

Helse- og omsorgsdepartementet

1 Helse- og omsorgsdepartementets forvaltning og gjennomføring av budsjettet for 2005

1.1 Generelt om resultatet av revisjonen

Helse- og omsorgsdepartementets rapporteringsområder er delt i programområdene Helse og omsorg og Stønad ved helsetjenester (folketrygden).

Helse- og omsorgsdepartementets budsjett for 2005 var på 102,3 mrd. kroner, hvorav 97 mrd. (95 prosent) er overføringer til andre (post 50–89). Budsjettet fordeler seg med

- 82,3 mrd. kroner på programområdet Helse og omsorg, hvorav 72 mrd. kroner til de regionale helseforetakene
- 20 mrd. kroner på programområdet Stønad ved helsetjenester

Departementet har ansvar for ni underliggende virksomheter, fem regionale helseforetak, ett særlovsselskap og ett deleid aksjeselskap. Riksrevisjonen har avgitt tre revisjonsbrev med merknader og fem revisjonsbrev uten merknader. Revisjonsbrevene med merknader gjelder regnskapsmessige forhold ved Statens legemiddelverk, samt styring, oppfølging og rapportering i Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Riksrevisjonen har merknader til statsrådets forvaltning av statens interesser i de regionale helseforetakene. Tre merknader er knyttet til styringen av Helse Midt-Norge RHF, Kreftregisteret under Helse Sør RHF og avtaler om snorkeoperasjoner i Helse Øst og i Helse Vest. For samtlige regionale helseforetak har Riksrevisjonen merknader knyttet til låneopptak i underliggende virksomheter, praktisering av forskriftene om individuell plan og prioritering.

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 Departementets styring av underliggende virksomheter

Sosial- og helsedirektoratet

Revisjonen for regnskapsåret 2005 viste følgende svakheter ved departementets etatsstyring og rapportering:

- Enkelte oppgaver i St.prp. nr. 1 (2004–2005) var ikke videreført i tildelingsbrevene fra departementet til direktoratet.
- Det var svakheter ved direktoratets eksisterende informasjons- og rapporteringssystem.
- Det var svakheter ved direktoratets styring av underliggende virksomheter og rapportering til departementet.

Videreføring av oppgaver i St.prp. til tildelingsbrev

Revisjonen viser at det er enkelte oppgaver i budsjettproposisjonen som ikke var videreført i tildelingsbrevet. Dette gjaldt blant annet oppgaver innen rusmiddelforebyggende arbeid og fatigdomsbekjempelse.

Informasjons- og rapporteringssystemet Exie

Direktoratet har informasjons- og rapporteringssystemet Exie som styringssystem, der alle direktoratets oppgaver fra tildelingsbrevet skal registreres. Revisjon av 2005-regnskapet viste at flere av oppgavene i tildelingsbrevet ikke kunne identifiseres i Exie.

Direktoratets virksomhetsstyring og rapportering til departementet

Ved direktoratets styring av underliggende virksomheter var sentrale mål i St.prp. nr. 1 (2004–2005) for Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) og Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenestekontor (Kunnskaps-senteret) ikke nedfelt i direktoratets tildelingsbrev til virksomhetene. Informasjon om måloppnåelse i forhold til SAFH og Kunnskaps-senteret framgikk ikke i Sosial- og helsedirektoratets årsrapport for 2005 til departementet.

Departementet har svart at det for 2006 har

iverksatt tiltak for å gjøre tildelingsbrevet mindre omfattende og for å bedre sporbarheten mellom mål og rapportering. I forhold til implementering og bruk av enhetlig styrings- og rapporteringsverktøy vil departementet, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet, arbeide for at styrings- og rapporteringssystemene skal bli mer effektive og formålstjenlige. Erfaringene med Exie vil bli avklart i styringsdialogen med direktoratet, herunder eventuelt valg av andre systemer.

Departementet vil i styringsdialogen med direktoratet ta opp styringen av SAFH og Kunnskaps-senteret. Sentralt her er hvordan prosessen tilpasses etableringen av et felles styringssystem. I tildelingsbrevet for 2007 vil departementet, i samarbeid med direktoratet, utforme styrings- og rapporteringsrutinene for direktoratets underliggende virksomheter. Et sentralt punkt vil være å sikre sporbarheten av styringssignaler gitt i St.prp. nr. 1 og tildelingsbrevet til direktoratets interne styringssystem Exie.

1.3.2 Departementets forvaltning av tilskudd til de regionale helseforetakene

Riksrevisjonen registrerer en generell forbedring i Helse- og omsorgsdepartementets tilskuddsforvaltning sammenliknet med tidligere år. I forhold til bestemmelsene om økonomistyring i staten viser imidlertid kontrollen at enkelte av målekriteriene fortsatt ikke er utformet konkret og presist i bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene. Bevilgningene over kapittel 732 post 81 *Tilskudd til store byggeprosjekter* (Helse Øst, Helse Sør og Helse Midt-Norge) er ikke omtalt i bestillerdokumentene. Formålet med bevilgningen over kapittel 737 post 70 *Kreftregisteret* (Helse Sør) er ikke beskrevet i bestillerdokumentet, og det er ikke rapportert om tilskuddet i Helse Sør RHF's årlige melding til departementet for 2005.

Departementet opplyser at det har flere ulike styringskanaler inn mot de regionale helseforetakene. Bevilgningen over kapittel 732 *Tilskudd til store byggeprosjekter* ble ikke tildelt gjennom bestillerdokumentene, men gjennom foretaksmøtene i januar 2005.

I forhold til tilskuddet til Kreftregisteret uttaler departementet at rapporteringen ved en inkurie falt ut i forbindelse med bytte av kapittel og post for bevilgningen, og at det vil arbeide videre med å sette mål for virksomheten i bestillerdokumentet.

1.3.3 De regionale helseforetakenes resultatrapportering og måloppnåelse

Riksrevisjonen har kontrollert de regionale helseforetakenes rapportering og måloppnåelse i 2005. De regionale helseforetakenes måloppnåelse innen satsningsområdene rus samt rehabilitering og habilitering er vurdert særskilt.

Årlig melding for 2005

Kvaliteten på rapporteringen

Riksrevisjonens kontroll viser at kvaliteten på rapporteringen i årlig melding er forbedret, mens måloppnåelsen fortsatt i en del tilfeller ikke kan vurderes da punkter i rapporteringen ikke er tilfredsstillende besvart.

Rapporteringen på de nasjonale kvalitetsindikatorene innen somatikk er forbedret, men det mangler fortsatt registreringer fra noen sykehus for enkelte av indikatorene. Innen psykisk helsevern er det store mangler i dataene som publiseres. Noen regioner opplyser i årlig melding at arbeidet med å få på plass den nye meldingen til Norsk pasientregister har tatt lengre tid enn forutsatt, og at enkelte indikatorer derfor registreres manuelt.

Departementet er ikke fornøyd med at de regionale helseforetakene ikke rapporterer på alle rapporteringspunktene i årlig melding, og at det også i forbindelse med årlig melding for 2005 var behov for å etterspørre ytterligere informasjon. Det er fremdeles et potensial for forbedringer i rapporteringen, og spesielt i forhold til opplysninger om prioritering av pasienter.

Måloppnåelse i forhold til kravene i bestillerdokumentene for 2005

Aktivitet knyttet til innsatsstyrt finansiering skal ifølge bestillerdokumentene holdes på samme nivå i 2005 som i 2004. Refusjonene for 2005 økte likevel med 4 prosent, eller over 741 mill. kroner. Departementet forklarer dette med at kravet for 2005 baseres på anslag, og at det i ettertid viste seg at aktiviteten i 2004 ble lavere enn først antatt. Aktivitetsøkningen er bl.a. på denne bakgrunn lavere, og gir en reell økning i størrelsesorden 1–1,5 prosentpoeng.¹

Det er stilt krav om at *den prosentvise vekst innenfor rus og psykisk helsevern skal være sterkere enn innenfor somatikken*. Departementet opplyser at målsettingen er nådd for alle de regionale helseforetakene, bortsett fra i Helse Midt-Norge. Situasjonen i Helse Midt-Norge tas opp i

¹ St. prp. nr. 12 (2005–2006).

egen sak under punkt 3. Departementet uttaler at det er måleproblemer, men at det vil legge til rette for en forbedret rapportering på dette området.

Departementet har stilt krav om at *ventetiden fortsatt skal holdes på et lavt nivå*. Ventetidene innen somatikk har vært stabile fra 3. tertial 2004 til 3. tertial 2005. Ventetiden for langtidsventende er redusert i alle regioner, bortsett fra i Helse Sør. Antall langtidsventende er økt kraftig i Helse Sør. Det er Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF og Sørlandet sykehus HF som bidrar til den største økningen. Helse Sør har uttalt til departementet at begge helseforetakene har lagt fram og iverksatt tiltak for å redusere ventetidene.

Helseforetakene skal som hovedregel *ikke ha korridorpasienter*. I 3. tertial 2005 var det hver dag i gjennomsnitt 227 korridorpasienter ved norske sykehus. Dette er en reduksjon på 8 prosent fra 3. tertial 2004. Riksrevisjonen registrerer at antallet korridorpasienter ved enkelte sykehus i Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Øst har vært høyt over lengre tid, noe som ikke er forenlig med kravet.

For landet som helhet har *andelen epikriser* innenfor somatikk som sendes innen sju dager etter utskrivning, økt fra 44 prosent i 3. tertial 2004 til 56 prosent i 3. tertial 2005. På tross av en positiv utvikling ved flere sykehus er det fremdeles langt igjen før målet nås om at 80 prosent av epikrisene sendes innen sju dager etter utskrivning. Det kan derfor stilles spørsmål til om arbeidet med oppfyllelse og oppfølging av kravene har hatt høy nok prioritet i alle regioner.

Selv om ingen av foretaksgruppene oppfyller kravet om at *ingen pasienter skal ha mer enn 48 timer preoperativ liggetid ved lårhalsbrudd*, ligger de fleste tett opp mot målet. Landsgjennomsnittet viser at i 3. tertial 2005 har 95 prosent av pasientene med lårhalsbrudd ventet mindre enn 48 timer.

Det er stilt krav om at *90 prosent av pasientene innenfor psykisk helsevern for barn og unge skal diagnostiseres etter anerkjente diagnoseklassifikasjoner*. I første halvdel av 2005 ble kun 37 prosent av alle barn og unge diagnostisert etter slike diagnoseklassifikasjoner.

I bestillerdokumentet er det stilt krav om at *andelen innlagte pasienter som blir strøket fra det planlagte operasjonsprogrammet skal være*

mindre enn 5 prosent. I 3. tertial 2005 ble 9 prosent av alle operasjoner utsatt, og dette utgjorde ca. 7200 operasjoner. Det er store variasjoner mellom helseforetakene. Andel strykninger er høyest i Helse Midt-Norge med 11 prosent og lavest i Helse Øst med 7 prosent. To helseforetak i Helse Nord skiller seg ut ved at over 15 prosent av alle planlagte operasjoner ble strøket.

Departementet uttaler at det er kjent med den varierende måloppnåelsen på de nasjonale indikatorene innen somatikk. Departementet har tatt dette opp med det enkelte regionale helseforetak i foretaksmøtene i mai/juni 2006. Det ble i foretaksmøtene ytret en klar forventning om forbedret måloppnåelse på de områder der kravene fra bestillerdokumentet ikke var oppnådd. Videre skal de regionale helseforetakene arbeide med å utjevne ulikheter mellom foretakene i foretaksgruppen.

Psykisk helsevern

Gjennomgang av de regionale helseforetakenes rapportering om psykisk helsevern viser manglende måloppnåelse i forhold til enkelte av kravene i bestillerdokumentene for 2005.

Departementet har stilt krav om at *ventetiden for voksne skulle reduseres med 10 prosent og for barn med 20 prosent*. Ventetiden innen voksenpsykiatri har vært stabil fra 3. tertial 2004 til 3. tertial 2005, mens ventetiden innen barne- og ungdomspsykiatri har økt på nasjonalt nivå. Det er store regionale forskjeller i ventetid. Helse Øst RHF og Helse Sør RHF rapporterer i årlig melding at de innfrir kravet om reduksjon i ventetid for voksne. Ingen av regionene har klart å innfri målet for barn. Helse Sør har hatt den største reduksjonen i ventetid for barn med 17 prosent.

Når det gjelder kravet om *redusert bruk av tvang*, har kun Helse Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF rapportert på dette. Helse Midt-Norge RHF er den eneste regionen som benytter tallbasert materiale, som viser at det har vært en økning i bruken av tvang i tre helseforetak, men at andelen er under landsgjennomsnittet. Helse Øst RHF rapporterer at målsettingen om redusert bruk av tvang følges opp gjennom tertialrapporteringen, og Helse Nord RHF opplyser at andelen tvang har holdt seg stabil i 2005. Det er ikke mulig å fastslå om bruken av tvang på nasjonalt nivå er redusert.

Det er et mål at *ingen barn og unge skal ha mer enn 10 dagers ventetid for vurderingssamtale*.

Helse Øst RHF og Helse Sør RHF rapporterer i årlig melding at de ikke har oppnådd denne målsettingen i 2005. Helse Nord RHF opplyser at resultatet på denne indikatoren ikke blir presentert, siden få helseforetak rapporterer på det nye dataformatet. Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF har ikke rapportert på denne målsettingen.

Måloppnåelse innen tverrfaglig spesialisert behandling på rusområdet

Stortinget har uttalt at det er særdeles viktig at helseforetakene prioriterer rusbehandlingen og medvirker til et tettere samarbeid mellom rusbehandling og psykiatri.² Departementet har i bestillerdokumentene stilt krav om at ventetiden for enkelte behandlingstiltak skal reduseres, samt at kvaliteten skal styrkes og kapasiteten økes i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddel-misbrukere.

Riksrevisjonen har undersøkt utviklingen i ventetid på behandlingstiltakene innen poliklinikk, avrusning, korttidsbehandling, langtidsbehandling og LAR (legemiddelassistert rehabilitering). De regionale helseforetakene rapporterer ulikt i forhold til ventetid, og begrunner dette med varierende kvalitet på data fra 2004. Gjennomgangen viser at det er store geografiske forskjeller i ventetid innen tiltakene, og at ventetiden har økt i flere helseregioner innen følgende behandlingstiltak:

- korttidsbehandling (øst, sør, nord)
- langtidsbehandling (sør og Midt-Norge)
- poliklinisk behandling (vest)
- avrusning (nord)

Departementet uttaler at det er utarbeidet system for ventelisteregistrering på rusområdet. Etter planen skal systemet implementeres i løpet av 2006, og aktivitetsdata innrapporteres til Norsk pasientregister i 2007. I påvente av data fra systemet har departementet ikke et tilfredsstillende grunnlag til fullt ut å vurdere utviklingen når det gjelder ventetid og antall ventende innen rusbehandling. De regionale helseforetakene har iverksatt ulike tiltak for å styrke tilbudet til pasienter med dobbeltdiagnoser, som opprettelse av dobbeltdiagnoseenheter, opprettelse av nye plasser for denne pasientgruppen og bedret samarbeid mellom somatikken og psykiatrien. Det framgår imidlertid at behovet er økende, og at det gjenstår arbeid før tilbudet til pasienter med dobbeltdiagnoser er tilstrekkelig.

Riksrevisjonens kontroll viser at de regionale helseforetakene verken har oversikt over det totale antall pasienter innen spesialisert rusbehandling, andelen av denne pasientgruppen som fikk nødvendig helsehjelp, antall pasienter som fikk utarbeidet individuell plan, eller antall pasienter som ble vurdert innen 30 dager. Det er registrert totalt 90 fristbrudd innen spesialisert rusbehandling i 2005, hvorav 69 fristbrudd er i Helse Nord. Departementet opplyser at det ikke er etablert et regionalt eller nasjonalt system for registrering av oppfyllelse av pasientrettigheter, herunder rett til individuell plan.

Måloppnåelse innen området rehabilitering og habilitering

Tilbudet til pasienter med behov for rehabilitering og habilitering er i bestillerdokumentene for 2005 utpekt som et særskilt prioritert område. Det framgår videre at tilbudet til pasienter med alvorlig hodeskade skal styrkes.

Dette ble fulgt opp av komiteen i budsjettinnstillingen³ som mente at tilbudet til pasientene med alvorlig hodeskade er bedre i Danmark enn i Norge. Det ble forutsatt at de norske fagmiljøene skulle etablere og dra nytte av et samarbeid med det aktuelle miljøet i Danmark. I Riksrevisjonens undersøkelse framkommer det at Helse Øst og Helse Sør har styrket tilbudet til pasienter med alvorlig hodeskade i 2005, mens de øvrige regionene er på etablerings- eller planleggingsstadiet. Departementet uttaler at det ikke synes som om tilbudet til pasienter med alvorlig hodeskade så langt er tilstrekkelig styrket.

For funksjonshemmede og kronisk syke barns behov for habiliteringstjenester er det stilt krav om at kapasiteten skal opprettholdes på minst samme nivå som i 2004. Riksrevisjonens kontroll viser at kapasiteten er opprettholdt på samme nivå som i 2004, men at den likevel ikke er tilstrekkelig. De regionale helseforetakene melder om behov for oppbygging av fagkompetanse og tilbud til nye grupper. Det er fremdeles få barn med kroniske sykdommer eller sansetap som følges opp av barnehabiliteringstjenesten, og det er store geografiske forskjeller når det gjelder ressurser og kapasitet.

2) Budsjettinnst. S. nr. 11 (2004–2005).

3) Budsjettinnst. S. nr. 11 (2004–2005).

1.3.4 De regionale helseforetakenes måloppnåelse i forhold til andre styringskrav

Økonomiske prestasjonskrav

Det korrigerte økonomiske resultatet er forbedret i forhold til 2004 for Helse Sør RHF og Helse Vest RHF. Resultatet er omtrent uendret for Helse Øst RHF og Helse Nord RHF, mens det er forverret for Helse Midt-Norge RHF. På foretaksmøtene i januar 2005 stilte departementet krav om at de regionale helseforetakene, bortsett fra Helse Sør, skulle oppnå økonomisk balanse i 2005. I juni 2005 vedtok foretaksmøtene å endre de økonomiske kravene i tråd med Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett.⁴ Dette innebar en opprettholdelse av kravene overfor Helse Øst RHF og Helse Sør RHF, og en lemping på kravene overfor de øvrige tre regionale helseforetakene.

Til tross for endrede krav oppnådde ikke Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF eiers resultatkrav i 2005. Foretaksgruppens korrigerte resultat for 2005 viser et negativt avvik på 368 mill. kroner for Helse Midt-Norge og 119 mill. kroner for Helse Nord.

Departementet opplyser at det vil videreføre den tette oppfølgingen av de regionale helseforetakene når det gjelder det økonomiske omstillingsarbeidet og resultatutviklingen. Departementet har også en tettere oppfølging av enkelte regionale helseforetak basert på risiko- og vesentlighetsvurderinger.

Krav om åpne styremøter

Fra 1. januar 2004 skal styremøter i regionale helseforetak og helseforetak være åpne.⁵ Styremøtet kan lukkes dersom det foreligger et reelt og saklig behov, og styrene vurderer at lukkingen er forenelig med prinsippene i offentlighetslo-

vens unntaksbestemmelser. Prinsippet om merofentlighet skal ligge til grunn for vurderingen. Det er helt avgjørende at det ikke utvikles en praksis som svekker intensjonen om at åpne styremøter skal understøtte tillit og legitimitet for foretakene.

Riksrevisjonens kontroll viser at det i 2005 har vært stor variasjon i helseforetakenes praktisering av kravet om åpne styremøter. Det gjelder i forhold til antall saker behandlet i lukket møte, bruk av hjemmel og tilgjengelighet til relevant informasjon for offentligheten. Helseforetakene gir også inntrykk av å ha en forskjellig forståelse av hva som ligger i kravet til åpne styremøter, og hvilke virksomheter som omfattes. Ett regionalt helseforetak anførte at sykehusapotek organisert som helseforetak, ikke er omfattet av kravet.

Departementet uttaler at plikten til å begrunne lukking av styremøter ikke omfatter en plikt til å vise til bestemte lovbestemmelser i offentlighetsloven, ettersom denne ikke kommer til anvendelse. Videre anfører departementet at det er ikke etablert noen plikt til å gjøre allmennheten kjent med at det skal avholdes styremøte, og at offentlighetsloven ikke inneholder bestemmelser om at dokumenter skal publiseres.

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

Kontrollen med departementets forvaltning av statens interesser i selskaper har omfattet fem regionale helseforetak, 32 helseforetak med underliggende virksomheter, ett særlovsselskap og ett deleid aksjeselskap. Riksrevisjonen har merknader til statsrådets forvaltning av statens interesser i de regionale helseforetakene, jf. punkt 3.

På foretaksmøtene i januar 2005 ble vedtektene til de regionale helseforetakene endret. Endring-

Økonomiske krav og RHF-enes resultater i 2004 og 2005

	Oppnådd korrigert resultat 2004	Krav korrigert resultat 2005	Oppnådd korrigert resultat 2005	Krav korrigert resultat 2006
Tall i mill. kroner				
Helse Øst	58	0	42	0
Helse Sør	-779	-500	-498	0
Helse Vest	-531	-205	-182	0
Helse Midt-Norge	-498	-204	-572	-350
Helse Nord	-175	-46	-165	0
Sum	-1 925	-955	-1 375	-350

4) St.prp. nr. 65 (2004–2005), jf. Innst. S. nr. 240 (2004–2005).

5) St.prp. nr. 1 (2003–2004) og styringsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2004.

en innebærer at det er innført krav om å avholde foretaksmøter i januar hvert år der styrings- og prestasjonskrav på økonomi og organisasjonsområdet blir fastlagt. Etter Riksrevisjonens syn er dette en positiv endring i departementets styringsrutine som vil bidra til en bedre/riktigere etterlevelse av helseforetaksloven § 16 ved at eierstyringen skjer på foretaksmøtene, og at styring ved å sette vilkår for bevilgningene skjer gjennom de årlige bestillerdokumentene. Riksrevisjonen har imidlertid en merknad når det gjelder tilskudd til store byggeprosjekter over kapittel 732 post 81.

Statsrådens beretninger til Riksrevisjonen er i år bedre og mer informative enn tidligere. Forvaltningen av de regionale helseforetakene er dessuten generelt forbedret fra 2004 til 2005. Riksrevisjonen registrerer at regionale forskjeller kommer tydeligere fram enn tidligere, og at departementets styring i større grad er tilpasset den enkelte region. Riksrevisjonen har imidlertid en merknad til styringen av Helse Midt-Norge.

2 Regnskaper der Riksrevisjonen har vesentlige merknader

2.1 Sosial- og helsedirektoratet

Riksrevisjonen har vesentlige merknader til Sosial- og helsedirektoratets gjennomføring av budsjettet for 2005, da enkelte disposisjoner som ligger til grunn for regnskapet, ikke er akseptable ut fra normer og standarder for statlig økonomiforvaltning. Merknadene gjelder

- tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse – manglende kontroll og oppfølging av Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO)
- svakheter ved tilskuddssystemet Pandora

Tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse
Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO) skal foreta oppfølging og kontroll av kommunenes rapportering om bruken av tilskudd til brukerstyrt personlig assistanse. I henhold til regelverket for tilskudd til personlige assistenter for funksjonshemmede stilles det krav til kommunene om egen regnskapsføring for bruken av tilskuddet, og at kommunene skal sende revisorattestert regnskap og sjekklister for å dokumentere kontroll til RO innen 1. mars påfølgende år til direktoratet. RO sendte regnskap og sjekklister fra kommunene for 2004 til direktoratet først i februar 2006. Revisjonen viste også at det er store forskjeller i kommunenes dokumentasjon

av regnskapsføring for bruken av midlene. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved direktoratets oppfølging av ROs rutiner for oppfølging og kontroll.

Direktoratet har svart at de vil gjennomgå og vurdere de rutiner RO følger for gjennomgang og kontroll av regnskapene fra kommunene, herunder vurdere hva som kan gjøres for at RO kan avslutte dette arbeidet i samsvar med de frister som er gitt. Direktoratet vil også vurdere om det er hensiktsmessig å innføre en standard for revisjonskontroll og revisorattestasjon. Departementet svarte at det ville følge opp direktoratet.

Tilskuddssystemet Pandora

Revisjonen for 2005 viser svakheter i forhold til dokumentmalene i Pandora⁶ og manglende overordnede krav til hvilke kontrollhandlinger tilskuddsmottakers revisor skal utføre.

Ifølge departementet er det igangsatt et prosjektarbeid som har til hensikt å utarbeide rutiner for intern kontroll på tilskuddsområdet. Departementet vil påse at arbeidet har god framdrift.

2.2 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Riksrevisjonen har merknader til Nasjonalt folkehelseinstituttets gjennomføring av budsjettet og disposisjoner for revisjonsåret 2005. Merknadene gjelder

- sakkyndige uttalelser og overtid
- kjøp av aksjer

Sakkyndige uttalelser og overtid

Riksrevisjonen har tidligere kritisert at leger ved Nasjonalt folkehelseinstitutt har gitt sakkyndige uttalelser på spesielle økonomiske vilkår utenom ordinær arbeidstid. Det er påpekt fare for uheldige prioriteringer og inhabilitet.

Revisjonen viser at kostnadene til sakkyndige uttalelser er redusert fra regnskapsåret 2004 til regnskapsåret 2005. Samtidig har sakkyndige i ledende stillinger, som tidligere mottok honorar for sakkyndige uttalelser, fått stor økning i utbetalt overtid. Overtidsbetalingene er i strid med hovedtariffavtalens bestemmelser.

Departementet har svart at det tar Riksrevisjonens merknader om bruk av overtid til etterretning, og at det nå er både kapasitet og kompetansemessig grunnlag på instituttet for å iverksette strenge tiltak for ikke å overskride bestem-

⁶ Sosial- og helsedirektoratets hovedsystem for it-messig oppfølging av tilskudd.

melsene. Departementet vil framover ha oppmerksomheten rettet mot overtidsbruken i sin styringsdialog med instituttet.

Kjøp av aksjer

Nasjonalt folkehelseinstitutt kjøpte regnskapsåret 2005 aksjer i forbindelse med stiftelsen av selskapet IC Particles AS. Riksrevisjonen kan ikke se at instituttet har hjemmel for å kjøpe aksjer. Nasjonalt folkehelseinstitutt hadde ikke rapportert om aksjekjøpet til statens kapitalregnskap.

Departementet svarte at man fra instituttets side ikke var oppmerksom på at aksjetegningen trengte særskilt hjemmel, og at departementet tar sikte på å fremme forslag om hjemmel for tegningen av aksjeposten for Stortinget til høsten. Videre har Nasjonalt folkehelseinstitutt videreformidlet til departementet at innbetaling av aksjekapitalen ble glemt ved en inkurie ved innrapporteringen til kapitalregnskapet.

2.3 Statens legemiddelverk

Riksrevisjonen har vesentlige merknader til regnskapet til Statens legemiddelverk og kan ikke bekrefte at det ikke inneholder vesentlige feil eller mangler. Merknaden gjelder at det ikke var mulig å framskaffe tilstrekkelig verifisert informasjon til å bekrefte inntektene.

Statens legemiddelverk har etablert et prosjekt for å sikre sporbarheten mellom saksbehandlingssystemet og regnskapssystemet. Dette arbeidet er planlagt ferdigstilt i løpet av 2006.

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

Riksrevisjonen har følgende felles merknader til forvaltningen av de regionale helseforetakene i 2005:

Låneopptak i underliggende virksomheter

Helseforetakene kan ikke ta opp lån i det private markedet og heller ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler for slike forpliktelser, jf. helseforetaksloven § 33. Bestemmelsens formål er å hindre at staten blir ansvarlig for andres gjeld, samt å begrense foretakenes samlede låneopptak. I tillegg sikrer bestemmelsen at staten som eier har kontroll over det ansvar som følger av helseforetaksloven § 7.⁷

Helseforetakene kan eie virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste dersom virksomheten er egnet til å fremme foretakets formål. Slike underliggende virksomheter skal etableres som selskap med begrenset ansvar. Aksjeloven oppstiller ikke noe tilsvarende forbud mot låneopptak. Det innebærer at aksjeloven åpner for at helseforetakenes underliggende aksjeselskaper kan oppta lån. Per 31. desember 2005 var de underliggende aksjeselskaperenes samlede låneopptak i det private markedet på ca. 70 mill. kroner fordelt på tre foretaksgrupper.

Riksrevisjonen konstaterer at de regionale helseforetakene har svært ulik praktisering av spørsmålet om låneopptak i underliggende aksjeselskaper. Helse Sør er den regionen med flest underliggende virksomheter, og regionens andel låneopptak er høyest med 48 mill. kroner. Helse Nord er mer restriktive og har etablert som grunnregel at ved opprettelse av aksjeselskap skal det ikke lånes midler i det private markedet, samt at selskap ikke skal garantere for andres lån.⁸

Riksrevisjonen registrerer at det er en stadig økning i etableringen av nye aksjeselskaper, og mener det er en risiko for at etableringene foretas for å få tilgang til det private lånemarkedet. Ved gjennomgang av alle underliggende virksomheter og nyetableringer framkommer det at aksjeselskaper er vedtatt opprettet under forutsetning av at det får lov til å oppta lån i det private markedet.

Departementet antar det er en tilstrekkelig restriksjon på etableringsretten at helseforetaksloven forutsetter at aksjeselskapene ikke skal drive spesialisthelsetjeneste i tillegg til kravet om at aksjeselskapets vedtektsfestede formål må være innenfor formålsbeskrivelsen til helseforetaket.

Praktisering av forskrift om individuell plan

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan.⁹ Formålet med individuell plan er å sikre kvalitet i tjenestetilbudet. Stortinget har uttalt at arbeidet med individuell plan går for sent, og har påpekt at det her hviler et stort ansvar på de ansvarlige innen kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten.¹⁰

7) Helseforetaksloven § 7, 1. ledd: Eier hefter ubegrenset for foretakenes forpliktelser.

8) Helse Nord RHF behandlet i styremøte av 9. november 2005 spørsmål om investering, finansiering og kapitalforvaltning, se styresak 11-2005.

9) FOR 2004-12-23 nr 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

10) Budsjettinnst. S. nr. 11 (2004-2005).

36 prosent av pasientene innenfor barnehabilitering hadde per 3. tertial 2005 fått utarbeidet individuell plan.¹¹ Det er store variasjoner mellom sykehusene, fra 5 prosent ved Stavanger universitetssykehus HF i Helse Vest til 88 prosent ved Akershus universitetssykehus HF i Helse Øst. Det er ikke mulig å vurdere utviklingen innen barnehabilitering, siden referansegrunnlaget ble endret fra 2004 til 2005. Det er videre ikke satt noe mål for hvor stor andelen bør være. De regionale helseforetakene melder om at de store variasjonene skyldes ulik praksis og ulikhet i registreringen i helseforetakene, samt at det er behov for systemforbedringer, kompetanseheving og bedre rapporterings- og registreringsrutiner.

For pasienter innen spesialisert rusbehandling viser Riksrevisjonens undersøkelse at verken Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør RHF, Helse Vest RHF eller Helse Øst RHF hadde oversikt over andelen med individuell plan i 2005. Helse Nord har bare tall for siste halvår av 2005, som viser at kun 10 av 325 pasienter har fått individuell plan.

Departementet påpeker at utarbeiding av individuell plan må skje i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og sosialtjenesten i kommunene og eventuelt andre etater. Departementet er kjent med at ikke alle som har rett til individuell plan, har fått det. Sosial- og helsedirektoratet vurderer helseforetakenes praksis når det gjelder utarbeidelse av individuelle planer, som mangelfull i forhold til de krav dagens regelverk stiller.

Praktisering av prioriteringsforskriften

Stortinget har forutsatt at prioriteringsforskriften operasjonaliseres i tråd med nasjonale føringer og at dette skal gi grunnlag for en mer lik prioritering.¹²

Som vist i tabellen nedenfor er det fortsatt store variasjoner mellom de regionale helseforetakene og mellom helseforetakene innad i samme region i andelen pasienter som anses å ha rett til nødvendig helsehjelp.

Departementet uttaler at det er satt i verk tiltak for å skape en mer enhetlig fortolkning og praksis i forhold til prioriteringsforskriften.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått igangsatt behandling

I følgende fem helseforetak hadde pasienter med rett til nødvendig helsehjelp lengre ventetid enn de uten slik rett ved utgangen av 3. tertial 2005; Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Asker og Bærum HF, Helse Fonna HF, Helse Stavanger HF og Helse Nord-Trøndelag HF. En sammenlikning med 3. tertial i 2004 viser imidlertid at det har vært en positiv utvikling i 2005. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp er ventetiden totalt sett redusert i alle helseregionene, med unntak av Helse Sør der ventetiden har økt med tre dager.

Prioritering innen utvalgte pasientgrupper

Riksrevisjonen har undersøkt tildeling av rett til nødvendig helsehjelp innen noen utvalgte pasientgrupper per 3. tertial 2005. De utvalgte gruppene var barne- og ungdomspsykiatri (BUP), voksenpsykiatri (VOP), ortopedisk kirurgi, geriatri, revmatiske sykdommer og fysikalsk medisin og rehabilitering. Gjennomgangen viser at det innen samme fagområde er ulik praksis i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. På områdene geriatri, fysikalsk medisin og rehabilitering er praksisen svært ulik. Enkelte helseforetak tildeler nesten alle disse pasientene rett til nødvendig helsehjelp, mens i andre helseforetak får ingen pasienter denne rettigheten. Departementet deler Riksrevisjonens oppfatning om at praksis-

Andel nyhenviste og variasjon i andel nyhenviste mellom helseforetak, per 3. tertial 2005

Helseregion	Andel nyhenviste med rett til nødvendig helsehjelp per 3. tertial 2005	Variasjon i andel nyhenviste med rett til helsehjelp i foretaksgruppen
Helse Sør	59 %	36–85 %
Helse Øst	61 %	48–86 %
Helse Vest	71 %	55–79 %
Helse Nord	56 %	38–72 %
Helse Midt-Norge	91 %	85–95 %

Kilde: Norsk pasientregister

11) www.frittsykehusvalg.no.

12) St.prp. nr. 1 (2004–2005).

variasjonene er så store at de ikke alene kan forklares ut fra geografiske forskjeller i pasientgrunnlag eller liknende.

Rutiner for oppfølging av fristbrudd

De fem regionale helseforetakene har inngått avtale med Rikstrygdeverket ved enhet for pasientformidling (EFP) om samarbeid og rutiner ved kjøp av spesialisthelsetjeneste ved fristbrudd. RHFene mottar oversikt fra EFP over alle pasienter som selv har meldt fra om at de ikke har fått behandling innen fristen. I 2005 er det registrert 815 fristbrudd ved EFP. Siden mange pasienter av ulike grunner ikke tar kontakt med EFP, er det stor sannsynlighet for at antall fristbrudd i realiteten er mye høyere. Det er derfor viktig at RHFene følger opp samtlige pasienter som ikke har mottatt et tilbud innen fristen, og ikke bare de pasienter som kontakter EFP. Departementet opplyser at det ikke er fornøyd med de regionale helseforetakenes oppfølging av pasienter som opplever fristbrudd.

Helse Sør RHF

I forbindelse med Riksrevisjonens tilskudsrevisjon av kapittel 737 post 70 *Kreftregisteret* (Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF) og gjennomgang av Kreftregisterets rutiner for eksternt finansiert virksomhet, ble følgende forhold avdekket:

- Styret i Kreftregisteret opprettet i 1989 Kreftregisterets fond. Fondets formål er å etablere ny viten og spre kunnskap som bidrar til å redusere kreftsykdom, herunder innsamling og kvalitetssikring av grunnlagsdata for kreftforskning. Fondets formål samsvarer i stor grad med det som er Kreftregisterets formål. Kreftregisterets direktør er styreleder i fondet. En ansatt i Kreftregisteret fører fondets regnskaper, og fondet revideres av egen revisor. Rikshospitalet-Radiumhospitalet HFs revisor var ikke kjent med fondets eksistens, som per 31. desember 2005 hadde en egenkapital på 3,8 mill. kroner.
- Kreftregisteret inngikk i 2004 en avtale med legemiddelfirmaet MSD-Norge om utarbeidelse av vaksine mot livmorhalskreft (HPV-vaksine). Det ble avtalt at deler av betalingen, tilsvarende Kreftregisterets overhead, skulle tilfalle Kreftregisterets fond. I vedlegg til avtalen framgår det at overhead for perioden 2004–2007 er 838 000 kroner årlig, mens overhead for perioden 2008–2013 er 752 000 kroner årlig. Per 19. juni 2006 er ca. 1,7 mill. kroner overført til fondet.
- Kreftregisteret inngikk i 2004 en toårig avtale

med IARC (International Agency for Research on Cancer) i forbindelse med en kontrollstudie av lungekreft. Avtalen forutsetter at ansatte ved Kreftregisteret utfører arbeid for IARC. For kontraktarbeidet er det i 2005 overført ca. 900 000 kroner til fondets bankkonto.

- Ansatte i Kreftregisteret har inngått personlige avtaler med MSD og/eller morselskapet Merck & Co Inc i USA. Avtalene er inngått for perioden 2002–2007, og sikrer de ansatte honorarer og dekning av utlegg i forbindelse med møter. Beløpene er overført direkte til den enkeltes bankkonto. Samlet er det overført ca. 227 000 kroner i honorar og ca. 135 000 kroner til dekning av flybilletter. Ledelsen i Kreftregisteret har ikke tidligere vært kjent med saken. Riksrevisjonen har i brev til departementet forutsatt at dette nå ryddes opp i internt.
- I prosjektet Kreft og dødelighet blant ansatte i sjøforsvaret er det i kontrakten mellom Kreftregisteret og FLO avtalt en overhead på 400 000 kroner. Midlene er avsatt Kreftregisterets prosjektkonto for frie midler. Ifølge kontrakten skulle prosjektet være avsluttet senest 31. desember 2005. Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF opplyser at 400 000 kroner i overhead vedrørende prosjektet er avsatt på en konto i balansen, men ikke inntektsført i 2005. Intensjonen har vært å inntektsføre all inntekt knyttet til overhead i løpet av prosjektperioden. Prosjektet er videreført inn i 2006.
- I rutinene skilles det mellom bidragsforskning (eksternt finansierte prosjekter som delfinansieres av bidragsyter) og oppdragsforskning (forskning etter bestilling fra eksternt oppdragsgiver). Overhead er ifølge rutinene 14 prosent av lønnskostnadene for bidragsforskning og minimum 40 prosent for oppdragsforskning. I den tilsendte oversikten over åtte eksternt finansierte prosjekter i 2005, framkommer det ikke om prosjektene er bidragsforskning eller oppdragsforskning. Det framgår imidlertid at avtalt overhead er på 20 prosent av lønnskostnadene i to prosjekter (HPV-vaksine og Kreft og dødelighet blant ansatte i sjøforsvaret), 20 prosent av totalkostnadene i ett prosjekt, og 0 prosent i fem prosjekter.
- På prosjektene NORCCAP, Arvelig kreft og Innhenting av etterslep i kreftregistreringen, som består av statlig øremerkede ubrukte midler overført fra 2004 til 2005, er det et mindreforbruk som vist i tabellen på neste side:

	Budsjett 2005	Regnskap 2005	Avvik (kr)	Avvik (%)
NORCCAP	1 116 000	394 810	721 190	65 %
Arvelig kreft	1 990 847	1 391 689	599 158	30 %
Innhenting av etterslep	1 497 227	1 011 360	485 867	32 %

For NORCCAP-prosjektet er det i tillegg til ubenyttede midler fra 2004 overført 437 803 kroner til Kreftregisteret fra NORCCAPs bankkonto. Midlene skulle ha vært inntektsført i Kreftregisterets driftsregnskap. Det har ikke vært avklart hvordan midlene skulle benyttes. Totalt ubenyttede midler i NORCCAP-prosjektet per 31. desember 2005 utgjør 1 158 591 kroner.

Departementet opplyser at det i hovedsak er enig i de forhold Riksrevisjonen tar opp, og forutsetter at de vil bli fulgt opp av Helse Sør RHF.

Helse Midt-Norge RHF

Kontrollen for 2005 viser at den økonomiske situasjonen i Helse Midt-Norge er forverret i forhold til de øvrige regionene. Kontrollen har også avdekket uklarheter i styringen av det regionale helseforetaket.

Korrigert årsresultat

I tråd med Stortingets krav ble det i foretaksmøtet for Helse Midt-Norge RHF 13. januar 2005 stilt krav om at Helse Midt-Norge skulle oppnå økonomisk balanse i 2005. På bakgrunn av Stortingets behandling av revidert nasjonalbudsjett¹³ ble kravet endret i foretaksmøtet 20. juni 2005 til at Helse Midt-Norge skulle oppnå et korrigert årsresultat for 2005 som maksimalt utgjorde et underskudd på 204 mill. kroner. Underskuddet ble imidlertid betydelig større, og korrigert årsresultat viste et underskudd på 572 mill. kroner.

Merkostnader knyttet til utbyggingen av St. Olavs Hospital

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i mars 2005 et budsjett med et underskudd på 413 mill. kroner. Inkludert i dette beløpet var 101 mill. kroner til drift av både gammelt og nytt sykehus ved St. Olavs Hospital.

I hele 2005 har det fra departementets side vært fokus på Helse Midt-Norges økonomiske situasjon. Det har blitt avholdt flere møter mellom

departementet og administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF om temaet, samt kommunikasjon via brev og e-post. Departementet hevder at det aldri har gitt uttrykk for noe annet enn at merkostnadene på 101 mill. kroner ved St. Olavs Hospital skulle regnes inn i resultatkravet for 2005, og at eventuelle unntak fra resultatkravet skal presiseres i protokollen fra foretaksmøtene. Helse Midt-Norge RHF på sin side hevder¹⁴ at det i foretaksmøtet i juni 2005 på nytt stilte spørsmål ved om merkostnadene vedrørende St. Olavs Hospital inngikk i resultatkravet, og at det etter deres mening først ble gitt endelig avklaring på spørsmålet om merkostnadene i foretaksmøtet 24. januar 2006.

Finansielle leieavtaler og langsiktig gjeld

Riksrevisjonen har tatt opp spørsmålet om finansielle leieavtaler flere år på rad. Gjennomgangen av årsregnskapet for 2005 viser at Helse Midt-Norge fortsatt har finansielle leieavtaler til en bokført verdi på 37,2 mill. kroner. Flere av avtalene er inngått etter sykehusreformen. Helse Midt-Norge RHF har også fortsatt langsiktig gjeld på 130 mill. kroner til Orkdal Sanitetsforening.

Organisatorisk videreutvikling

I 2005 ble det stilt krav til de regionale helseforetakene om et tydeligere skille mellom rollene som henholdsvis ivaretager av «sørge-for»-ansvaret og eier av underliggende helseforetak. Dette innebar at alle ansatte hjemmehørende under «sørge-for»-ansvaret i det regionale helseforetaket burde tre ut av styrene på helseforetaksnivå i løpet av 2005.¹⁵ Helse Midt-Norge RHF har gjort vurderinger knyttet til de ulike rollene og oppgavene som er tillagt det regionale helseforetaket, og kommet fram til at administrerende direktør og fagdirektør tilhører «sørge-for»-rollen og ikke eierrollen. Administrerende direktør og fagdirektøren skulle derfor ut av styrene. Fagdirektøren trådte først ut av sine styreverv i helseforetakene våren 2006, og adminis-

14) Årlig melding for 2005 fra Helse Midt-Norge RHF til Helse- og omsorgsdepartementet.

15) St.prp. nr. 1 (2004–2005) og foretaksmøte for Helse Midt-Norge RHF 13. januar 2005.

13) St.prp. nr. 65 (2004–2005), jf. Innst. S. nr. 240 (2004–2005).

trerende direktør har etter den tid møtt på styremøter i flere av helseforetakene og står oppført på hjemmesidene som styremedlem.¹⁶ Helse Midt-Norge RHF har fremdeles ikke ryddet opp i disse forholdene.

Videreføring av nasjonale kvalitetsindikatorer til egne helseforetak

Helse Midt-Norge RHF videreformidlet ikke til egne helseforetak kravet om at 90 prosent av pasientene innenfor BUP skal diagnostiseres etter anerkjente diagnoseklassifikasjoner.

Veksten innenfor rus og psykisk helsevern i forhold til somatikken

I 2005 ble det stilt krav om at den prosentvise veksten innenfor rus og psykisk helsevern skulle være sterkere enn innenfor somatikk.¹⁷ Tallene viser at denne målsettingen, målt ved å se på kostnadsveksten fra 2004 til 2005, er nådd når det gjelder rusbehandling, men er ikke nådd innen psykisk helsevern, hvor veksten var like stor.

Avtale med privat aktør i Helseregion øst og Helseregion vest

EuroSleep driver Søvnklinikken på Voss Sjukehus og gir behandling for søvnapné, snoring og andre relaterte søvnproblemer ved Stensby Sykehus. EuroSleep består av EuroSleep Øst AS, EuroSleep Vest AS og EuroSleep Norge AS, og har én og samme eier.

Avtalen mellom Akershus Universitetssykehus HF og EuroSleep Øst AS

Stensby sykehus ble i 2002 vurdert nedlagt. Akershus universitetssykehus HF (Ahus) ønsket å beholde sykehuset og beregnet at en avtaleinngåelse med EuroSleep kunne generere ca. 30 mill. kroner årlig. Helse Øst RHF hadde allerede inngått avtaler for regionen, og Ahus kunne derfor ikke inngå en tilsvarende avtale med EuroSleep Øst AS. Helse Øst har også retningslinjer som sier at kun private med sykehusgodkjenning kan få avtaler med helseforetakene om drift i offentlige sykehusbygg. EuroSleep Øst AS har ikke slik sykehusgodkjenning.

Til tross for dette utarbeidet Ahus et konkurransegrunnlag for innkjøp av de tjenester EuroSleep Øst AS kunne tilby. Avtalen ble utlyst på Doffin 6. februar 2003 med en svarfrist på åtte dager.

Konkurransen ble ikke utlyst i Norsk Lysningsblad, noe som ville sikret at anskaffelsen reelt sett ble konkurranseutsatt. Det kom inn kun tilbud fra EuroSleep Øst AS. Avtale om behandling ble inngått i mars 2003.

Avtalen mellom Ahus og EuroSleep Øst AS er i ettertid reforhandlet og forlenget tre ganger. Etter regelverket for offentlige anskaffelser må vesentlige endringer i en kontrakt anses som tildeling av ny kontrakt og legges ut på anbud. Avtalens omfang i pris og volum er økt med omlag 30 prosent. Helse Øst RHF ser at endringene er i en størrelsesorden som kan være problematisk, og departementet har forutsatt at Helse Øst RHF iverksetter nødvendige tiltak.

EuroSleep Øst AS hadde i 2004 og 2005 kun én inntektsgivende kontrakt, og den var med Ahus. Omfanget av avtalen var ca. 10,9 mill. kroner i 2004 og ca. 14,9 mill. kroner i 2005.

I Helse Øst er det en forutsetning for privat drift i offentlig sykehusbygg at den private virksomheten er fysisk atskilt fra helseforetakets egen virksomhet, slik at det ikke oppstår uklarhet hos brukerne om hvilket sykehus man er på. Pasienter som blir henvist til Ahus, blir behandlet av EuroSleep Øst AS uten at det gis informasjon om hvem som utfører behandlingen. I kontrakten framgår det at EuroSleep via Ahus er forsikret gjennom Norsk pasientskadeerstatning. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved om EuroSleep Øst AS er omfattet av forsikringen, siden EuroSleep Øst AS ikke har sykehusgodkjenning, og Ahus derfor ikke hadde adgang til å inngå avtalen.

Avtalen mellom Voss sjukehus/Helse Bergen HF og EuroSleep Vest AS

Voss sjukehus inngikk avtale med EuroSleep Vest AS om drift av søvnklinikken 11. september 2002. Avtalen ble inngått uten forutgående anbudskonkurranse. EuroSleep Vest AS skulle få en avtale av en viss varighet mot at EuroSleep Vest AS dekket investeringskostnadene på om lag 5 mill. kroner til oppussing av lokalene til Voss sjukehus på Rogne der EuroSleep Vest AS skulle foreta behandlingen. Avtalen er reforhandlet og forlenget i to tilfeller, og er gitt varighet ut 2006.

Helse Bergen HFs kjøp av tjenester fra EuroSleep Vest AS utgjorde ca. 19,5 mill. kroner i 2004 og ca. 21,9 mill. kroner i 2005. EuroSleep Vest AS hadde i 2004 og 2005 kun én inntektsgivende kontrakt, og den var med Helse Vest RHF.

16) Hjemmesider for St. Olavs Hospital HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF per 1. september 2006.

17) Bestillerdokument for 2005 for Helse Midt-Norge RHF.

Riksrevisjonen rapporterte til Stortinget i 2005 om bierverv for ansatte i helseforetak. Av gjennomgangen framgikk det at flere ansatte i Helse Bergen HF hadde bierverv ved EuroSleep eller for Magne Tvinnereim, eier av EuroSleep-selskapene. I artikkelen «Snorke-samarbeid gir god økonomi» publisert på Voss sjukehus sine hjemmesider, står det at de fleste ansatte i EuroSleep har andre jobber i tillegg. Videre står det at Tvinnereim selv ellers jobber på Haukeland sykehus og ved Bergen søvn-senter (nå EuroSleep Norge AS). «Der sorterer han ut kven som sannsynlegvis treng mest til behandling og inngrep...» Magne Tvinnereim er med i Nasjonalt Kompetansesenter for Søvnssykdommer (SOVno) som er lokalisert på Haukeland sykehus. I årsrapporten til SOVno for 2004 står det: «Det skal ikke drives pasientbehandling ved SOVno. Slik behandling vil foregå ved allerede etablerte kliniske avdelinger/sentre/fastleger. SOVno vil kunne være behjelpelig med å rettlede pasienter i valg av behandlingssted.»

Prioritering av pasienter i henhold til prioriteringsforskriften

En oversikt over nøkkeltall fra Voss sjukehus for 2005 viser at av totalt 11 974 innliggende pasienter, dagpasienter og pasienter til dagkirurgi er 5301 pasienter behandlet ved avdeling Rogne. Det innebærer at nesten halvparten av alle ovennevnte pasienter ved Voss sjukehus i 2005 ble behandlet for søvnapné, snorking og andre relaterte søvnproblemer.

Tall fra Norsk pasientregister viser at for de DRG-koder som blir benyttet av EuroSleep, er aktiviteten markant større i Helse Øst og Helse Vest enn i de tre andre regionene. Ventetidene er også kortest i Helse Øst og Helse Vest. Denne praksisen kan føre til en forskyvning i prioriteringene som er i strid med prioriteringsforskriften.

Riksrevisjonen rapporterte til Stortinget i Dokument nr. 1 (2005–2006) om helseforetakenes avtaler med private virksomheter. I denne forbindelse ba vi om å få tilsendt oversikt over alle avtaler inngått i de fem regionene. Verken Helse Vest RHF eller Helse Øst RHF opplyste om avtalene med EuroSleep.

4 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av tidligere rapporterte forhold

4.1 Sosial- og helsedirektoratet

Målfastsetting og rapportering

Riksrevisjonen stilte i 2004-revisjonen¹⁸ spørsmål ved manglende sporbarhet ved målfastsetting og rapportering mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet. Ved behandling av Dokument nr. 1 for 2004-regnskapene¹⁹ la kontroll- og konstitusjonskomiteen til grunn at departementet måtte følge opp saken. Revisjonen for regnskapsåret 2005 viste at det fortsatt er visse utfordringer når det gjelder målfastsetting og rapportering. Det vises til omtale under punkt 1.3.1.

Tilskuddssystemet Pandora

Riksrevisjonen påpekte ved revisjonen av 2004-regnskapet²⁰ at tilskuddssystemet Pandora ikke gir tilstrekkelig sikkerhet for riktig saksgang og trygge betalingsrutiner. Kontroll- og konstitusjonskomiteen påpekte at Sosial- og helsedirektoratets manglende it-kontroller kan ha konsekvenser i forhold til riktig saksbehandling og trygge betalingsrutiner.²¹

Som det framgår av pkt. 2, er det fortsatt utfordringer knyttet til tilskuddssystemet Pandora.

Riksrevisjonen vil følge saken videre.

4.2 Statens legemiddelverk

Inntekter

Riksrevisjonen stilte ved revisjonen av 2004-regnskapene²² spørsmål om regnskapet til Statens legemiddelverk ga et fullstendig og riktig bilde av inntektene. Ved behandlingen av Dokument nr. 1 for 2004-regnskapene fant kontroll- og konstitusjonskomiteen det alvorlig at Riksrevisjonen ikke kunne bekrefte at regnskapene til Statens legemiddelverk ikke inneholdt vesentlige feil eller mangler.²³

Revisjonen for 2005 viser at det fortsatt er problemer knyttet til korrekt regnskapsføring av inntektene ved Statens legemiddelverk, jf. pkt. 2.

Forholdet vil bli fulgt opp videre.

18) Dokument nr. 1 (2005–2006).

19) Innst. S. nr. 114 (2005–2006).

20) Dokument nr. 1 (2005–2006).

21) Innst. S.nr. 114 (2005–2006).

22) Dokument nr. 1 (2005–2006).

23) Innst. S. nr. 114 (2005–2006).

Tilskudd til regionale legemiddelinformasjonsentra

Riksrevisjonen stilte i 2004-revisjonen²⁴ spørsmål ved manglende dokumentasjon i forhold til oppfølging og kontroll av tilskudd til regionale legemiddelinformasjonsentra (RELIS) og om Statens legemiddelverk har gode interne rutiner for kontroll med opplysninger som legges til grunn for tildeling av midlene.

Av Statens legemiddelverks årsrapport for 2005 framgår det at tilskuddene er endret ved at tilskuddsmottakere har mottatt oppdragsbrev (tildelingsbrev) med beskrivelse av oppgaver og rapporteringsrutiner. Av tildelingsbrevene framgår det at RELIS-enhetene skal avlegge regnskapsrapport om bruken av midlene.

Statens legemiddelverk har opplyst Riksrevisjonen om at den dokumentasjonen de har mottatt fra RELIS-sentrene ikke er i tråd med statens regelverk for økonomistyring. Det har vært vanskelig å få dokumentasjon fra sentrene, og det legges fram regnskapsrapporter og årsrapporter som ikke entydig viser hvordan tilskuddet er disponert. Statens legemiddelverk har mottatt revisjonsberetninger som bekrefter årsavslutning basert på regnskapslovens prinsipper og ikke statens økonomireglement. Ifølge Statens legemiddelverk oppfatter både RELIS og Statens legemiddelverk det som uklart hvem som er RELIS-sentrenes overordnede instans.

Departementet har svart at de fem RELIS-sentrene er organisert juridisk og organisatorisk under de regionale helseforetakene. Sentrene finansieres imidlertid gjennom tilskudd over statsbudsjettet. Helse- og omsorgsdepartementet har delegert forvaltningen av denne tilskuddsordningen til Statens legemiddelverk.

For 2005 og 2006 har Statens legemiddelverk utformet tilskuddsbrev til sentrene. I tilskuddsbrevene framgår det hva tilskuddet skal benyttes til, og det er redegjort for rapporteringskrav og frister. Departementet mener de føringene som Statens legemiddelverk har gitt i tilskuddsbrevet for 2006, tilfredsstiller de informasjonskravene som bør stilles i forhold til tilskuddsmottakerne.

Forholdet anses for avsluttet.

24) Dokument nr. 1 (2005–2006).

4.3 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Sakkyndige uttalelser og overtid

Riksrevisjonen tok ved revisjonen av regnskapet for 2004²⁵ opp at departementet gjennom sin etatsstyring av Nasjonalt folkehelseinstitutt ikke hadde avvirket ordningen med at leger ved instituttet utfører sakkyndige uttalelser utenom ordinær arbeidstid. Ordningen medførte at leger ved instituttet mottok betydelige ekstraintekter som følge av særavtalen. Departementets svar til merknadene var at særavtalen skulle avvikles fra 1. mai 2006. Kontroll- og konstitusjonskomiteen fant det merkelig at saken som første gang ble reist av Riksrevisjonen i 1995, ennå ikke er avsluttet.²⁶

Som det fremgår av pkt. 2 er det fortsatt problemer med å gjennomføre sakkyndige uttalelser innenfor akseptable rammer.

Forholdet vil bli fulgt opp videre.

4.4 Trygdeetatens oppgjørsorganisasjon

Kontroll av oppgjør med leger

I rapporteringen til Stortinget vedrørende revisjonen av regnskapene for 2004²⁷ ble det påpekt vesentlige svakheter i trygdeetatens behandling og kontroll av oppgjør med leger. Forholdene ble tatt opp med både Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, men presentert for Stortinget under Arbeids- og inkluderingsdepartementet i Dokument nr. 1 (2005–2006). For regnskapsåret 2005 presenteres forholdet under Helse- og omsorgsdepartementet, som er konstitusjonelt ansvarlig for området oppgjør med leger.

Revisjonen for regnskapsåret 2004 viste at det ikke forelå skriftlig avtale om direkte oppgjør mellom Oslo kommune ved legevakten og Rikstrygdeverket. Oslo kommune ved legevakten har i en årrekke mottatt refusjon uten gyldig avtale om direkte oppgjør med Rikstrygdeverket.

Departementet har svart at det nå er inngått midlertidig avtale om direkte oppgjør mellom Oslo kommune og Regional oppgjørsenhet Oslo, og det tas sikte på å inngå en permanent avtale. Nytt datasystem ble innført ved legevakten i juni 2006, slik at behandlende lege blir påført hvert enkelt regningskort fra legevakten til oppgjørsenheten.

25) Dokument nr. 1 (2005–2006)

26) Innst. S. nr. 114 (2005–2006).

27) Dokument nr. 1 (2005–2006).

Forholdet anses for avsluttet.

4.5 De regionale helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøtene i januar 2006 og bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene for 2006 fulgt opp de forhold som er rapportert til Stortinget om statsrådens forvaltning av statens interesser i de regionale helseforetakene i 2004.²⁸

Riksrevisjonen har tatt opp spørsmålet om finansielle leieavtaler flere år på rad. Gjennomgangen av årsregnskapene for 2005 viser at dette nå synes å være brakt i orden i alle regioner bortsett fra i Helse Midt-Norge, jf. merknad under Helse Midt-Norge RHF i punkt 3.

Innenfor psykisk helsevern har Riksrevisjonen i kontrollen for 2003 og 2004 stilt spørsmål om resultatoppnåelsen og departementets styring. Det er nå iverksatt to forvaltningsrevisjoner på dette området.

De øvrige merknadene ble rapportert til Stortinget i 2005, og departementet har stilt krav for 2006. Resultatene av departementets oppfølging vil derfor først bli vurdert i Riksrevisjonens kontroll for 2006.

For 2004 ble det rapportert om avvik mellom de regionale helseforetakenes regnskaper og statsregnskapet vedrørende kapittel 732 post 77. Departementet opplyser at foretakenes artskonti er endret med virkning fra og med 2006 for å rette opp denne feilen. Riksrevisjonen anser saken for avsluttet.

5 Riksrevisjonens bemerkninger

Riksrevisjonen vil peke på svakheter i departementets rammeverk for etatsstyring av Sosial- og helsedirektoratet. Revisjonen for regnskapsåret 2005 viste at enkelte oppgaver i stortingsproposisjonen ikke var videreført i tildelingsbrevene fra departement til direktoratet og i tildelingsbrevene fra direktorat til underliggende virksomheter. Det er konstatert at direktoratet har et felles informasjons- og rapporteringssystem, men at det ikke brukes på en helhetlig måte. Manglende videreføring av mål i tildelingsbrev, samt mangler ved informasjons- og rapporteringsverktøyet kan påvirke kvaliteten på direktoratets rapportering om måloppnåelse. Dette kan føre til styringsmes-

sige utfordringer for både departementet og direktoratet.

Riksrevisjonens kontroll har vist mangler i Sosial- og helsedirektoratets tilskuddsforvaltning for regnskapsåret 2005. Forholdet ble også tatt opp for 2004, der Riksrevisjonen påpekte at tilskuddssystemet Pandora ikke gir tilstrekkelig sikkerhet for riktig saksgang og trygge betalingsrutiner. Riksrevisjonen stiller spørsmål til om departementet har hatt tilstrekkelig oppfølging av Sosial- og helsedirektoratet, siden tiltak ikke er blitt iverksatt som forutsatt. Manglende oppfølging av svakheter ved tilskuddsforvaltningen kan medføre usikkerhet i forhold til om tilskuddsmidlene blir brukt etter formålet.

Riksrevisjonen har vesentlige merknader knyttet til disposisjoner under Nasjonalt folkehelseinstitutt. Revisjonen har merket seg at kostnadene til sakkyndige uttalelser er redusert fra 2004 til 2005. Samtidig har sakkyndige i ledende stillinger, som tidligere har mottatt honorar for sakkyndige uttalelser, fått betydelig økning i overtidsutbetalinger ut over hovedtariffavtalens bestemmelser. Riksrevisjonen finner det svært alvorlig at ledelsen etter elleve år ikke har klart å organisere virksomheten innenfor akseptable rammer. Det forventes at departementet følger opp saken slik at arbeidet blir organisert og gjennomført innenfor de rammene som gjelder for statlige virksomheter.

Riksrevisjonen kan ikke bekrefte at regnskapet for Statens legemiddelverk for 2005 ikke inneholder vesentlige feil og mangler. Det var ikke mulig å framskaffe tilstrekkelig verifisert informasjon til å bekrefte inntektene. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved departementets oppfølging av Statens legemiddelverk.

Forvaltningen av de regionale helseforetakene

Riksrevisjonen mener departementet ved å bevilge tilskudd til store byggeprosjekter over kapittel 732 post 81 gjennom foretaksmøtene og ikke bestillerdokumentene (tilskuddsbrev), har blandet sammen sine roller som eier og tilskuddsforvalter på en uheldig måte. Riksrevisjonen finner det også betenkelig at formålet med bevilgningen til Kreftregisteret og krav om tilbakerapportering er utelatt i bestillerdokumentet til Helse Sør RHF.

Rapporteringen i de årlige meldingene er fortsatt mangelfull på enkelte områder som for eksempel psykisk helsevern og rus. Dette vil medføre at Stortinget på disse områdene ikke får informa-

28) Dokument nr. 1 (2005–2006) og Innst. S. nr. 114 (2005–2006).

sjon. Riksrevisjonen finner det bekymringsfullt at svikt i registrerings- og rapporteringsrutinene fortsatt brukes som begrunnelse for manglende eller svak rapportering.

Riksrevisjonen registrerer at aktiviteten i flere helseforetak har vært høyere enn departementets bestilling. Det er samtidig en svak måloppnåelse på flere av de nasjonale kvalitetsindikatorene. Dette viser at regionene ikke har tilstrekkelig fokus på oppfyllelse av de nasjonale kravene.

Riksrevisjonen finner det kritikkverdig at ventetiden for rusmisbrukere innen flere behandlings tiltak har økt i 2005. Foretaksgruppene har ikke oversikt over status for denne pasientgruppen i forhold til sentrale pasientrettigheter. Det er derfor viktig at rapporteringsgrunnlaget forbedres, slik at det er mulig å følge opp om pasientgruppen får oppfylt rettighetene sine. Riksrevisjonen finner det uheldig at det er så store geografiske forskjeller i ventetid på rusområdet, samt i tilbudet innen rehabilitering og habilitering. Riksrevisjonen vil understreke viktigheten av at vedtatte planer innen rehabilitering og habilitering blir fulgt opp slik at tilbudet faktisk blir styrket.

Offentlighetsloven gjelder for helseforetakenes virksomhet. Åpne styremøter er et tilleggskrav begrunnet med at åpenhet rundt premissene og argumentasjonen i en styresak er et viktig grunnlag for at beslutningene skal ha nødvendig legitimitet. På denne måten skal folk føle tillit til at tjenestene blir fundert på et faglig forsvarlig grunnlag. For at helseforetakene i praksis skal innfri intensjonen bak kravet om åpne styremøter må relevant informasjon om tid, sted og saker etter Riksrevisjonens vurdering være lett tilgjengelig i forkant av styremøtene. Riksrevisjonen anser det som uheldig at kravet om åpne styremøter tolkes og praktiseres så vidt forskjellig av helseforetakene, og stiller spørsmål om det er behov for å presisere kravet i nasjonale retningslinjer for å få en mer enhetlig praktisering.

Riksrevisjonen mener at kravet til at underliggende virksomhet ikke driver spesialisthelsetjeneste, og bestemmelsen om aksjeselskapets vedtektsfestede formål ikke fungerer som tilstrekkelig restriksjon på etableringsretten. Begrensningene er i seg selv ikke nok til å hindre at helseforetakene etablerer underliggende virksomheter med det formål å omgå forbudet mot å oppta lån og gi garantier. Riksrevisjonen mener Helse- og omsorgsdepartementet bør følge opp forholdet, da praksis i enkelte regioner bidrar til å uthule

bestemmelsen som skal hindre at staten blir ansvarlig for andres gjeld.

Riksrevisjonen mener at det er alvorlig at mange pasienter med rett til individuell plan ikke har fått slik plan utarbeidet. Mangelfulle rapporterings- og registreringsrutiner fører til dårlig datakvalitet og til at de rapporterte tallene om individuell plan er usikre. Videre kan de store variasjonene mellom helseforetakene tyde på at ikke alle prioriterer arbeidet med individuell plan høyt nok. Riksrevisjonen mener at det er nødvendig å heve foretakenes kompetanse og forbedre rutinene på dette området. Det er viktig at det klargjøres hvilke pasienter som har rett til å få utarbeidet individuell plan.

Riksrevisjonen vil påpeke at ulik praktisering av prioriteringsforskriften kan medføre at pasienter får ulik rettslig stilling avhengig av hvor i landet og hvor i helseregionen de bor. Det kan derfor reises spørsmål om praktiseringen er i samsvar med helseforetakenes formål om å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, jf. helseforetaksloven § 1. Riksrevisjonen mener det er uheldig at rettighetspasienter i noen tilfeller venter lenger enn pasienter uten slik rett, og stiller spørsmål om prioriteringen mellom pasientgrupper er god nok.

Riksrevisjonen har merket seg at Kreftregisteret i 1989 opprettet et fond med et formål som i stor grad samsvarer med Kreftregisterets formål. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved legitimiteten til dette fondet, når det blir tilført midler gjennom avtaler som er inngått av Kreftregisteret og eksterne parter, og som beregnes ut fra indirekte kostnader for Kreftregisteret.

Riksrevisjonen finner videre at krav til styring, kontroll og habilitet i avgjørelser av betydning for både Kreftregisteret og fondet ikke er tilfredsstillende ivaretatt siden Kreftregisterets direktør også er styreleder for fondet. Riksrevisjonen mener at etablering av et slikt fond ved siden av hovedvirksomheten, men med sammenfallende formål, gir en betydelig fare for manipulering av budsjetter og regnskap. Siden Kreftregisteret er nettobudsjettert, er konsekvensen ved at overhead tilfaller fondet, at informasjonen i St.prp. nr. 1 blir uriktig, og at den årlige bevilgningen blir høyere enn den ellers skulle ha vært.

De regionale helseforetakene er avhengige av

tydelig eierstyring fra departementet for at de skal kunne innfri de krav som settes. Samtidig må departementet kunne forvente at deres vedtak og styringssignaler følges opp av de regionale helseforetakene. Riksrevisjonen finner det krittikkverdig at ledelsen i Helse Midt-Norge ikke i tilstrekkelig grad har fulgt opp de vedtak og styringssignaler som departementet har gitt for 2005.

Riksrevisjonen har rapportert til Stortinget om helseforetakenes bruk av finansielle leieavtaler for både 2003 og 2004.²⁹ Riksrevisjonen finner det derfor krittikkverdig at Helse Midt-Norge fortsatt har finansielle leieavtaler i strid med helseforetaksloven § 33. Det er også uheldig at foretaket fortsatt har en langsiktig gjeld knyttet til kjøpet av bygninger av Orkdal Sanitetsforening.

Riksrevisjonens kontroll har avdekket en uenighet mellom departementet og Helse Midt-Norge RHF når det gjelder de økonomiske kravene for 2005. Formelt sett har departementet rett i at kravet har vært tydelig nok, siden det ikke har vært uttalt i foretaksmøtet at merkostnadene ved St. Olavs Hospital skulle holdes utenfor resultatkravet. Riksrevisjonen vil også framheve at når et regionalt helseforetak ikke synes å følge opp departementets styringskrav, bør departementet bruke de styringsmekanismer det har som eier.

Riksrevisjonen mener det er uheldig hvis en lege sitter i en posisjon ved et offentlig sykehus eller nasjonalt kompetansesenter der han kan henvise pasienter til sin egen private klinikk. Det er grunnleggende at befolkningen har tillit til at helsepersonell ikke er utilbørlig påvirket. Denne tilliten kan brytes når helsepersonell har former for bierverv som gjør at det kan skapes tvil om personens integritet og uavhengighet. Riksrevisjonen vil påpeke at det må forventes ryddighet når helseforetakene inngår avtaler med private leverandører av helsetjenester som EuroSleep. Dette gjelder både for hvordan kontrakt inngås, og for forvaltningen av den. Det kan ikke være slik at et helseforetak inngår egne avtaler i strid med retningslinjer gitt fra det regionale helseforetaket. Det er også en grunnleggende forutsetning for samarbeid med private aktører at det ikke skal oppstå uklarheter knyttet til de forskjellige aktørenes roller og hvem som bærer ansvar for den aktuelle behandlingen. Riksrevisjonen mener at det lett oppstår uklarhet hos brukerne om hvem som faktisk har ansvaret for behand-

lingen i de tilfeller der private yter helsetjenester i offentlige sykehusbygg. Riksrevisjonen vil også bemerke at helseforetakene i henhold til prioriteringsforskriften har et ansvar for å prioritere de mest trengende pasientene først, og det kan stilles spørsmål ved om pasientene med søvnapné, snorking og andre relaterte søvnproblemer har fått for høy prioritering i forhold til andre pasientgrupper.

6 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 20. oktober svart:

«Departementet har noen merknader og tilleggsopplysninger til Riksrevisjonens utkast til fremstilling av resultatet av revisjonen for 2005.

Riksrevisjonen kritiserer departementet for ikke å videreføre alle oppgaver fra St.prp. nr. 1 i tildelingsbrevene og hevder at det er mangler ved departementets etatsstyring og rapportering. Departementet legger til grunn at oppgaver som er omtalt i budsjettproposisjon skal innarbeides i tildelingsbrevet til Sosial- og helsedirektoratet, og at samtlige oppdrag som gis til direktoratet i tildelingsbrev skal innarbeides i etatens styrings- og rapporteringssystem. Departementet forutsetter at Sosial- og helsedirektoratet gjør seg kjent med innholdet i St.prp. nr. 1 slik at tildelingsbrevet kan holdes på et oversiktlig nivå. Det samme gjelder for de etater SHDIR har etatsstyringsansvaret for. Dette vil bli fulgt opp. Departementet kan ellers ikke se at det er grunnlag i beskrivelsene for bemerkningen om at "Riksrevisjonen stiller spørsmål til om departementet har hatt tilstrekkelig oppfølging av Sosial- og helsedirektoratet, siden tiltak ikke er blitt iverksatt som forutsatt." Det er ukjent for departementet at merknadene fra 2004 ikke skulle være fulgt opp.

Riksrevisjonen stiller spørsmål ved departementets oppfølging av merknadene til regnskapet for 2004 for Statens legemiddelverk, og kan heller ikke for 2005 bekrefte at regnskapet ikke inneholder vesentlige feil og mangler. Departementet kan ikke se at det er grunn til å stille spørsmål ved departementets eller Legemiddelverkets oppfølging av merknadene fra 2004. Med en gang det ble kjent at Riksrevisjonen ikke kunne bekrefte regnskapet for 2004 ble det etablert et prosjekt med støtte fra Statens senter for økonomistyring for å rette opp de påviste manglene. Departe-

²⁹ Dokument nr. 3:2 (2004–2005) og Dokument nr. 1 (2005–2006).

mentet har deltatt i prosjektet og Riksrevisjonen er holdt løpende orientert om fremdriften, både skriftlig og i møter. Det opplyses at inntil et elektronisk system er på plass, vil sporbarheten for inntektene i regnskapet bli ivaretatt ved manuelle rutiner.

Riksrevisjonen kritiserer at styremøter i de regionale helseforetakene og helseforetakene har blitt avholdt uten forutgående kunngjøring. Omtalen av åpne styremøter er ikke dekkende verken med hensyn til Riksrevisjonens funn eller departementets svar. Helse- og omsorgsdepartementet er opptatt av åpenhet omkring styrenes arbeid. Riksrevisjonens gjennomgang viser at en lav andel av styresakene er unntatt offentlighet. Videre fremgår det av gjennomgangen at foretakene, selv om de ikke har rettslig plikt til å gjøre det, i høy grad publiserer møtetidspunkt, styredokumenter og styreprotokoller på styrenes/foretakenes nettsider. Dette indikerer etter departementets mening at det er stor grad av åpenhet omkring styrenes arbeid og foretakenes virksomhet.

Riksrevisjonen hevder at rapporteringen i de årlige meldingene fortsatt er mangelfull på enkelte områder, som psykisk helse og rus. Departementet deler ikke Riksrevisjonens påstand om at det er svikt i registrerings- og rapporteringsrutiner. Det er imidlertid et faktum at både registrering og rapportering kan bli bedre, noe det over tid er blitt. Departementet er oppmerksom på at det er et forbedringspotensial på dette området, og det arbeides kontinuerlig med forbedring av rapporteringsskjema og -rutiner.

Riksrevisjonen kritiserer at departementet har tildelt midler over kapittel 732 post 81, Store byggeprosjekter i foretaksmøter og ikke i bestillerdokumentene (tilskuddsbrev). Helse- og omsorgsdepartementet vil for 2007 vurdere å tildele tilskuddet til store byggeprosjekter over kapittel 732 post 81 gjennom oppdragsdokumentet, tidligere kalt bestillerdokumentet.

Når det gjelder Riksrevisjonens kritikk knyttet til manglende oppfølging fra departementets side vedrørende etablering av underliggende aksjeselskaper og låneopptak i disse, vil departementet vise til tidligere brevveksling hvor det er påpekt at nevnte forhold allerede er fulgt opp fra vår side i foretaksmøter i januar 2006. Generelt gjelder at helseforetaksloven ikke er til hinder for at et helseforetak kan eie hele eller deler av et aksjeselskap dersom selskapet driver en virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste, og virk-

somheten er egnet til å fremme foretakets formål. Helseforetaksloven regulerer ikke slike selskapers adgang til å ta opp lån, men regulerer derimot helseforetaks adgang til å stille garanti for lån i slike selskaper. Det må her anføres at de regionale helseforetakene ikke har pådratt seg garantiansvar for underliggende selskapers låneopptak.

Departementet har tidligere påpekt overfor Riksrevisjonen at måten helseforetak velger å organisere sin virksomhet på, ikke har innvirkning på samlet låneopptak i de regionale helseforetakene. Dette forholdet er også presisert overfor de regionale helseforetakene så sent som i foretaksmøter i januar 2006. I samme foretaksmøter er det også gitt skjerpede krav til de regionale helseforetakene knyttet til etablering av underliggende selskaper.

Riksrevisjonen kritiserer at formålet for bevilgningen over kapittel 737 post 70 Kreftregisteret, ikke er omtalt i bestillerdokumentet, og at det ikke er rapportert på tilskuddet i årlig melding til departementet. Oppdragsdokumentet for 2007 vil klargjøre mål for tilskuddet til Kreftregisteret og Kreftregisterets virksomhet.

Riksrevisjonen kritiserer at styret i Kreftregisteret har opprettet et fond utenfor Kreftregisterets regnskap. Fondet var ukjent for Kreftregisterets revisor. Fondets egenkapital er på 3,8 millioner kroner. Helse Sør RHF har gitt uttrykk for at ett alternativ er at Kreftregisterets fond bør avvikles, og midlene tilføres Kreftregisterets regnskap. Departementet vil følge dette opp. Departementet forutsetter at det ikke inngås private avtaler som strider mot Helse Sør RHF's regelverk.

Særavtalen for sakkyndige uttalelser har ikke vært benyttet etter at den ble avviklet 1. mai 2006. Helse- og omsorgsdepartementet har oppmerksomheten rettet mot overtidsbruken i styringsdialogen med Nasjonalt folkehelseinstitutt, og har fått bekreftet at de ikke under noen omstendighet skal pålegge sine ansatte overtid i strid med Hovedtariffavtalens bestemmelser.

Departementet har en generell kommentar til Riksrevisjonens bruk av ordet "avdekke". Departementet antar at dette er brukt synonymt med "å påpeke", og ikke indikerer at de omtalte forholdene har vært tildekket eller forsøkt holdt skjult.

Departementet vil følge opp de forhold Riksrevisjonen tar opp i Dokument nr. 1 på egnet måte.»

7 Riksrevisjonen uttaler

Riksrevisjonen har avgitt seks revisjonsbrev uten merknader og revisjonsbrev med merknader til Statens legemiddelverk, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Riksrevisjonen har ikke merknader til departementets forvaltning av ett særlovselskap og eierinteressene i ett deleid aksjeselskap. Riksrevisjonen har merknader til statsrådens forvaltning av de regionale helseforetakene. Riksrevisjonen tar til etterretning Helse- og omsorgsdepartementets generelle kommentar til bruk av ordet «avdekke», og vil presisere at begrepet i de fleste tilfeller ikke mener å indikere at forhold har blitt forsøkt holdt skjult.

Av tidligere rapporterte forhold er sakene vedrørende oppfølging og kontroll av tilskudd til regionale legemiddelinformasjonsentra og behandling og kontroll av oppgjør med leger avsluttet. Det samme gjelder saken vedrørende avvik mellom de regionale helseforetakenes regnskaper og statsregnskapet vedrørende kapittel 732 post 77.

Riksrevisjonen tar til orientering at Helse- og omsorgsdepartementet har enkelte merknader og tilleggsopplysninger til Riksrevisjonens framstilling av resultatet av revisjonen for 2005.

Riksrevisjonen ser alvorlig på svakheter i departementets etatsstyring av Sosial- og helsedirektoratet. Enkelte mål i St.prp. nr. 1 (2005–2006) var ikke nedfelt i direktoratets tildelingsbrev, og det var mangelfull rapportering om måloppnåelse fra direktoratet til departementet. Riksrevisjonen har merket seg departementets forsikring om at de i sterkere grad vil følge opp at alle mål i St.prp. nr. 1 blir fulgt opp av underliggende virksomheter.

Riksrevisjonen ser alvorlig på at svakheter ved tilskuddssystemet Pandora ikke er blitt rettet opp til tross for at dette ble tatt opp av Riksrevisjonen allerede ved revisjonen av 2004-regnskapene. Pandora skal gi sikkerhet for riktig saksangang og trygge betalingsrutiner. Riksrevisjonen har merket seg at det er igangsatt utbedringstiltak i 2006.

Riksrevisjonen har kritisert at sakkyndige i

ledende stillinger ved Nasjonalt folkehelseinstitutt har fått overtidsbetalinger i strid med hovedtariffavtalens bestemmelser. Riksrevisjonen har merket seg at særavtalen for sakkyndige uttalelser ved Nasjonalt folkehelseinstitutt ble avvirket 1. mai 2006, og at bestemmelsene i hovedtariffavtalen vil bli fulgt.

Riksrevisjonen har merknader til at det for regnskapsåret 2005 ikke var mulig å bekrefte fullstendigheten av inntektene til Statens legemiddelverk. Riksrevisjonen har merket seg at det er iverksatt tiltak som forventes å gi resultater for regnskapsåret 2006.

Forvaltningen av de regionale helseforetakene
Riksrevisjonen registrerer at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har noen merknader til forholdene i Helse Midt-Norge RHF og avtalene Helse Øst og Helse Vest har med EuroSleep.

Når det gjelder Helse Midt-Norge RHF, vil Riksrevisjonen påpeke at saken er svært alvorlig og dreier seg om store økonomiske underskudd, finansielle leieavtaler og manglende oppfølging av departementets vedtak og styringssignaler. Riksrevisjonen mener at slike situasjoner betinger at departementet benytter de styringsmekanismer det har som eier.

For saken om EuroSleep finner Riksrevisjonen det kritikkverdig at helseforetakene ikke opptrer ryddig i forholdet med private leverandører av helsetjenester. Videre vil Riksrevisjonen framheve at helseforetakene skal følge prioriteringsforskriften, og at dette ikke skjer når pasienter ut fra økonomiske motiver prioriteres foran andre og sannsynligvis mer trengende pasienter.

Etter Riksrevisjonens vurdering er rapporteringen i de årlige meldingene fortsatt mangelfull på områdene psykisk helsevern og rus. Helse- og omsorgsdepartementet har i sitt svar uttalt at det ikke deler Riksrevisjonens påstand om at det er svikt i registrerings- og rapporteringsrutiner. Riksrevisjonen vil presisere at det er helseforetakene selv som har oppgitt at svikt i rutiner fører til dårlig datakvalitet og usikkerhet om rapportering innen områder som psykisk helsevern og individuell plan. Etter Riksrevisjonens vurdering er slike årsaker ikke akseptable over tid.

Forholdene som er påpekt om Kreftregisteret (Helse Sør) er etter Riksrevisjonens vurdering svært alvorlige. Det er kritikkverdig at krav til styring, kontroll og habilitet ikke er tilfredsstillende.

lende ivaretatt. Forholdene rundt fondet gir en betydelig fare for manipulering av budsjetter og regnskap. Når inntekter fra oppdrag ikke tilfaller Kreftregisteret, men fondet, vil opplysningene i St.prp. nr. 1 om bevilgningsbehov være uriktige. Kreftregisteret mottar på denne måten en større bevilgning enn det er berettiget til. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at Helse Sør RHF har gitt uttrykk for at fondet bør avvikles, og departementet vil følge opp forholdet.

Riksrevisjonen har merket seg at tilskudd til store byggeprosjekter for 2007 vil bli vurdert til- delt gjennom oppdragsdokumentet, og at departementet vil sørge for at oppdragsdokumentet for 2007 vil klargjøre mål for tilskuddet som bevil- ges til Kreftregisteret og dets virksomhet.

Det pågår for tiden to hovedanalyser innen for- valtningsrevisjon – én om barne- og ungdoms- psykiatri og én om IT i sykehus.

Riksrevisjonen vil for øvrig vise til forvaltnings- revisjonene om tjenester fra laboratorie- og rønt- genvirksomheter som ble rapportert i Dokument nr. 3:3 (2005–2006), jf. Innst. S. nr. 82 (2005–2006) og om kvaliteten på akuttmedisinsk beredskap som ble rapportert til Stortinget i Dokument nr. 3:9 (2005–2006).

Ranveig Frøiland fratrådte under behandlingen av avtale med private aktører i Helseregion øst og Helseregion vest, jf. pkt. 3.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 15. november 2006

Jørgen Kosmo

Jan L. Stub

Annelise Høegh

Geir-Ketil Hansen

Ranveig Frøiland

Therese Johnsen
(selskapskontrollen)

Jens Arild Gunvaldsen