgjengelighet for brukerne. Helse- og omsorgsdepartementet og Nasjonalt folkehelseinstitutt har drøftet utfordringene i styringsdialogen i vårens etatsstyringsmøte. Departementet følger opp saken i andre halvdel av 2008, og vil sørge for at spørsmålet om strategisk bruk av ikt blir fulgt opp i styringsdialogen.

Kontrollsystem for Utbetaling av HelseRefusjoner (KUHR)

Departementet vil i det videre arbeidet med styring av Arbeids- og velferdsetaten vurdere behovet for å utarbeide mer konkrete og målbare styringsparametre.

Departementet vil også gjennomgå rutineene for resultatoppfølging av føringer og oppdrag i tildelingsbrevet.

Det påpekes at det er et lavt antall behandlere som har tatt i bruk ny løsning (KUHR), og det henvises til gevinstrealiseringsplan for KUHR hvor det blant annet står at en forutsetning for full gevinstrealisering er at behandlere tar i bruk ny løsning.

Det begrensede omfanget av innsending over nettet skyldes delvis kostnadene forbundet ved dette, men også at enkelte journalleverandører ikke kan tilby sine kunder mulighet for slik innsending. I et større bilde er omfanget av innsending over nettet også påvirket av hvilke øvrige tjenester som leveres gjennom Norsk Helsenett og som krever bruk av digital signatur og PKI (Public Key Infrastructure).

I løpet av 2008 er det planlagt å realisere elektronisk utsending av fastlegelister. I 2009 kommer eResept med sin løsning som også inkluderer mulighet for innsending av individuelle søknader om legemidler. Disse tjenestene forutsetter bruk av PKI og vil dermed bidra til at legene får økt nytte av å anskaffe en slik løsning.

Departementet legger til grunn at de nevnte tiltak sammen med det pågående lovarbeidet for å pålegge leger å ta i bruk Norsk Helsenett for å kommunisere med NAV elektronisk, vil bidra til å få på plass forutsetningene for at KUHR kan gi gevinstrealisering.

5.2 Helsedirektoratet

Departementet ser alvorlig på Riksrevisjonenes omfattende merknader knyttet til brudd på

anskaffelsesreglementet i Helsedirektoratet. Saken er tatt opp med Helsedirektoratets ledelse. Departementet vil, i samarbeid med direktoratet, etablere en egen prosjektgruppe som skal gjennomgå Helsedirektoratets rutiner på saksområdet.

5.3 Forvaltningen av de regionale helseforetakene

De regionale helseforetakenes resultatrapportering og måloppnåelse

Departementet vil understreke at hvert av de regionale helseforetakene er en selvstendig tilskuddsmottaker. Departementet er enig i at det er gunstig å kunne sammenlikne de regionale helseforetakene bedre. Departementet vil derfor utarbeide en mal for tilbakemeldingen på foregående år i årlig melding. Malen vil gi veiledning for hvordan denne delen av årlig melding skal utformes og hvilken informasjon som skal inngå. Departementet er videre i ferd med å gjennomgå om dagens styringsvariabler er de mest hensiktsmessige i departementets oppfølging overfor de regionale helseforetakene.

Når det gjelder spørsmålet om departementet retter tilstrekkelig oppmerksomhet mot de prioriterte områdene psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering samt tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, ønsker departementet å understreke at det er utarbeidet opptrappingsplaner både for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997–1998)) og for rusfeltet (St.prp. nr. 1 (2007–2008)). I tillegg er det utarbeidet en nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (St.prp. nr. 1 (2007–2008)). Disse er forelagt Stortinget og innarbeidet i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Manglende måloppnåelse har blitt tatt opp i foretaksmøter. Departementet vil også vise til årsrapportene fra beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten som for 2006 har konkludert med at ressursveksten har vært større innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige enn innen det somatiske fagområdet på nasjonalt nivå. Departementet vil også fremover ha sin oppmerksomhet rettet mot disse områdene.

Forhold ved Kreftregisteret og Kreftregisterets fond

Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om vedtektene i Kreftregisterets fond er i tråd med stiftelsesloven. Endringene av vedtektene til Kreftregisterets Fond blir nå forelagt Stiftelsestilsynet til godkjenning. Departementet forventer at eventuelle pro-

blemstillinger knyttet til lovverket vil bli påpekt og håndtert i denne forbindelse.

Tildeling av tilskudd til store byggeprosjekter over kapittel 732 post 81

Riksrevisjonen viser til at departementet tidligere har opplyst at alle midler til de regionale helseforetakene gis som tilskudd, og at departementet har vurdert det som styringsmessig mest hensiktsmessig å tildele tilskuddet i foretaksmøtet. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om departementet ved å tildele tilskudd til store byggeprosjekter over kapittel 732 post 81 gjennom foretaksmøtene og ikke oppdragsdokumentene (tilskuddsbrev), er i tråd med den lovfestede todelte styringslinjen i helseforetaksloven § 16.

Departementet vil peke på at staten har to posisjoner som gir adgang til å styre de regionale helseforetakene:

- 1 Staten kan i kraft av å være øverste nasjonale myndighet styre de regionale helseforetakene på samme måte som den kan styre all annen virksomhet, gjennom lover, forskrifter, krav om godkjenning, tilsyn osv. Det vil si at staten, som stat, kan styre disse foretakene på samme måte som den styrer de private helsetjenestene.
- 2 Etter gjennomføringen av foretaksreformen er staten også blitt eier av de regionale helseforetakene og har full styringsrett i kraft av eierskapet. Helseforetaksloven har imidlertid fastsatt formkrav til eierstyringen. Eierstyringen kan kun skje gjennom foretaksmøtet, jf. § 16 første ledd. Dette formkravet gjelder enten eier styrer de regionale foretakene ved å endre vedtektene, velge styremedlemmer eller gi instruksjoner til styret.

Statens fullfinansiering av virksomheten gir i tillegg eier av de regionale helseforetakene en mulighet til å styre ved å sette vilkår for de midlene som tildeles. Når eier styrer gjennom tildeling av midler, gjelder et unntak fra formkravet i helseforetaksloven § 16 første ledd. Etter annet ledd i bestemmelsen kan det fastsettes vilkår for bevilgninger uten at vilkårene vedtas i foretaksmøtet. § 16 annet ledd åpner for at departementet kan sette vilkår utenfor foretaksmøtet, for eksempel skriftlig i form av brev eller annet dokument, men er ikke til hinder for at departementet følger formkravet i hovedregelen i første ledd og vedtar vilkårene i foretaksmøtet.

Tilskudd til store investeringsprosjekter er en oppfølging av vedtak gjennom Stortingets behandling av St. prp. nr 1 (2003–2004) vedrørende særskilt bidrag til gjennomføring av tre ulike investeringsprosjekter, og er knyttet til håndtering av kapitalforvaltningen i de respektive helseregioner.

Departementet mener denne posten bør sees i sammenheng med styringen av investeringer og låneopptak. Økonomiske styringskrav og rammebetingelser settes i foretaksmøtene, og departementet vurderer det derfor som styringsmessig mest hensiktsmessig å tildele det særskilte investeringstilskuddet i foretaksmøtet.

Utvikling i ventetid og praktisering av prioriteringsforskriften

Den gjennomsnittlige ventetiden for pasienter som har fått behandling har gått ned fra 2002. Først og fremst har dette skjedd fra 2002 til 2004. Ventetidene har etter dette stabilisert seg.

Ventetidene har imidlertid vært preget av svingninger. Ifølge fagmyndigheten, Norsk pasientregister (NPR), er disse svingningene påregnelige, og kan både være et resultat av tilfeldige faktorer og strukturelle forhold som ferieavvikling.

Departementet er enig i NPRs vurdering, og vil understreke at det derfor ikke er uproblematisk å trekke klare konklusjoner mht endring i ventetider, når variasjonene er små. Et annet viktig poeng som NPR har trukket frem, er at ventetidsmålene alene ikke gir et riktig og helhetlig bilde av aktiviteten eller tilgjengeligheten til behandling på sykehusene. For å få et helhetlig bilde må derfor aktivitetsmål som favner all øyeblikkelig hjelp, i tillegg til planlagt virksomhet, benyttes. Eksempelvis kommer hele 70 pst. av pasientene inn som øyeblikkelig hjelp uten ventetid.

Uavhengig av utfordringene knyttet til tolkningen av ventetidene, følger departementet kontinuerlig med på utviklingen i ventetidene. Departementet har derfor valgt å videreføre denne styringsindikatoren i årets oppdragsdokument for å sikre fortsatt fokus på dette området.

Når det gjelder ventetider for prioriterte pasientgrupper, mener departementet at bruk av andre pasientgrupper enn de Riksrevisjonen bruker i sin fremstilling, kan gi et mer nyansert bilde av ventetidene. Eksempelvis viser tall fra NPR at ventetiden for pasienter med lungesykdommer og indremedisinske sykdommer er redusert fra 2006 til 2007.

Data fra NPR har, som Riksrevisjonen viser til, vist at det er store forskjeller med hensyn til andel pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp. Departementet har derfor valgt å videreføre denne styringsvariabelen i årets oppdragsdokument. Arbeidet i samarbeidsprosjektet mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene vedrørende riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten vil derfor være et svært viktig ledd i praktiseringen av prioriteringsforskriften. Dette arbeidet er planlagt avsluttet i løpet av 2008, og departementet følger denne prosessen nøye.

Ambulansetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet deler Riksrevisjonens vurdering om at det er uheldig at arbeidet med regelverket for transportbiler av liggende pasienter er blitt forsinket. Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt brev fra Samferdselsdepartementet datert 17. juli d.å. med forslag til nye regler for pasienttransport (helse-transportbiler) oversendt fra Vegdirektoratet 18. juni 2008 (200803325). Helse- og omsorgsdepartementet har nå til vurdering eventuelle merknader til høringsutkastet.

Når det gjelder utvikling av system for innsamling og behandling av data fra akuttmedisinske tjenester, vises det til tidligere merknader om at Helsedirektoratet har som målsetting at et ensartet og nasjonalt system for innsamling og behandling av data fra de akuttmedisinske tjenestene skal bli utviklet i løpet av 2008.

Rutiner for betaling av obduksjonslaboranter i Helse Sør-Øst RHF

Departementet viser til vårt brev av 21. mai 2008 hvor departementet gir uttrykk for at tidligere praksis ikke er i tråd med god virksomhetsutøvelse og gjeldende regelverk for bierverv.

Departementet vil på bakgrunn av saken i Helse Sør-Øst RHF be de øvrige regionale helseforetakene om å foreta en tilsvarende gjennomgang av rutiner i underliggende helseforetak.

Korridorpasienter i Helse Vest RHF

De regionale helseforetakene har gjennomført flere tiltak knyttet til indikatoren som viser antall og andel korridorpasienter i registreringsperioden. Den manglende måloppnåelsen er tatt opp på årlige foretaksmøter. Likevel viser resultatene, særlig i Helse Vest RHF, at tiltakene foreløpig ikke har hatt ønsket effekt på antall korridorpasienter. Helse- og omsorgsdepartementet vil

følge utviklingen i Helse Vest RHF nøye. Departementet vil i styringsdialogen med Helse Vest RHF understreke betydningen av å analysere årsakene til korridorpasienter og følge disse opp med tiltak.

Når det gjelder Stavanger Universitetssykehus (SUS) har dette helseforetaket innført flere tiltak for å få redusert problemet med korridorpasienter. SUS åpnet i april 2008 nytt akuttinntak med observasjons- og behandlingsavdeling som vil bidra til bedre intern pasientflyt og kunne redusere antallet korridorpasienter. Videre er det opprettet en funksjon som pasientflytkoordinator; en felles ressurs for somatiske klinikker. En viktig del av oppgaven er å være pådriver for å overføre pasienter til St. Svithun pasienthotell. Det vil også bli opprettet en sykepleiesentral i september d.å. som en fellesressurs for alle klinikkene. Sykepleiesentralen skal ha som oppgave å gi service og trygghet til hotellpasienter, gi pleie/behandling som sårstell, antibiotikainfusjoner og gjennomføre andre enkle prosedyrer som å forberede til enkle operasjoner og diagnostiske undersøkelser og gi informasjon og oppfølging etter behandling eller undersøkelser. Tiltaket vil avlaste sykehuspostene i håndtering av hotellpasienter. Videre har administrerende direktør ved Stavanger Universitetssykehus bestemt at det skal innføres endringskontrakter ved sykehuset for å gjennomføre årets budsjetttilpasninger. Endringskontrakten er en avtale mellom administrerende direktør og klinikkdirektør der lederen skriftlig forplikter seg til å oppfylle de resultatmålene klinikken har fått. Bruk av pasienthotellet er et av disse resultatmålene og vil være gjenstand for månedlig oppfølging. Helse Vest RHF mener at med disse tiltakene i løpet av 2008, vil en kunne nå målsettingen om ca 500 pasienter i hotellet per uke og dermed redusere tallet på korridorpasienter i sykehuset.”

7 Riksrevisjonen uttaler

Riksrevisjonen har avgitt ti revisjonsbrev uten merknader og ett revisjonsbrev med merknad til Helsedirektoratet. Riksrevisjonen har ikke merknader til statsrådets forvaltning av statens interesser i ett særlovsselskap og ett deleid aksjeselskap, men flere merknader til forvaltningen av de regionale helseforetakene.

7.1 Departementets styring, måloppnåelse og resultatrapportering

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Helseregistrene har blant annet en viktig funksjon i forhold til forskning og styring av helseforvaltningen. Registrene skal gi informasjon til helse-tjenesten og helseforvaltningen slik at helsehjelp kan gis på forsvarlig og effektivt vis. Riksrevisjonens kontroll av Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister (MFR) og System for vaksinasjonskontroll (Sysvak) ved Nasjonalt folkehelseinstitutt viser at det er svakheter ved registrenes kvalitet. Registrene er mangelfulle og lite oppdaterte, noe som kan føre til feilbehandling, og at viktige helsepolitiske beslutninger blir tatt og iverksatt på bakgrunn av feilaktige data. Departementet viser til at regjeringen har besluttet å iverksette et forprosjekt for et nasjonalt helseregisterprosjekt med det formål å legge til rette for bedre utnyttelse av data i de sentrale helseregistrene. Prosjektet omfatter også de tre omtalte registrene. Videre har Nasjonalt folkehelseinstitutt igangsatt et forprosjekt for prosjektet ”Dagens helsetall”, som har som mål å gjøre instituttets registre vesentlig mer aktuelle, nyttige, tilgjengelige, sikre og gode. Riksrevisjonen ser alvorlig på svakheter ved registrene, men ser positivt på at det er iverksatt tiltak for å heve kvaliteten.

Effektive og brukervennlige ikt-systemer er viktig for å sikre brukerne god tilgjengelighet til offentlige tjenester, samt økt elektronisk informasjonsutveksling både i det offentlige, og for næringsliv og privatpersoner. Kontrollen av Nasjonalt folkehelseinstitutt viser at ikt-føringene fra departementet ikke er nedfelt i interne styringsdokumenter. Føringene er heller ikke rapportert på og fulgt opp i styringsdialogen med departementet. Manglende sporbarhet mellom mål, tiltak og rapportering kan medføre at Stortingets mål ikke nås. Konsekvensen kan være lite effektive systemløsninger som gir dårlig tilgjengelighet. Riksrevisjonen finner grunn til å kritisere departementets styring, men konstaterer at departementet vil følge opp den strategiske bruken av ikt gjennom styringsdialogen. Det vises også til Riksrevisjonens undersøkelse av elektronisk informasjonsutveksling og tjenesteutvikling i offentlig sektor.¹⁴

14) Dokument nr. 3:12 (2007–2008).

Kontrollsystem for Utbetaling av HelseRefusjoner (KUHR)

Gode og effektive rutiner og kontroll i staten er av betydning for å sikre effektiv og korrekt forvaltning. Riksrevisjonens gjennomgang av KUHR viser at systemet ikke har gitt den forventede gevinstrealisering. Systemet er ennå ikke fullstendig utviklet som saksbehandlingsverktøy, slik som Arbeids- og sosialdepartementet forutsatte i 2005. Få behandlere har tatt i bruk systemets mulighet for elektronisk innsending av refusjonskrav. Dette har blant annet ført til at systemet ikke har frigjort ressurser til kontrollarbeid. Konsekvensen kan være økt risiko for manglende måloppnåelse på kort og lang sikt. Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at departementet ikke har definert styringsparametere eller rapporteringskrav for å måle kvaliteten på og resultatene av kontrollarbeidet ved NAV Helsetjenesteforvaltning. Dette er spesielt uheldig da det er risiko for at området er mislighetsutsatt. Det er også risiko for feilutbetalinger. Riksrevisjonen understreker viktigheten av at området er under god styring og kontroll, og konstaterer at departementet vil følge opp at tiltak blir iverksatt.

7.2 Helsedirektoratet

Å gi rusmiddelavhengige og bostedsløse et helhetlig tilbud er viktig for å sikre best mulig rehabilitering og integrering for den enkelte bruker. Riksrevisjonens kontroll av tilskuddsordningene kommunalt rusarbeid og boligsosialt arbeid viste utydelige kriterier for måloppnåelse, uklare roller og ansvar, varierende oppfølging og manglende enhetlig forvaltning. Kontrollen viste også at departementet ikke hadde utarbeidet nødvendig regelverk for tilskuddsordningen kommunalt rusarbeid. Ovennevnte faktorer kan føre til svak ressursstyring og at sårbare brukere med komplekse behov ikke får de tjenestene de trenger. Etter Riksrevisjonens vurdering er den mangelfulle mål- og resultatstyringen kritikkverdig.

Departementet uttaler at det vil følge opp Riksrevisjonens merknader i arbeidet med å utvikle og forbedre styringsdialogen mellom departementet og direktorat og mellom de respektive departementer og fylkesmannsembetene på områder som berører brukergrupper innen rusarbeid og boligsosialt arbeid. Departementet viser videre til at nylig framlagte og pågående evalueringer vil bidra til å skape en mer enhetlig tilskuddsordning. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om departementets tiltak er tilstrekkelig til å gjøre innsatsen mer målrettet og samordnet for bru-

kerne i tråd med Stortingets forutsetninger for bekjempelse av fattigdom.

Lov om offentlige anskaffelser og reglement for økonomistyring i staten skal sikre lik konkurranse og best mulig anvendelse av offentlige midler. Kontroll- og konstitusjonskomiteen har uttalt at den ser svært alvorlig på det store antall merknader som knytter seg til brudd på anskaffelsesreglementet i statlige virksomheter.¹⁵ Riksrevisjonens kontroll av Helsedirektoratet viser manglende sporbarhet mellom kontrakter og økonomisystem, direkte kjøp uten konkurranse og manglende anskaffelsesprotokoller. Konsekvensen kan være dårlig økonomistyring, manglende ressursutnyttelse og misligheter. Riksrevisjonen er kritisk til Helsedirektoratets praksis ved anskaffelser. Riksrevisjonen har merket seg at departementet i samarbeid med Helsedirektoratet vil etablere en prosjektgruppe som skal gjennomgå direktoratets rutiner på saksområdet.

7.3 Forvaltningen av de regionale helseforetakene

Resultatrapporteringen og måloppnåelsen er fortsatt svak innen de prioriterte områdene psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere. Riksrevisjonen ser alvorlig på at det gjennom flere år ikke har vært gode nok rapporteringsrutiner for kvalitetsindikatorene. Innen psykisk helsevern for barn og unge benyttes det én kvalitetsindikator med så stor faglig uenighet at departementet ikke vektlegger rapporteringen av den. Etter Riksrevisjonens syn er dette svært uheldig for departementets styring og oppfølging, og det bidrar til uklarhet rundt relevansen av kvalitetsindikatorene. Departementet opplyser at det er i ferd med å evaluere dagens styringsvariabler, og at en mal for resultatrapportering i årlig melding vil bli utarbeidet.

Departementet påpeker at gjennomsnittlig ventetid for behandlede pasienter har gått ned siden 2002, at de har stabilisert seg etter 2004, og at svingninger i ventetid kan være resultat av tilfeldige faktorer og strukturelle forhold som ferieavvikling. Riksrevisjonen har imidlertid sett på ventetidsstatistikk for 2006 og 2007. Riksrevisjonen har valgt å sammenligne 3. tertial begge år, og tallene viser at ventetidene for rettighetspasienter har økt innen området somatikk som helhet. Kravet til reduserte ventetider for rettighetspasienter innen psykisk helsevern for voksne er heller

15) Innst. S. nr. 172 (2007–2008).

ikke innfridd. Riksrevisjonen ser alvorlig på den negative utviklingen i ventetid.

Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at det fortsatt er store regionale forskjeller i andelen pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp. Dette gir høy risiko for at rettighetspasienter ikke prioriteres slik prioriteringsforskriften forutsetter. Konsekvensen er at like pasienter får ulik rettslig stilling avhengig av hvilken region de tilhører. Riksrevisjonen mener at arbeidet med å få til en enhetlig praktisering av prioriteringsforskriften tar uforholdsmessig lang tid.

Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at fire helseforetak i Helse Sør-Øst har praktisert rutiner hvor obduksjonslaborantene mottar kontant betaling fra begravelsesbyråer for nedlegging av lik i kister, til tross for pålegg fra departementet i 1996 om endring av rutinene. Riksrevisjonen har merket seg at departementet gir uttrykk for at praksisen ikke er i tråd med god virksomhetsutøvelse og gjeldende regelverk for bierverv, og at det vil følge opp at praksisen endres ved de fire helseforetakene i Helse Sør-Øst. Departementet vil også be de øvrige regionale helseforetakene om å foreta en tilsvarende gjennomgang av rutiner i underliggende helseforetak.

Tilskuddet til store byggeprosjekter over kapittel 732 post 81 er angitt i oppdragsdokumentene for 2007, samtidig som det framgår at formell tildeling av midlene vil skje i foretaksmøtet. Overfor de regionale helseforetakene har departementet rollen som eier i foretaksmøtet, og som tilskuddsforvalter ved å sette vilkår for bevilgninger i oppdragsdokumentet (tilskuddsbrev). Riksrevisjonen deler ikke departementets oppfatning om at det i rollen som eier har mulighet til å styre ved å sette vilkår i foretaksmøtet for de midler som tildeles. Departementet har som tilskuddsforvalter i oppgave å sørge for at bevilgninger formidles til de regionale helseforetakene i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger. Som tilskuddsforvalter er departementet underlagt kravene til oppfølging og kontroll av tilskuddsordningene i bestemmelsene om økonomistyring i staten, kapittel 6. Riksrevisjonen kan ikke se at tilskudd til investeringer blir omfattet av avvik fra normalprosedyren, jf. kapittel 6.4. Dette tilsier at departementet derfor skal sette eventuelle vilkår for også dette tilskuddet i oppdragsdokumentet (tilskuddsbrev), og ikke i foretaksmøtet. Å tildele samme midler både som eier i foretaksmøtene og som tilskuddsforvalter i oppdragsdokumentene, innebærer etter Riksrevisjonens vurdering en

uheldig rollesammenblanding som skaper ytterligere uklarhet i ansvars- og oppgavefordelingen mellom departementet og de regionale helseforetakene.

Riksrevisjonen har merket seg departementets tiltak vedrørende manglende godkjenning av vedtektene til Kreftregisterets Fond, den høye andelen korridorpasienter i Helse Vest, forsinket regelverk for transport av liggende pasienter og datasystem for akuttmedisinske tjenester. Riksrevisjonen vil følge opp resultatene av tiltakene som framgår av departementets svar.

Riksrevisjonen registrerer departementets oppfølging av to tidligere merknadssaker vedrørende regelverket for offentlige anskaffelser. Departementet deler ikke Riksrevisjonens syn på saken om Tildeling av enerett til Helse Vest IKT AS. Som departementet påpeker, er rettspraksis på området verken omfattende eller entydig, og Riksrevisjonen ber på nytt om at departementet nå forelegger gjenstående spørsmål for regelverksforvalter.

Heller ikke for 2007 har foretaksgruppene nådd eiers økonomiske krav. Størrelsen på avvikene varierer mellom foretaksgruppene, og i Helse Sør-Øst er avviket betydelig. Det gjøres oppmerksom på at Riksrevisjonen har iverksatt en forvaltningsrevisjon om økonomistyring av og ved helseforetakene der formålet er å belyse mulige årsaker til at helseforetakene ikke ivaretar eiers økonomiske styringskrav.

For tiden pågår det også en hovedanalyse innen forvaltningsrevisjon om kapasitet, prioritering og overordnet styring innen voksenpsykiatri. I tillegg viser Riksrevisjonen til undersøkelsen om ikt i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten som ble rapportert i Dokument nr. 3:7 (2007–2008).

7.4 Tidligere rapporterte forhold

Av tidligere rapporterte forhold anser Riksrevisjonen at følgende saker er avsluttet: statsregnskapet og departementets forklaringer, ikt-systemer og rutiner ved Helsedirektoratet (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell), departementets styring av miljørettet helsevern og smittevern samt ulykkes- og atomberedskap, og departementets styring av Nasjonalt folkehelseinstitutt.