

## *UTDRAG AV*

# **RIKSREVISJONENS KONTROLL MED FORVALTNINGEN AV STATLIGE SELSKAPER FOR 2014**

Dokument 3:2 (2015–2016)

*Dokumentet inneholder nedenstående saker. Dette utdraget inneholder utdrag av de av sakene som er uthevet.*

### **Del I Riksrevisjonens beretning om kontrollen med statlige selskaper**

#### **Del II Resultater av utvidede kontroller**

- Sak 1: Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader i selskaper med statlige eierinteresser
- Sak 2: De regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister
- Sak 3: Helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr
- Sak 4: Helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnekirurgisk pasientbehandling
- Sak 5: Kostnadseffektiv drift og økonomistyring i scenekunstselskapene og Kulturdepartementets oppfølging
- Sak 6: Landbruks- og matdepartementets eierskapsutøvelse
- Sak 7: NSB Persontogets håndtering av alternativ transport ved innstillinger og større forsinkelser

#### **Del III Resultater av den årlige kontrollen**

- Studentsamskipnaden i Bergen – boliger til studenter
- NTNUs eierskapsutøvelse overfor Lifandis AS

#### **Del IV Oppfølging av tidligere rapporterte saker**

- Likestilling og mangfold i selskaper med statlige eierinteresser – Dokument 3:2 (2013–2014)
- Nærings- og handelsdepartementets eierskapsutøvelse overfor børsnoterte selskaper – Dokument 3:2 (2013–2014)
- Samferdselsdepartementets eierskapsutøvelse – Dokument 3:2 (2013–2014)
- Styring, måloppnåelse og resultatrapportering knyttet til forebygging av infeksjoner i spesialisthelsetjenesten – Dokument 3:2 (2013–2014)
- Status for gjennomføring av omstillingsoppdraget til Oslo universitetssykehus HF – Dokument 3:2 (2013–2014)
- De regionale helseforetakenes registrering av ventetider – Dokument 3:2 (2012–2013) og Dokument 3:2 (2014–2015)
- Kapitaloppbygging og forvaltning av omløpsmidler i selskaper forvaltet av universiteter og høyskoler – Dokument 3:2 (2013–2014)
- NSBs godsvirksomhet – Dokument 3:2 (2013–2014)

# DEL I RIKSREVISJONENS BERETNING OM KONTROLLEN MED STATLIGE SELSKAPER

## 1 Omfanget av kontrollen

Riksrevisjonens kontroll for 2014 har omfattet 42 heleide aksjeselskaper, 34 deleide aksjeselskaper, 7 allmennaksjeselskaper (ASA), 4 regionale helseforetak, 8 statsforetak, 6 selskaper som er organisert ved særskilt lov, 22 studentsamskipnader og ett ansvarlig selskap med delt ansvar. En fullstendig oversikt over selskapene som er kontrollert, finnes i vedlegg 8.

For 2014 har Riksrevisjonen funnet grunnlag for merknader til statsrådets forvaltning av statens interesser under Helse- og omsorgsdepartementet, Kulturdepartementet, Landbruks- og matdepartementet og Samferdselsdepartementet. Videre har Riksrevisjonen merknader til gjennomføringen av regjeringens eierpolitikk når det gjelder å synliggjøre og følge opp selskapenes reelle pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader (del II, sak 1).

## 2 Regjeringens eierskapsutøvelse og sentrale funn fra kontrollene av saksforhold i selskapene

Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014 har omfattet sju saksforhold.

Nærmere om Riksrevisjonens merknader:

- Det er store forskjeller mellom de balanseførte og de reelle netto pensjonsforpliktelsene i mange av selskapene med statlige eierinteresser, og disse forskjellene har stor betydning for presentasjonen av selskapenes økonomiske stilling. De reelle pensjonsforpliktelsene og pensjonskostnadene har til dels stor innvirkning på kapitalstruktur og resultat i enkeltelskaper. Eier har i ulik grad oversikt over pensjonsforpliktelsenes og pensjonskostnadenes påvirkning på selskapenes økonomiske stilling.
- Private lege- og psykologspesialister (avtalespesialister) utgjør en betydelig del av tilbudet i den polikliniske spesialisthelsetjenesten. Tilgangen til avtalespesialister bidrar ikke gjennomgående til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester. De regionale helseforetakene omdisponerer sjelden ledige hjemler til andre fagfelt og/eller andre geografiske områder, og utnytter derfor ikke sitt handlingsrom til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester. Videre følger de regionale helseforetakene i varierende grad opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet.
- Helseforetakene stiller i liten grad krav om informasjonssikkerhet i avtaler med leverandører av medisinsk-teknisk utstyr og har mangelfull oppfølging av leverandører. Medisinsk-teknisk utstyr kan inneholde personsensitive helseopplysninger. Helseforetakene har mangelfull oversikt over risiko knyttet til informasjonssikkerheten i det medisinsk-tekniske utstyret, og det er uklare ansvarlinjer for informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr internt i helseforetakene og mellom helseforetakene og de regionale it-enhetene.
- Helseforetakenes dagkirurgiske aktivitet har i liten grad økt etter at den innsatsstyrte finansieringen (ISF) ble lagt om i 2010. Omleggingen innebærer at helseforetakene får mindre betalt for å behandle pasienten dagkirurgisk enn om pasienten behandles døgnkirurgisk. Dagens finansiering synes å ha bremset satsingen på dagkirurgi samtidig som helseforetakene har potensial for å dreie mer av den kirurgiske aktiviteten fra døgn- til dagbehandling. Mer dagkirurgi, når det er medisinsk forsvarlig, er en ønsket utvikling fordi det både er en fordel for pasientene og gir best ressursutnyttelse.

...

...

...

Når det gjelder de fire siste punktene ovenfor, vil Riksrevisjonen peke på at alle statlige selskaper skal utnytte ressursene effektivt innenfor selskapets formål og rammevilkår. I denne sammenheng er det viktig at kravet om effektivitet på en god måte balanseres med de samfunnsmessige hensynene for det enkelte selskap. Klarere og mer konkrete mål og indikatorer vil kunne understøtte en tydeligere ansvarsdeling mellom eier og styre, og hjelpe eier med å følge opp selskapene i samsvar med prinsippet om armlengdes avstand.

### 3 Riksrevisjonens årlige kontroll

...

### 4 Oppfølging av tidligere rapporterte forhold

Riksrevisjonen har fulgt opp åtte saker, som tidligere har blitt rapportert i Dokument 3:2 (2012–2013) og Dokument 3:2 (2013–2014). Av disse er sju saker avsluttet, mens saken om de regionale helseforetakenes registrering av ventetider vil bli fulgt opp videre.

## DEL II RESULTATER AV UTVIDEDE KONTROLLER

### Sak 1: Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader i selskaper med statlige eierinteresser

Målet med undersøkelsen har vært å synliggjøre omfanget av balanseførte og reelle pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader<sup>1</sup> i selskaper med statlige eierinteresser. Det har videre vært et mål å synliggjøre hvordan de reelle forpliktelsene og kostnadene påvirker selskapenes økonomiske stilling, og å vurdere om departementene har en tilstrekkelig oppfølging av pensjon i selskapene.

Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader har betydning for selskapenes drift, kapitalstruktur<sup>2</sup> og økonomiske stilling. Pensjonsforpliktelsene og pensjonskostnadene har økt for mange av selskapene de siste årene. Mange selskaper benytter seg av mulighetene enkelte av regnskapsstandardene<sup>3</sup> for regnskapsføring av pensjon gir til utsatt resultatføring av estimat- og planavvik, og holder dermed hele eller deler av pensjonsforpliktelsene og -kostnadene utenfor balanse og resultatregnskap. Dette kan føre til at balanse og resultatregnskap ikke gir et riktig bilde av selskapenes pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader, og dermed av kapitalstrukturen og den økonomiske stillingen. Eier skal følge opp selskapenes økonomi og blant annet sørge for at selskapenes finansiering/kapitalstruktur er tilpasset formålet med eierskapet og selskapets situasjon.

Undersøkellesperioden er 2012–2014, med hovedvekt på 2014. Undersøkelsen omfatter 103 virksomheter underlagt 12 departementer. 81 av virksomhetene er helt eller delvis statlig eid, mens 22 er selveiende studentsamskipnader.<sup>4</sup>

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- 
- <sup>1</sup> *Reelle pensjonsforpliktelser* er selskapenes brutto pensjonsforpliktelser inkludert arbeidsgiveravgift og fratrukket pensjonsmidler (tilsvarende begrepet netto pensjonsforpliktelser). Med reelle pensjonsforpliktelser menes altså selskapenes beste estimat på netto pensjonsforpliktelser inkludert arbeidsgiveravgift, basert på selskapets valgte beregningsforutsetninger og en forutsetning om fortsatt drift og videreføring av pensjonsordningene.  
*Reell pensjonskostnad* er beregnet ved å legge årets estimat- og planavvik til den resultatførte pensjonskostnaden. Store, ikke-balanseførte estimat- og planavvik vil med andre ord innebære en stor reell pensjonskostnad.
- <sup>2</sup> Begrepet *kapitalstruktur* viser til kombinasjonen av egenkapital og gjeld som brukes til å finansiere selskapets eiendeler.
- <sup>3</sup> *Norsk regnskapsstandard 6 Pensjonskostnader (NRS6)* – I henhold til NRS6 kan selskapene velge umiddelbar resultatføring eller utsatt resultatføring av estimat- og planavvik. Selskapene kan også velge å følge IAS19 for regnskapsføring av pensjoner. *Norsk regnskapsstandard 8 God regnskapskikk for små foretak (NRS8)* – I henhold til NRS8 kan små selskaper velge ikke å balanseføre sikrede pensjonsforpliktelser. Usikrede forpliktelser skal balanseføres. Selskapene kan også velge å balanseføre samtlige forpliktelser i tråd med NRS6. *International Accounting Standard 19 Employee Benefits (IAS19)* – I henhold til IAS19 skal estimatavvik regnskapsføres når det oppstår, planavvik skal kostnadsføres umiddelbart.
- <sup>4</sup> Undersøkelsen omfatter i utgangspunktet alle selskaper og øvrige fristilte virksomheter underlagt Riksrevisjonens selskapskontroll. Dette inkluderer 22 selveiende studentsamskipnader, som er underlagt tilsyn fra Kunnskapsdepartementet. Alle virksomhetene er omtalt som selskaper uavhengig av organisasjonsform og tilknytning til staten.

- *lov om årsregnskap m.v. av 17. juli 1998* (regnskapsloven)
- *lov om aksjeselskaper av 13. juni 1997* (aksjeloven)
- *lov om allmennaksjeselskaper av 13. juni 1997* (allmennaksjeloven)
- *lov om statsforetak av 30. august 1991* (statsforetaksloven)
- særlover: *lov om folketrygdfondet av 29. juni 2007* (folketrygdfondsloven),
- *lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001* (helseforetaksloven), *lov om student- samskipnader av 14. desember 2007* (studentsamskipnadsloven), *lov om Innovasjon Norge av 19. desember 2003*, *lov om Statens investeringsfond for næringsvirksomhet i utviklingsland av 9. mai 1997* (Norfundloven), *lov om Aktieselskapet Vinmonopolet av 19. juni 1931* (vinmonopolloven) og *lov om pengespill mv. av 28. august 1992* (pengespilloven)
- Innst. 392 S (2010–2011) jf. Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*
- Innst. 140 S (2014–2015) jf. Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdi- skapende eierskap*

Utkast til rapport ble forelagt Finansdepartementet, Forsvarsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Klima- og miljødepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Kulturdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Nærings- og fiskeridepartementet, Olje- og energi- departementet, Samferdselsdepartementet og Utenriksdepartementet i brev 29. juni 2015. Departementene har i brev 19.–24. august 2015 gitt kommentarer til rapport- utkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

## 1 Hovedfunn

- I mange selskaper er det store forskjeller mellom de balanseførte og de reelle netto pensjonsforpliktelsene.
- For mange selskaper er pensjon av vesentlig økonomisk betydning, og de reelle pensjonsforpliktelsene og -kostnadene har til dels stor innvirkning på resultat og kapitalstruktur i enkelt-selskaper.
- Eier har i ulik grad oversikt over hvordan pensjonsforpliktelsene og pensjons- kostnadene påvirker selskapenes økonomiske stilling.

## 2 Riksrevisjonens merknader

### 2.1 I mange selskaper er det store forskjeller mellom de balanseførte og de reelle netto pensjonsforpliktelsene

For selskaper med kun innskuddspensjon (12 selskaper) er forpliktelsene i hovedsak innfridd ved innskuddet (som kostnadsføres), og regnskapet gir derfor et fullstendig bilde av selskapenes pensjonsforpliktelser.

For selskaper med ytelsespensjon er pensjonsforpliktelsene i varierende grad synlig- gjort i regnskapet. Dette avhenger av hvilken regnskapsstandard selskapene følger for regnskapsføring av pensjon. For de 22 selskapene som følger internasjonal regnskaps- standard 19 (IAS19), kommer selskapenes reelle pensjonsforpliktelser, totalt 56,3 mrd. kroner, fram av balansen. For de 46 selskapene som balansefører sine ytelses- pensjoner i henhold til norsk regnskapsstandard 6 (NRS6), er det til dels store avvik mellom balanseførte og reelle netto pensjonsforpliktelser<sup>5</sup>. Samlet sett har selskapene balanseført 17 mrd. kroner i netto pensjonsmidler, mens de reelle netto forpliktelsene er 77,3 mrd. kroner. Det er dermed en betydelig del av pensjonsforpliktelsene som ikke kommer fram av selskapenes balanse. Årsaken til dette er at NRS6 gir anledning til utsatt resultatføring av estimat- og planavvik. Det er de regionale helseforetakene og kulturinstitusjonene inkludert NRK, som har størst avvik mellom balanseførte og reelle pensjonsforpliktelser blant selskapene som følger NRS6. De reelle forpliktelsene kommer fram i regnskapets noter, men det kreves mye kunnskap for å tolke informasjonen og forstå hvordan økonomien i det enkelte selskap blir påvirket. For de 20 selskapene som følger norsk regnskapsstandard 8 (NRS8) og unntaksreglene for regnskapsføring av pensjon for små foretak, kommer ikke pensjonsforpliktelsene fram av balansen. Størrelsen på forpliktelsene oppgis heller ikke i regnskapets noter.

<sup>5</sup> Ytterligere tre selskaper følger NRS6 og regnskapsførers ytelsesordninger som innskuddsordninger i tråd med standarden.

Forpliktelser knyttet til ny privat AFP kommer heller ikke fram av selskapenes års- regnskap og balanse, unntatt for to selskaper. Dette gjelder uavhengig av hvilken regnskapsstandard selskapene følger. Undersøkelsens beregninger anslår at forpliktelsene til ny privat AFP kan utgjøre om lag 3,9 mrd. kroner.

Totalt hadde selskapene med ytelsespensjon reelle pensjonsforpliktelser på til sammen 133,6 mrd. kroner for 2014, i tillegg kommer pensjonsforpliktelser for selskaper som følger NRS8 samt selskapenes AFP-forpliktelser. De samlede balanse- førte pensjonsforpliktelsene utgjorde 39,3 mrd. kroner. Selskapene balanseførte om lag 30 prosent av de reelle forpliktelsene, og hadde samlet en underdekning av forpliktelsene på 94,3 mrd. kroner. I mange selskaper er det derfor store forskjeller mellom de balanseførte og de reelle netto pensjonsforpliktelsene.

## **2.2 For mange selskaper er pensjon av vesentlig økonomisk betydning, og de reelle pensjonsforpliktelsene og -kostnadene har til dels stor innvirkning på resultat og kapitalstruktur i enkelt-selskaper**

Andelen *brutto pensjonsforpliktelser* i forhold til egenkapital og andelen *reelle pensjonsforpliktelser* i forhold til total kapital gir en indikasjon på hvor vesentlig pensjonsforpliktelsene er for selskapenes økonomiske situasjon. Det samme gjelder for andelen *reelle pensjonskostnader* i forhold til driftskostnader. For halvparten av selskapene med ytelsesordninger som følger standardene IAS19 og NRS6 (34 av 68), utgjør brutto pensjonsforpliktelser mer enn selskapets egenkapital, og for 29 av selskapene utgjør de reelle pensjonsforpliktelsene mer enn 10 prosent av total- kapitalen. Dette gjør mange av selskapene sårbare for økonomiske og demografiske endringer. Det er Riksrevisjonens vurdering at pensjonsforpliktelser og pensjons- kostnader er av vesentlig økonomisk betydning for mange selskaper.

Selskapenes *pensjonsforpliktelser* er å anse som gjeld og virker inn på kapital- strukturen. For å vise dette er det for selskaper med ytelsesordninger og som følger NRS6 (46 selskaper), beregnet en *korrigert egenkapitalandel* som tar hensyn til selskapenes reelle pensjonsforpliktelser. For 19 av de 46 selskapene reduseres egen- kapitalandelen med mer enn 15 prosentpoeng. 13 av selskapene får negativ egen- kapital dersom det tas hensyn til de reelle pensjonsforpliktelsene.

Selskapets *pensjonskostnader* inngår i driftskostnadene og påvirker årsresultatet direkte, uavhengig av selskapenes pensjonsordninger. For selskapene med ytelses- ordninger og som følger NRS6, reflekterer ikke pensjonskostnadene i regnskapet de *reelle pensjonskostnadene* fordi disse ikke inkluderer kostnadseffekten av estimat- og planavvik. For å synliggjøre denne effekten er det i undersøkelsen beregnet et *korri- gert årsresultat* for disse selskapene. 31 av selskapene får årsresultatet svekket med 50 prosent eller mer, og 18 av disse får et negativt korrigert årsresultat.

34 av selskapene som følger NRS6, får til dels store endringer i egenkapital og resultat dersom det tas hensyn til de reelle forpliktelsene og kostnadene. For disse selskapene er det etter Riksrevisjonens vurdering usikkert om resultatregnskap og balanse gir et riktig bilde av selskapenes økonomiske stilling.

En vesentlig svekkelse av egenkapital og årsresultat kan få konsekvenser for selskapenes drift eller for statens finansiering av selskapene. Dersom det ikke er ønskelig med redusert tilbud/virksomhet, avvikling av virksomheten, eller dersom staten har garantert for forpliktelsene, kan pensjon føre til betydelige merkostnader for staten som eier. Dette kan blant annet gjelde sektorpolitiske selskaper med stor samfunnsmessig betydning og svak økonomisk stilling, som de regionale helse- foretakene og flere av scenekunstselskapene.

For de 20 selskapene som følger NRS8 for regnskapsføring av pensjon og ikke balansefører sine pensjonsforpliktelser, er det ikke mulig for Riksrevisjonen å beregne hvor vesentlig pensjon er i forhold til egenkapital og total kapital. Det er heller ikke mulig å beregne hvordan de reelle pensjonsforpliktelsene og pensjonskostnadene påvirker den økonomiske stillingen. Noen av disse selskapene har beregnet størrelsen på sine forpliktelser, men for mange er forpliktelsene heller ikke kjent for selskapet.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at selskapene har god kunnskap om hvordan pensjonen påvirker den økonomiske stillingen, uavhengig av hvilken regnskapsstandard som følges. De reelle pensjonsforpliktelsenes påvirkning på selskapets kapitalstruktur og de reelle pensjonskostnadenes påvirkning

på resultat er viktig informasjon i denne sammenhengen, og vil gi selskapene et bedre beslutningsgrunnlag for å kunne tilpasse driften til selskapets reelle økonomiske stilling.

### **2.3 Eier har i ulik grad oversikt over pensjonsforpliktelsenes og pensjonskostnadenes påvirkning på selskapenes økonomiske stilling**

Det er styrets ansvar å påse at selskapet har forsvarlig egenkapital. Eier har et overordnet ansvar for å påse at selskapenes kapitalstruktur og finansiering er tilpasset selskapets formål og situasjon. Eier har også et ansvar for å følge opp selskapenes økonomi, resultater og utvikling.

Eiers økonomiske oppfølging tar som regel utgangspunkt i selskapenes årsregnskaper, særlig resultatregnskapet og balansen. For mange av selskapene som følger NRS6 og NRS8, gir ikke resultatregnskap og balanse et fullstendig bilde av selskapenes reelle økonomiske situasjon. Eierne har i ulik grad oversikt over hvilke selskaper som påvirkes negativt av sine pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader, og det foretas i liten grad særskilte vurderinger av pensjonenes reelle påvirkning på resultat og egenkapital.

For flere av selskapene med store utfordringer har eier iverksatt særlig oppfølging eller tiltak. For de regionale helseforetakene har Helse- og omsorgsdepartementet implementert en finansieringsløsning for å håndtere pensjonskostnader og pensjonspremier. For scenekunstselskapene har Kulturdepartementet etablert særskilte rapporteringsrutiner. På bakgrunn av rapporteringen kan departementet vurdere om det er fare for at selskapene ikke kan ivareta samfunnsoppdraget. I tillegg har departementet bevilget et årlig ekstraordinært likviditetstilskudd til Den Norske Opera & Ballett.

Pensjon har stor betydning for enkeltstående selskaper, og det er etter Riksrevisjonens vurdering viktig at eier har nødvendig kunnskap om hvordan pensjon påvirker selskapenes reelle økonomiske stilling, slik at eier kan iverksette eventuelle nødvendige tiltak.

## **3 Riksrevisjonens anbefalinger**

Riksrevisjonen anbefaler at:

- departementene systematisk vurderer hvilken påvirkning de reelle pensjonsforpliktelsene og pensjonskostnadene har på selskapenes økonomiske stilling, og oppfordrer selskapene til å synliggjøre dette i regnskapene
- Nærings- og fiskeridepartementet vurderer hvordan kunnskap og erfaring om pensjon kan deles på en god måte mellom fagdepartementene, for eksempel gjennom Eierskapsforum

## **4 Departementenes oppfølging**

Statsråden er enig med Riksrevisjonen i at departementer som forvalter direkte statlig eierskap, systematisk bør vurdere hvordan pensjonsforpliktelser og pensjonskostnader påvirker selskapenes økonomi. Hvor avgjørende pensjonsrelaterte forhold er for det enkelte selskaps økonomi, vil variere, og statsråden oppgir at departementene må ha tilstrekkelig forståelse av selskapenes økonomiske stilling til å vurdere dette. Statsråden påpeker at det i lys av Riksrevisjonens funn kan være hensiktsmessig å løfte pensjon ytterligere på agendaen i eierdialogen for selskaper der dette anses som særlig relevant.

For de fleste selskapene går pensjonsforpliktelsene fram av balansen eller regnskapets noter, men enkelte selskaper følger regnskapsstandarder som ikke stiller krav om regnskapsføring av pensjonsforpliktelser. Staten som eier forventer at selskapene er åpne om sentrale forhold knyttet til virksomheten, herunder pensjon. Statsråden oppgir at det kan være aktuelt å ta det opp i eierdialogen dersom det for enkelte selskaper er grunn til å tro at informasjon om pensjon bør utdypes i regnskapet.

Statsråden oppgir at Nærings- og fiskeridepartementet ønsker å bidra til kunnskapsoppbygging og deling av kunnskap om pensjoner og andre forhold, blant annet gjennom felles arrangementer blant departementene som forvalter statlig eierskap.

## 5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

### Sak 2: De regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere hvordan de regionale helseforetakenes bruk av avtalespesialister bidrar til å oppfylle sørge-for-ansvaret. Undersøkelsen omfatter alle fire regionale helseforetak og behandlingsområdene somatikk og psykisk helsevern for voksne, den gjelder i hovedsak årene 2010–2014 og er basert på data fra Norsk Pasientregister, intervjuer og dokumentgjennomgang.

En del av det polikliniske helsetilbudet i spesialisthelsetjenesten utføres av avtale- spesialister, som er private lege- og psykologspesialister. Som en del av det samlede tilbudet av spesialisthelsetjenester skal avtalespesialistene bidra til å oppfylle de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. To rammeavtaler regulerer forholdet mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistene. Disse rammeavtalene er inngått med Den norske legeförening (Legeföreningen) og Norsk Psykologförening (Psykologföreningen). Rammeavtalene legger grunnlaget for de regionale helse- foretakenes individuelle driftsavtaler med avtalespesialistene.

De rundt 1500 avtalespesialistene sto for 28 prosent av den totale polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder og 23 prosent innen psykisk helsevern for voksne i 2014. I den politiske plattformen for regjeringen er det nedfelt at regjeringen vil øke antall hjemler og bruke avtalespesialistene mer. Avtalespesialistene er selv- stendig næringsdrivende, og i 2014 mottok de nær 3,2 mrd. kroner fra staten. I tillegg kommer egenandeler fra pasientene.

Avtalespesialistene er konsentrert i de sentrale områdene av landet, blant annet i hovedstadsområdet og andre store byer, noe som gir risiko for at de ikke godt nok bidrar til et geografisk likeverdig helsetilbud. Videre er det risiko for at de regionale helseforetakenes oppfølging og kontroll av avtalespesialistene er mangelfull.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999* (spesialisthelsetjenesteloven)
- *lov om helseforetak av 15. juni 2001* (helseforetaksloven)
- Innst. O. nr. 65 (1998–99), jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialist- helsetjenesten*
- Innst. O. nr. 118 (2000–2001) jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- Innst. 422 S (2010–2011), jf. Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse og omsorgs- plan (2011–2015)*

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet 19. juni 2015. Departementet har i brev av 19. august 2015 gitt kommentarer til rapportutkastet. Kommentarene er innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

#### 1 Hovedfunn

- Tilgangen til avtalespesialister bidrar ikke gjennomgående til et geografisk like- verdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester.
- De regionale helseforetakene utnytter ikke sitt handlingsrom godt nok til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester.
- De regionale helseforetakene følger i varierende grad opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet.

## 2 Riksrevisjonens merknader

### 2.1 Tilgangen til avtalespesialister bidrar ikke gjennomgående til et geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester

Formålet med spesialisthelsetjenesteloven er blant annet å bidra til et likeverdig tjenestetilbud, og til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene. Dette betyr at personer med behov for polikliniske spesialisthelsetjenester skal ha tilnærmet samme mulighet til å skaffe seg dette uavhengig av bosted. Siden avtalespesialistene er en del av spesialisthelsetjenesten, skal tilgangen til avtalespesialister bidra til at tilbudet av helsetjenester blir mest mulig geografisk likeverdig.

Befolkningens forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester varierer relativt mye mellom de som bor i sentrale kommuner, og de som bor i mindre sentrale kommuner. Befolkningen i de minst sentrale kommunene har lavere forbruk enn de som er bosatt i mer sentrale kommuner. Forbruket varierer også til dels betydelig mellom befolkningen bosatt i de ulike helseforetakenes opptaksområder.

De fire somatiske fagområdene der avtalespesialistene har flest konsultasjoner, er øye, hud, øre-nese-hals og gynekologi. Med unntak av øyefaget bidrar forbruket av avtale- spesialistene innen disse fagområdene stort sett til å redusere de geografiske forskjellene i forbruk. Likevel er forbruket i de minst sentrale kommunene i hovedsak fremdeles lavere sammenlignet med mer sentrale kommuner. For øyefaget forsterker forbruket av avtalespesialister forskjellene mellom sentrale og mindre sentrale kommuner i Helse Nord og Helse Sør-Øst.

Innen psykisk helse bidrar forbruket av avtalespesialister i liten grad til å redusere de geografiske skjevhetene i forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester. I enkelte regioner forsterker bruken av avtalespesialister de geografiske forskjellene. Også innen psykisk helse er forbruket av polikliniske helsetjenester i hovedsak lavest i de minst sentrale kommunene.

Riksrevisjonen legger til grunn at det ikke er systematiske forskjeller i behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester mellom mindre og mer sentrale kommuner, eller mellom helseforetak, når forbruket er justert for demografiske forskjeller mellom kommunene. Riksrevisjonen mener de geografiske variasjonene i forbruket av polikliniske helsetjenester indikerer at det enten er et overforbruk eller underforbruk av tjenestene innen enkelte områder. Selv om forbruket av avtalespesialister til dels bidrar til et mer likeverdig tilbud, er det fortsatt betydelige forskjeller, og som regel er det i de minst sentrale kommunene forbruket er lavest. Riksrevisjonen mener at tilgangen til avtalespesialister ikke bidrar godt nok til å utjevne disse forskjellene slik at tilbudet blir geografisk likeverdig. Dette gjelder spesielt innen psykisk helsevern og øyefaget.

### 2.2 De regionale helseforetakene utnytter ikke sitt handlingsrom godt nok til å sikre samsvar mellom plassering av avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester

Rammeavtalene som regulerer forholdet mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistene, er de mest sentrale virkemidlene de regionale helseforetakene har til å forvalte avtalespesialistordningen. Når behovet for helsetilbud i regionen blir endret, åpner rammeavtalene for at de regionale helseforetakene kan disponere avtalespesialistenes hjemler til å møte endringer i behovet ved å opprette nye hjemler, eller ved å omdisponere ledige eller eksisterende hjemler.

Det har vært svært liten vekst i antall årsverk for avtalespesialistene etter 2002. Videre har de regionale helseforetakene i perioden 2010–2014 sjelden omdisponert ledige helhjemler til andre fagfelt og/eller andre geografiske områder. Ledige delhjemler samles i større grad opp til nye, hele hjemler, ofte med en annen geografisk plassering og innen et annet fagfelt, eller de er brukt til å "fylle opp" andre delhjemler. De regionale helseforetakene har aldri omdisponert eksisterende hjemler. Ettersom tilgangen til avtalespesialister ikke gjennomgående bidrar til å utjevne geografiske forskjeller i forbruk av polikliniske spesialisthelsetjenester, kan det etter Riksrevisjonens vurdering være behov for at de regionale helseforetakene i større grad omdisponerer ledige hjemler, eller eventuelt oppretter nye hjemler. Mer aktiv bruk av dette mulighetsrommet kan gjøre at det polikliniske tilbudet blir jevnere fordelt mellom helseforetak og mellom sentrale og mindre sentrale kommuner.



I henhold til rammeavtalene kan de regionale helseforetakene avgjøre hvordan ledige psykologhjemler skal disponeres, mens ledige legehjemler skal videreføres ved behov. Samtidig er det mindre kostnadskrevenne å omdisponere psykologhjemler enn lege- hjemler. Dette gir etter Riksrevisjonens vurdering de regionale helseforetakene gode muligheter til å bruke ledige psykologhjemler, eller opprette nye hjemler for å bøte på skjevfordelingen av tilbudet innen psykisk helsevern.

Rammeavtalens bestemmelser om at ledige legehjemler skal videreføres ved behov, tolkes og praktiseres noe ulikt. Én tolkning er at hjemler skal videreføres når det har vært tilfredsstillende produksjon i praksisen. Dersom ledige hjemler i hovedregelen videreføres når det har vært tilfredsstillende aktivitet, kan det etter Riksrevisjonens mening føre til at hjemlene ikke benyttes der behovet er størst, både når det gjelder spesialitet og geografi. Behovet kan være større et annet sted eller innen et annet fag, selv om det har vært en god aktivitet i praksisen. Riksrevisjonen mener klarere vilkår for når ledige hjemler kan omdisponeres vil kunne gi partene en mer enhetlig forståelse for mulighetsrommet og dermed en mer lik praktisering av bestemmelsen om omdisponering.

Bare Helse Nord RHF har hatt en handlingsplan for forvaltningen av avtalespesialist- ordningen i hele undersøkelsesperioden, mens Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF vedtok handlingsplaner i 2014. Helse Vest RHF har ikke hatt handlingsplan. Etter Riksrevisjonens vurdering kan handlingsplaner som er basert på relevante og systematiske analyser av behovet for hjemler, skape større forutsigbarhet både for de regionale helseforetakene og for avtalespesialister, og bidra til en hjemmelsutvikling som er mer i samsvar med behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester i regionen.

Avtalespesialistenes individuelle avtaler varer i hovedregelen til spesialisten blir 70 år. Slike livslange avtaler kan, sammen med en restriktiv tolkning og praktisering av hvordan de regionale helseforetakene skal kunne disponere ledige hjemler, legge begrensninger på de regionale helseforetakenes muligheter til å møte endringer i behovet for helsetjenester. Etter Riksrevisjonens vurdering kan dette tyde på at rammeavtalene ikke gir de regionale helseforetakene gode nok virkemidler til å sikre samsvar mellom avtalespesialistenes hjemler og behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester.

### **2.3 De regionale helseforetakene følger i varierende grad opp at avtalespesialistene har tilstrekkelig aktivitet og god kvalitet på helsetilbudet**

For å sikre at avtalespesialistene best mulig bidrar til å oppfylle de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar, må de regionale helseforetakene følge opp tilbudet avtalespesialistene gir. Dette krever at de regionale helseforetakene har informasjon om viktige sider ved avtalespesialistenes tjenestetilbud.

De regionale helseforetakene har i varierende grad informasjon om kvaliteten på helsetilbudet avtalespesialistene tilbyr. RHF-ene har videre lite informasjon om, og eventuelt hvordan, avtalespesialistene prioriterer pasienter, noe som betyr at RHF-ene har lite kunnskap om ressursene brukes på de riktige pasientene. Videre viser undersøkelsen at RHF-ene, med unntak av Helse Vest RHF, ikke fulgte opp alle avtale- spesialister som hadde aktivitet 20 prosent eller mer under normtallet i 2013. Det kan dermed være avtalespesialister som har fått et høyere driftstilskudd enn de ifølge avtalen har krav på.

Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF har i 2014/2015 fått kunnskap om den enkelte avtalespesialists tilbud og praksis gjennom kartlegging og praksisbesøk. Flere av opplysningene disse innhentet gjennom kartleggingene, skal avtalespesialistene også rapportere til Norsk pasientregister. Etter Riksrevisjonens mening kunne de regionale helseforetakene ha effektivisert datainnsamlingen og redusert avtalespesialistenes rapporteringsbyrde ved å benytte Norsk pasientregister som informasjons- kilde. Samtidig viser undersøkelsen at data avtalespesialistene skal rapportere til Norsk pasientregister med informasjon om blant annet ventetid og epikrisetid, har for lav kvalitet til å brukes. Etter Riksrevisjonens vurdering ligger det her et uutnyttet potensial til å følge opp kvaliteten på helsetjenestene avtalespesialistene gir.

En del avtalespesialister har en produksjon langt over normtallet. Rammeavtalene regulerer imidlertid bare at de regionale helseforetakene kan sanksjonere overfor avtalespesialister som har lav aktivitet. Etter Riksrevisjonens vurdering kan det være like viktig å følge opp avtalespesialister med særlig høy produksjon for å sikre at tjenestetilbudet er forsvarlig.

De regionale helseforetakene bruker i liten grad de sanksjonsmulighetene som ramme- avtalene hjemler, dersom avtalespesialistene ikke overholder krav i rammeavtale / individuell avtale. De regionale helseforetakene har i svært liten grad revidert individuelle avtaler, sagt opp avtaler eller sendt advarsler om mislighold av avtalen utover ved manglende rapportering til NPR. Samtidig har de regionale helseforetakene i undersøkelsesperioden hatt begrenset informasjon til å kunne følge opp hvorvidt avtalespesialistenes helsetilbud er av god nok kvalitet og i tråd med krav i avtalene. Etter Riksrevisjonens vurdering bør de regionale helseforetakene mer systematisk innhente informasjon og ta i bruk eksisterende informasjon mer aktivt, for å kunne vurdere om avtalespesialistene på en mest mulig effektiv måte gir befolkningen tilbud om helsetjenester av tilstrekkelig høy kvalitet. Regjeringens ambisjoner om å øke antall hjemler og bruke avtalespesialistene mer aktualiserer etter Riksrevisjonens syn behovet for informasjon om og oppfølging av tilbudet i denne delen av spesialisthelsetjenesten.

### **3 Riksrevisjonens anbefalinger**

Riksrevisjonen anbefaler at:

- Helse- og omsorgsdepartementet forsikrer seg om at de regionale helseforetakenes bruk av avtalespesialister bidrar til å gi befolkningen en geografisk likeverdig tilgang til polikliniske spesialisthelsetjenester
- de regionale helseforetakene sørger for at avtalespesialistenes hjemler bidrar til et mer geografisk likeverdig tilbud av polikliniske spesialisthelsetjenester, blant annet ved
  - systematisk å vurdere hvorvidt avtalespesialistenes ledige hjemler bør videreføres eller benyttes innen andre fagområder og/eller andre geografiske områder,
  - å ha planer for å disponere hjemler som bygger på relevante og oppdaterte analyser av behovet for polikliniske spesialisthelsetjenester
- de regionale helseforetakene sørger for å ha en omforent forståelse av ramme- avtalenes bestemmelser når det gjelder vilkår for å omdisponere ledige hjemler slik at de regionale helseforetakene får en mer lik praktisering av bestemmelsene om når ledige hjemler skal videreføres
- de regionale helseforetakene følger opp avtalespesialister som ikke oppfyller krav stilt i rammeavtalene eller i de individuelle avtalene. Dette forutsetter at de regionale helseforetakene har tilstrekkelig informasjon
- de regionale helseforetakene benytter Norsk pasientregister som kilde til informasjon om avtalespesialistene og sikrer at avtalespesialistene rapporterer til Norsk pasientregister på sentrale variabler som kan gi relevant informasjon om kvaliteten på helsetjenestene, som for eksempel epikrisetid
- de regionale helseforetakene bør følge opp avtalespesialister med særlig høy produksjon for å kunne vurdere hvorvidt tjenestetilbudet er forsvarlig

### **4 Departementenes oppfølging**

Statsråden vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger gjennom eierstyringen av de regionale helseforetakene og, hvis det er nødvendig, også gjennom styringen av Helse- og omsorgsdepartementets underliggende etater.

Statsråden viser til at det i foretaksmøtene med de regionale helseforetakene i januar 2015 ble protokollert at de regionale helseforetakene skal gå gjennom sin forvaltning av avtalespesialistene med sikte på å videreutvikle denne på kort og lang sikt og re- forhandle rammeavtalene slik at nye avtaler trer i kraft senest 1.1.2016.

Riksrevisjonens anbefalinger knyttet til de regionale helseforetakenes forvaltning av ordningen med private lege- og psykologspesialister (avtalespesialister) vil følges opp i den allerede pågående prosessen med å reforhandle rammeavtalene og gjennom en videreutvikling av ordningen.

De regionale helseforetakene er gjennom Oppdragsdokument 2015 – tilleggs- dokument etter Stortingets behandling av Prop.119 S (2014–2015) – bedt om å vurdere hvordan videreutvikling av samarbeidsmodeller mellom avtalespesialister og helseforetak kan redusere ventetidene. Dette gjelder særlig innen fagområder med mange ventende og hvor avtalespesialister utgjør en betydelig del av det polikliniske tilbudet. Det skal rapporteres til departementet hvordan dette er fulgt opp, innen utgangen av 15. november 2015.

## 5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

### Sak 3: Helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr

Målet med revisjonen er å undersøke om helseforetakene har tilstrekkelig informasjonssikkerhet ved bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Undersøkelsen omfatter dokumentanalyse av leverandøravtaler for utvalgte maskintyper, risikoanalyser og retningslinjer i 19 helseforetak. I tillegg er det foretatt intervjuer i fire helseforetak, en regional it-enhet og hos en sentral leverandør av medisinsk-teknisk utstyr. Undersøkelsen omfatter i hovedsak perioden 2012–2014.

Innen helsevesenet benyttes det mange systemer og mye utstyr som inneholder helseopplysninger. I likhet med tradisjonelle ikt-systemer kan også medisinsk-teknisk utstyr inneholde personsensitive opplysninger, og andelen av slikt utstyr øker. Det er en risiko for at personsensitive helseopplysninger som ligger i medisinsk-teknisk utstyr, ikke er godt nok beskyttet.

Undersøkelsen har blant annet tatt utgangspunkt i følgende lover og forskrifter:

- *lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger av 18. mai 2001* (helseregisterloven)
- *lov om helsepersonell av 2. juli 1999* (helsepersonelloven)

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 19. juni 2015. Departementet har i brev av 19. august 2015 gitt kommentarer til rapport- utkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

#### 1 Hovedfunn

- Helseforetakene stiller ikke tilstrekkelige krav om informasjonssikkerhet i avtaler med leverandører av medisinsk-teknisk utstyr og har mangelfull oppfølging av leverandører.
- Helseforetakene har mangelfull oversikt over risiko knyttet til informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr.
- Det er uklare ansvarlinjer for informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr internt i helseforetakene og mellom helseforetakene og de regionale it-enhetene.

#### 2 Riksrevisjonens merknader

##### 2.1 Helseforetakene stiller ikke tilstrekkelige krav om informasjonssikkerhet i avtaler med leverandører av medisinsk-teknisk utstyr og har mangelfull oppfølging av leverandører

Helseforetakene stiller i liten grad krav om informasjonssikkerhet i avtalene med leverandører. Bare 6 av 19 helseforetak har stilt krav til leverandørens behandling av personopplysninger i én eller flere avtaler som de har inngått. Dette kan være krav til oppdatering av programvare og vedlikehold av utstyr og hvordan personopplysninger skal håndteres. Kravene skal klargjøre hva leverandør skal ha på plass av sikringstiltak for å ivareta informasjonssikkerheten. Videre har få helseforetak stilt krav i avtalene om at de må gi samtykke før leverandøren kan gjøre endringer i systemet. Dette betyr at leverandøren ikke er forpliktet til å varsle helseforetaket når den foretar endringer og oppdateringer på helseforetakets utstyr. Avtalene inneholder derfor i liten grad krav som kan bidra til å hindre eller oppdage brudd på informasjonssikkerheten.

Leverandørene er i stor grad premissgiver i avtalene. Mange av avtalene som er gjennomgått tar utgangspunkt i maler utarbeidet av leverandør, som ikke omtaler informasjonssikkerhet. Det er videre lite samarbeid mellom helseforetakene om å stille krav til leverandørene ved kravspesifisering, avtaleinngåelse og anskaffelse av utstyr.

Det kan være krevende for helseforetakene å følge lovverket fullt ut ettersom utstyret fra leverandørene ikke har all den funksjonalitet som loven krever, som for eksempel tilgangsstyring, antivirusprogrammer og loggfunksjoner. Leverandørene tilbyr løsninger som er beregnet på det internasjonale markedet med andre lovkrav. De norske helseforetakene har etter loven ikke mulighet til å gjøre endringer på utstyret for å imøtekomme kravene i personopplysningsforskriften om tilgangsstyring, anti-virus og logging.

De regionale helseforetakenes it-enheter har utarbeidet felles føringer for styrings-system for informasjonssikkerhet. Det er imidlertid få helseforetak som bruker leverandøravtalene til å stille krav til leverandørene om informasjonssikkerhet. Samtidig framstår helseforetakene som lite koordinerte og samstemte i sin samhandling med leverandørene. Helseforetakene har blant annet ulik praksis om bruk av fjern-aksessavtaler. Fjernaksessavtaler inngås i hovedsak for å regulere at leverandøren kan logge seg på utstyret for å foreta oppdatering og service fra andre lokasjoner enn i helseforetakets lokaler der utstyret er plassert. Riksrevisjonen mener at få krav og lite samordning gir økt risiko for mangelfull informasjonssikkerhet.

Helseforetakene foretar ikke egne kontroller av leverandørene, eller innhenter uavhengige revisjoner av leverandørene. Etter Riksrevisjonens vurdering benytter ikke helseforetakene muligheten til kontroll av leverandørene som lovverket hjemler, noe som ville gi bedre kjennskap til leverandørens praktisering av lover og regler knyttet til sensitive personopplysninger.

## **2.2 Helseforetakene har mangelfull oversikt over risiko knyttet til informasjons-sikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr**

Det er etablert regionale føringer, retningslinjer og rutiner for å gjennomføre risikovurderinger som også omfatter medisinsk-teknisk utstyr. Det utarbeides regionale risikoanalyser hvor medisinsk-teknisk utstyr inngår som et av flere risikoområder på overordnet nivå.

Helseforetakene har i liten grad gjort overordnede risikovurderinger av informasjonssikkerheten i medisinsk-teknisk utstyr. Det foreligger dermed ingen samlet oversikt over risikoen og heller ingen opplysninger om eventuelle forebyggende og korrigerende tiltak. Bare to av 19 helseforetak kan dokumentere at det har vært gjennomført risikoanalyser knyttet til det enkelte medisinsk-tekniske utstyret. De fire helseforetakene som er intervjuet, uttaler imidlertid at det behandlende helsepersonellet som benytter utstyret, har oversikt over hvilken informasjon som ligger der.

Manglende risikovurderinger kan etter Riksrevisjonens mening føre til at det ikke foretas noen vurdering av sensitiviteten i informasjonen som ligger i utstyret. Det er dermed vanskelig å få en klar oversikt over trusselbildet, og om det er iverksatt relevante forebyggende eller korrigerende tiltak. I tillegg kan praktiseringen av regelverket bli ulikt, og kravene til leverandør og fjernaksessløsninger kan bli mangelfulle, men også i enkelte tilfeller unødige strenge.

## **2.3 Det er uklare ansvarlinjer for informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr internt i helseforetakene og mellom helseforetakene og de regionale it-enhetene**

Helseforetakene har i undersøkelsesperioden i begrenset grad hatt retningslinjer og rutiner som beskriver hvordan personsensitiv informasjon i medisinsk-teknisk utstyr skal behandles.

De regionale helseforetakenes IT-enheter har arbeidet med å få på plass felles regionale føringer, retningslinjer og rutiner, men undersøkelsen viser at dette i begrenset grad er implementert i helseforetakene.

Oppgavefordelingen for å ivareta informasjonssikkerhet både mellom helseforetakene og helseregionenes it-enheter og innad i helseforetakene mellom ikt og medisinsk-teknisk avdeling, er uklar. I tillegg tyder

undersøkelsen på at regelverket knyttet til informasjonssikkerhet er vanskelig å anvende i praksis for helseforetakene.

De regionale helseforetakene og helseforetakene har ulike oppfatninger om hvilke krav som skal stilles overfor leverandørene, og hvilke rettigheter leverandører skal ha til å foreta oppdateringer og vedlikehold på utstyr som inneholder person- og helse- opplysninger. Etter Riksrevisjonens vurdering kan dette føre til at det blir uklart for aktørene hvordan kravene skal operasjonaliseres og følges opp.

Det er uklare ansvarlinjer for informasjonssikkerhet internt i helseforetakene og mellom helseforetakene og de regionale it-enhetene. Videre er det lite samarbeid mellom helseforetakene på dette området. En felles tilnærming i helseforetakene til hvordan kravene skal forstås og anvendes, vil gjøre det enklere for foretakene å følge opp leverandørene. Mye av det medisinsk-tekniske utstyret som i dag benyttes, er mer likt tradisjonelt ikt-utstyr med egne lagringsenheter og mulighet for å kommunisere via nettverk. Dette fører til større behov for samhandling og samarbeid mellom de ulike avdelingene.

Helseforetakene som er intervjuet, opplever at det ikke er tilstrekkelig klarlagt hvordan informasjonssikkerheten i medisinsk-teknisk utstyr skal ivaretas, og de er usikre på hvordan de skal balansere kravene til pasientsikkerhet og informasjonssikkerhet.

### **3 Riksrevisjonens anbefalinger**

Riksrevisjonen anbefaler at:

- Helse- og omsorgsdepartementet forsikrer seg om at de regionale helseforetakene og helseforetakene etterlever gjeldende regelverk for informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger
- de regionale helseforetakene sørger for bedre samordning mellom regionene og innad i den enkelte region for å sikre at kravene som stilles til leverandører av medisinsk-teknisk utstyr om informasjonssikkerhet, blir mer ensartet
- de regionale helseforetakene og helseforetakene klargjør ansvarlinjene for håndtering av informasjonssikkerhet mellom de regionale it-enhetene og helseforetakene og innad i helseforetakene, slik at rollene til hver enkelt er klart definert og forstått
- de regionale helseforetakene og helseforetakene sørger for at lover og regler for informasjonssikkerhet blir ivaretatt, ved å stille klarere krav til informasjonssikkerhet overfor leverandørene av medisinsk-teknisk utstyr
- helseforetakene følger opp at leverandørene overholder kravene i leverandøravtalene
- helseforetakene utarbeider risikovurderinger av informasjonssikkerhet i medisinsk-teknisk utstyr for å få oversikt over informasjonen som ligger i utstyret, og hvordan informasjonen blir eksponert

### **4 Departementenes oppfølging**

Statsråden mener Riksrevisjonens merknader og anbefalinger er relevante, og at informasjonssikkerhet vil kreve stor grad av oppmerksomhet og prioritet.

Statsråden vil følge opp Riksrevisjonens anbefalinger ved å stille krav til de regionale helseforetakene i foretaksmøtet i januar 2016 og gjennom tertialoppfølgingsmøtene med de regionale helseforetakene. Statsråden påpeker at det må være en riktig balanse mellom ivaretagelsen av pasientsikkerhet og personvern.

Statsråden viser til at de regionale helseforetakene arbeider kontinuerlig for å legge til rette for at helseforetakene skal tolke og praktisere lovverket så likt som mulig, men understreker at helseforetakene selv

er ansvarlig for å etterleve gjeldende regelverk. Ansvar for informasjonssikkerhet er tillagt administrerende direktør i helseforetakene, som er databehandlingsansvarlig etter loven.

Ifølge statsråden pågår det et samarbeid mellom de regionale helseforetakene som vil kunne bidra til bedre samordning mellom helseforetakene og en forenkling og standardisering av rutinene i arbeidet med å ivareta informasjonssikkerheten.

De regionale helseforetakene har igangsatt forbedringsprosesser for å samordne arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern for de mer tradisjonelle IKT-områdene som elektronisk pasientjournal og helseforetakenes pasientadministrative systemer. Statsråden peker på at arbeidet med å forbedre informasjonssikkerhet og personvernet i det medisinsk-tekniske utstyret må ses i sammenheng med dette arbeidet.

Ifølge statsråden arbeider de regionale helseforetakene systematisk med å gjennomføre risikovurderinger av alt utstyr hvor sensitive personopplysninger lagres. Dette gjelder også for medisinsk-teknisk utstyr, som i økende grad knyttes opp mot nettet. Helseforetakene deltar i dette arbeidet.

## 5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

### Sak 4: Helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnekirurgisk pasientbehandling

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnekirurgi i perioden 2007–2014, og hvilke forhold som har påvirket utviklingen. Undersøkelsen er basert på aktivitetsdata fra Norsk pasientregister for 19 helseforetak og seks utvalgte behandlinger med forskjellige prissatser<sup>6</sup>. Videre er undersøkelsen basert på spørrebrev til samtlige helseforetak og intervju med seks utvalgte helseforetak.

Den kirurgiske aktiviteten finansieres gjennom årlige bevilgninger over kapittel 732 post 76 innsatsstyrt finansiering (ISF). ISF-ordningen skal stimulere til at aktivitetsmålet kan nås på en mest mulig kostnadseffektiv måte. Aktiviteten i tilskudsordningen måles i DRG-er.<sup>7</sup> Fram til og med 2009 ble dag- og døgnekirurgisk aktivitet gruppert i samme DRG-er. For å gi bedre samsvar mellom helseforetakenes kostnader og ISF-finansieringen, ble det fra og med 2010 innført egne dagkirurgiske DRG-er, som har lavere pris enn de døgnekirurgiske DRG-ene. Valg av dag- eller døgnekirurgisk pasientbehandling skal baseres på medisinfaglige vurderinger av hva som er forsvarlig.

Samsdata-rapportene for 2011 og 2013 indikerer at endringen i ISF-finansieringen i 2010 har ført til en økning i døgnavtallet på bekostning av dagbehandling, særlig innen kirurgi. Videre viste Riksrevisjonens undersøkelse om effektivitet i sykehus at svært få sykehus hadde endret praksis fra døgnavtallet til dagkirurgi etter 2009 for korsbåndoperasjoner, jf. Dokument 3:4 (2013–2014).

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999* (spesialisthelsetjenesteloven)
- Ot.prp. nr. 10 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten*
- *lov om helsepersonell av 2. juli 1999* (helsepersonelloven)
- Prop. 1 S (2013–2014) fra Helse- og omsorgsdepartementet
- Innst. 212 S (2009–2010), St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen*

<sup>6</sup> De utvalgte behandlingene er: fjerning av livmor, fjerning av eggstokk og eggleder, skiveprolaps og dekompresjon av nerverøtter, gallesten, lyskebrokk og fjerning av mandler.

<sup>7</sup> DRG (diagnoserelaterte grupper) er et system som klassifiserer aktivitet i ulike grupper basert på blant annet diagnoser og prosedyrer som gjør det mulig å sammenligne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter.

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 19. juni 2015. Departementet har i brev av 18. august 2015 gitt kommentarer til rapport- utkastet. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

## 1 Hovedfunn

- Helseforetakenes dagkirurgiske aktivitet har i liten grad økt etter 2010.
- Dagens finansiering synes å ha bremsset helseforetakenes satsing på dagkirurgi.
- Helseforetakene har et uutnyttet potensial for å dreie den kirurgiske aktiviteten fra døgn- til dagbehandling.

## 2 Riksrevisjonens merknader

### 2.1 Helseforetakenes dagkirurgiske aktivitet har i liten grad økt etter 2010

Helseforetakene er i henhold til spesialisthelsetjenesteloven pålagt å utnytte ressursene best mulig. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet er mer dagkirurgi en ønsket utvikling da det både er en fordel for pasientene og gir den beste ressursutnyttelsen.

Undersøkelsen viser at helseforetakenes samlede dagkirurgiske aktivitet økte fra 2007 til 2010, for så å gå noe ned eller stagnere. Det ble utført flere dagkirurgiske behandlinger i 2014 enn i 2007. Likevel var andelen planlagt dagkirurgi av all planlagt kirurgi tilbake på omtrent samme nivå i 2014 som i 2007. Dette skyldes at antall døgnkirurgiske behandlinger økte betydelig etter 2010.

For de seks utvalgte behandlingene som er undersøkt nærmere, har få helseforetak lagt om til en dagkirurgisk praksis i perioden 2007–2014. Et flertall av helseforetakene som har dreid deler av aktiviteten fra døgn- til dagbehandling, gjorde dette før omleggingen av ISF-ordningen med innføring av egne dagkirurgiske DRG-er i 2010. I perioden 2007–2014 har det vært en viss effektivisering gjennom reduksjon i antall liggedager for helseforetakene samlet, og for flere av de utvalgte behandlingene. Etter 2010 har det imidlertid vært en sterkere økning i antall behandlinger med én liggedag enn i antall dagkirurgiske behandlinger.

Det er store forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder andel dagkirurgi. Dette gjelder både for helseforetakenes dagkirurgiske aktivitet samlet og innen de utvalgte behandlingene. Sykehuset Østfold HF hadde i 2014 den høyeste andelen elektiv dag- kirurgi av all elektiv kirurgi med 66 prosent. Til sammenligning hadde Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF i 2014 en andel dagkirurgi på 44 prosent. Sykehuset i Vestfold HF, som med hensyn til geografi og opptaksområde er sammenlignbart med Sykehuset Østfold HF, hadde en andel dagkirurgi på 55 prosent. For de utvalgte behandlingene er det dessuten stor variasjon når det gjelder i hvilken grad de utfører dagkirurgi, og om helseforetakene i det hele tatt har en dagkirurgisk praksis for behandlingene.

Endringer i helseforetakenes opptaksområder, oppgavefordeling og avtaler med private aktører, kan ha påvirket enkelte av helseforetakenes kirurgiske aktivitet i perioden. Likevel har helseforetakene etter Riksrevisjonens vurdering i for liten grad dreid den kirurgiske aktiviteten fra døgn- til dagbehandling etter 2010.

### 2.2 Dagens finansiering synes å ha bremsset helseforetakenes satsing på dagkirurgi

Formålet med ISF-ordningen er å legge til rette for at aktivitetsmålet kan nås på en mest mulig kostnadseffektiv måte. En dreining av aktivitet fra døgn- til dagbehandling kan gi en mer effektiv ressursbruk og mulighet til å behandle flere pasienter uten økte kostnader.

Den dagkirurgiske aktivitetsutviklingen, både samlet og for de utvalgte behandlingene, har stagnert i årene etter innføringen av egne dagkirurgiske DRG-er i 2010. 12 av 19 helseforetak utførte færre dagkirurgiske behandlinger i 2014 enn de gjorde i 2010. For helseforetakene samlet har økningen i behandlinger med én liggedag sam- tidig vært betydelig høyere fra 2010 til 2014 enn fra 2007 til 2009.

Helseforetakene er opptatt av at valg av kirurgisk pasientbehandling skal baseres på medisinskfaglige vurderinger av hva som er forsvarlig og best for pasienten. Likevel viser undersøkelsen at flere helseforetak mener at endringen i DRG-satsene i 2010 har hindret en satsing på økt dagkirurgi, selv om de mener dagkirurgi kan gi bedre kvalitet i pasientbehandlingen og være mer kostnadseffektivt for helseforetaket. Videre oppgir helseforetakene at ISF-ordningen virker konserverende fordi DRG- prisene ofte er tilpasset gammel teknologi, samtidig som innføring av nye metoder og ny praksis gjerne er kostbart.

Når det gjelder utviklingen innen de utvalgte behandlingene, viser Riksrevisjonens undersøkelse at helseforetakene som hadde startet med dagkirurgi før omleggingen av finansieringsordningen, i stor grad har fortsatt med dagkirurgi, men at få har endret praksis fra døgn- til dagkirurgi etter 2010. For noen av behandlingene er det svært få helseforetak som utfører dagkirurgi. Dette gjelder spesielt for fjerning av livmor og behandling av skiveprolaps og dekompresjon av nerverøtter, som begge har relativt stor prisdifferanse mellom de dagkirurgiske og de døgnkirurgiske DRG-ene. For disse to behandlingene var det i 2014 bare henholdsvis fire og tre helseforetak som hadde en dagkirurgisk praksis. Samtidig viser de helseforetakene som faktisk utførte dag- kirurgi for disse behandlingene, til høy pasienttilfredshet.

Riksrevisjonen mener at omleggingen av ISF-ordningen i 2010 kan ha bidratt til å bremse en dreining fra døgn- til dagkirurgisk pasientbehandling. Dette kan ha ført til at helseforetakene ikke har utnyttet muligheten godt nok til å frigjøre sengekapasitet, redusere ventetider og behandle flere pasienter uten økte kostnader. Etter Riks- revisjonens vurdering innebærer dette at helseforetakene i for liten grad har en kostnadseffektiv kirurgisk pasientbehandling, slik ISF-ordningen skal stimulere til.

### **2.3 Helseforetakene har et utnyttet potensial for å dreie den kirurgiske aktiviteten fra døgn- til dagbehandling**

Helseforetakene har et potensial for å utføre mer dagkirurgi innen rammen av hva som er medisinsk forsvarlig. De store variasjonene i andelen dagkirurgi mellom helse- foretakene, og om helseforetakene i det hele tatt har etablert en dagkirurgisk praksis for de utvalgte behandlingene, indikerer at det er mulig for mange av helseforetakene å øke andelen dagkirurgi. Dette understøttes av at 16 helseforetak selv oppgir at de har potensial for å øke andelen dagkirurgi generelt, og av at mellom 9 og 13 helse- foretak oppgir at de har mulighet til å øke andelen dagkirurgi for de seks utvalgte behandlingene.

Det er ingen sammenheng mellom andelen dagkirurgi og om helseforetakene mener de har et potensial for en økning. Sykehuset Østfold HF, som hadde den høyeste andelen dagkirurgi både samlet og innen flere av de seks utvalgte behandlingene, mener for eksempel at det fortsatt kan øke den dagkirurgiske aktiviteten innen flere fagområder. Flere helseforetak mener at økt dagkirurgi kan gi både bedre kvalitet i pasientbehandlingen og en mer effektiv ressursbruk, forutsatt at pasienten er egnet for dagkirurgi.

Flere helseforetak oppgir at tilgang på helsepersonell, lang reisevei for pasientene og begrensninger i areal kan hindre økt dagkirurgi. På den annen side framhever flere av helseforetakene som har en relativt høy andel dagkirurgi, at reduksjon i antall senger har vært en pådriver for å effektivisere pasientforløpene og dreie den kirurgiske aktiviteten fra døgn- til dagbehandling.

Samtidig har de helseforetakene som har høyest andel dagkirurgi generelt, og for de utvalgte seks behandlingene, noen fellestrekk. De har alle lyktes med å effektivisere pasientforløpene, selektene pasienter egnet for dagkirurgi og utvikle en kultur som fremmer dagkirurgi. For å sikre effektive og standardiserte pasientforløp er det viktig med god logistikk i alle ledd i behandlingsskjeden.

Videre har det vært viktig å selektene pasienter som er egnet for dagkirurgi, og opp- datere kriteriene for hva som er medisinsk forsvarlig å behandle dagkirurgisk. Eksempelvis har Sykehuset Østfold HF lyktes med å utvide kriteriene for hva som anses som medisinsk forsvarlig, samtidig som utviklingen nøye har blitt overvåket og evaluert. På denne måten har helseforetaket erfart at det har vært trygt å utvide kriteriene.

Etter Riksrevisjonens syn er fellestrekkene som er nevnt, tiltak som kan settes i verk innen fastsatte rammer, og som vil gjøre helseforetakene bedre i stand til å utnytte potensialet for å øke den dagkirurgiske aktiviteten.



### 3 Riksrevisjonens anbefalinger

Riksrevisjonen anbefaler at:

- Helse- og omsorgsdepartementet vurderer å iverksette tiltak som i større grad stimulerer til kostnadseffektiv kirurgisk pasientbehandling innen rammen av hva som er medisinsk forsvarlig
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sørger for at kunnskapsbaserte tiltak, som sikrer mer ensartet og god faglig praksis for dag- kirurgi, implementeres i helseforetakene
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sørger for at helseforetakene vurderer potensialet for dagkirurgi innen forskjellige kirurgiske fag- områder, og iverksetter tiltak for å utnytte potensialet for dagkirurgi bedre. Det bør blant annet legges til rette for systematisk læring av helseforetakenes positive erfaringer knyttet til dagkirurgi

### 4 Departementenes oppfølging

Statsråden mener at undersøkelsen gir nyttige innspill til tjenestens videre arbeid med å opprettholde og utvikle en god tjenestekvalitet, og deler Riksrevisjonens oppfatning om at det er et uutnyttet potensial for å dreie den kirurgiske aktiviteten fra døgn- til dagbehandling. De regionale helseforetakene er derfor i revidert oppdragsdokument 2015 bedt om å sammenlikne gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling på prosedyrenivå mellom sykehus regionalt og nasjonalt. Oppfølgingen skal særlig ha oppmerksomhet mot prosedyrer med stort volum og/eller prosedyrer med lang vente- tid som ikke er faglig begrunnet. Forholdene vil ifølge statsråden bli fulgt opp i den videre styringsdialogen.

Statsråden påpeker at mer dagkirurgi er en ønsket utvikling, og at finansiering kan være et virkemiddel for å øke andelen dagkirurgi. I 2010 ble finansieringen lagt om basert på at ISF-systemet skal fremstå som mest mulig kostnads- og prioriterings- nøytralt, i tråd med det generelle prinsippet for finansieringsordningen. Et finansieringssystem som gjør enkelte behandlinger relativt mer lønnsomme enn andre, kan ifølge statsråden skape utilsiktede vridningseffekter og medføre at det bygges opp mer kapasitet på disse områdene på bekostning av andre prioriterte områder. Samtidig er det viktig at finansieringsordningene understøtter ønsket faglig utvikling. Statsråden tok derfor initiativ til å få lagt inn et insentivbasert sjablonmessig påslag på ti prosent på de dagkirurgiske DRG-ene fra 2015 for å stimulere til dagkirurgi der dette er hensiktsmessig.

Videre opplyser statsråden at det er stor internasjonal og nasjonal oppmerksomhet om variasjon i klinisk praksis og prioriteringer, og at en rapport publisert i januar 2015 av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) viser at en av hovedårsakene til at forbruket av helsetjenester varierer mellom befolkningsområder, er ulikhet i faglig praksis. For de fleste av de dagkirurgiske inngrepene er det ikke utarbeidet nasjonale retningslinjer, men for flere inngrep er det klare kriterier i prioriterings- veilederne for hvilken alvorlighetsgrad som skal gi rett til behandling. Helse- og omsorgsdepartementet vil arbeide videre med disse spørsmålene.

Statsråden mener at datagrunnlaget i undersøkelsen påvirkes av flere forhold, og at det derfor bør vises varsomhet når det gjelder faktisk utvikling i perioden og i hvilken grad man vurderer at endringen i finansieringen i perioden har påvirket medisinsk praksis. Statsråden mener også at undersøkelsen ville styrket seg med en tydeligere prinsipiell drøfting av finansiering som virkemiddel for å påvirke medisinsk praksis, og viser til formålet med ISF-ordningen slik det er beskrevet i Prop. 1 S (2014–2015).

### 5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonen merker seg at statsråden deler oppfatningen om at det er et uutnyttet potensial for å dreie den kirurgiske aktiviteten fra døgn- til dagbehandling, og at det er iverksatt flere relevante tiltak. Flere av forholdene som statsråden viser til, er omtalt i den vedlagte revisjonsrapporten, jf. vedlegg 4. Riksrevisjonen registrerer at statsråden ikke redegjør konkret for hvordan anbefalingene vil bli fulgt opp utover de allerede iverksatte tiltakene.

Riksrevisjonen er enig i at flere forhold kan ha påvirket helseforetakenes aktivitets- utvikling i perioden. Nettopp derfor er Riksrevisjonens merknad om at dagens finansi- ering synes å ha bremset helseforetakenes<sup>7</sup>

satsing på dagkirurgi basert på spørrebrev til og intervju med helseforetakene, i tillegg til aktivitetsdata fra Norsk pasientregister.

Riksrevisjonen vil påpeke at en prinsipiell drøfting av finansiering som virkemiddel ikke er en oppgave som inngår i Riksrevisjonens mandat.

## **DEL IV OPPFØLGING AV TIDLIGERE RAPPORTERTE SAKER**

### **Styring, måloppnåelse og resultatrapportering knyttet til forebygging av infeksjoner i spesialisthelsetjenesten – Dokument 3:2 (2013–2014)**

#### **1 Innledning**

I Dokument 3:2 (2013–2014) rapporterte Riksrevisjonen om at Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012) hadde hatt begrenset effekt i helseforetakene. Riksrevisjonens undersøkelse viste at andelen sykehusinfeksjoner ikke var redusert i strategiperioden, og Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene kunne ikke på en systematisk måte redegjøre for hvordan arbeidet med strategien hadde påvirket nivået på sykehusinfeksjoner og smittevernarbeidet i helseforetakene.

Ved behandlingen av Dokument 3:2 (2013–2014) viste kontroll- og konstitusjonskomiteen i sine merknader til kontrollens funn og Riksrevisjonens vurderinger om at strategiens effekter i helseforetakene var svært begrenset. Videre merket komiteen seg at de fire undersøkte helseforetakene viste store forskjeller i forekomsten av sykehusinfeksjoner, og at Riksrevisjonen vurderte at det fortsatt var et potensial for å forbedre arbeidet med smittevern i helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet ble bedt om å redegjøre for hvordan komiteens merknader er fulgt opp.

#### **2 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging**

Riksrevisjonen ba i brev av 20. mars 2015 Helse- og omsorgsdepartementet om å redegjøre for hvordan komiteens merknader er fulgt opp. Departementet ga sin redegjørelse i brev av 28. april 2015.

Etter strategiens utløp i 2012 har departementet funnet det formålstjenlig å skille områdene sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens fra hverandre i den videre oppfølgingen.

Når det gjelder oppfølgingen av sykehusinfeksjoner, har departementet vurdert at det ikke er behov for å lage en ny strategi på området. Departementet viser til Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester der det går fram at infrastrukturen i kampen mot antibiotikaresistens og helsetjenesteassosierte infeksjoner nå mer eller mindre er på plass i Norge. Departementet mener imidlertid at det gjenstår noen utfordringer. Smittevernarbeidet i helseinstitusjoner er for lite robust, og det mangler implementering av infrastrukturtiltak, spesielt i kommunene. For å imøtekomme disse utfordringene ble den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender (2011–2013)" igangsatt. Dette arbeidet er videreført i 2014 i det 5-årige nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Alle helseforetak er pålagt gjennom oppdragsdokumentet å implementere tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet.

Departementet viser til at norske sykehus, som ledd i pasientsikkerhetsprogrammet, kartlegger pasientskader ved bruk av en internasjonal anerkjent metode Global Trigger Tool (GTT). Hensikten med kartleggingen er at ledere i helseforetakene skal kunne følge forekomsten av pasientskader i virksomheten over tid. Prosedyren er ikke tilstrekkelig presis for å sammenligne resultater mellom helseforetak.

Departementet viser videre til at Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS) er det mest robuste overvåkingssystemet for å følge utviklingen i helsetjenesteassosierte infeksjoner. Sykehusene i Norge har siden 2005 rapportert til NOIS-registeret i Folkehelseinstituttet.

En av de nasjonale kvalitetsindikatorerne er prevalens av sykehusinfeksjoner. Indikatoren gir et øyeblikkstill over antall påviste sykehusinfeksjoner i forhold til antall innlagte pasienter på et gitt tidspunkt. Målingen gjennomføres to ganger i året. Andelen sykehusinfeksjoner er på nasjonalt nivå redusert fra 6 prosent høsten 2012 til 4,7 prosent høsten 2014.<sup>8</sup> Andelen sykehusinfeksjoner er redusert i alle de fire regionale helseforetakene i samme periode.<sup>9</sup>

Riksrevisjonen gjorde i 2012–2013-kontrollen en dybdeundersøkelse i to regionale helseforetak og omfattet Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF, Helgelands- sykehuset HF, Helse Bergen HF og Helse Stavanger HF. Tall fra Helsedirektoratet viser at andelen sykehusinfeksjoner er redusert i alle de fire helseforetakene i perioden fra 4. kvartal 2012 til 4. kvartal 2014.

### **3 Riksrevisjonens vurdering**

Riksrevisjonen har merket seg at det har vært en reduksjon i nivået på sykehusinfeksjoner i perioden etter 2012. Prevalensundersøkelsene viser at andelen sykehusinfeksjoner er redusert i alle de fire regionale helseforetakene i 2014 sammenlignet med 2012. Utviklingen har vært tilsvarende også i de fire helseforetakene som ble undersøkt.

Videre har Riksrevisjonen merket seg at departementet mener det fortsatt gjenstår noen utfordringer knyttet til smittevernsarbeidet i helseinstitusjoner. Etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor viktig at departementet følger opp at det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet som ble etablert i 2014, får ønsket effekt.

Saken er avsluttet.

## **Status for gjennomføring av omstillingsoppdraget til Oslo universitetssykehus HF – Dokument 3:2 (2013–2014)**

### **1 Innledning**

Riksrevisjonens undersøkelse viste at omstillingen ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) ikke har ført til klare forbedringer verken i pasientbehandlingen eller i ressursutnyttelsen. Videre viste undersøkelsen at OUS i omstillingsperioden ikke hadde hatt en sterk nok overordnet styring på tvers av klinikkene for å fjerne flaskehals og sørge for faglige gevinster av omstillingen. Det hadde heller ikke blitt utarbeidet noen gevinstrealiseringsplan som beskriver når og på hvilke områder Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF forventer tydelige forbedringer ved OUS.

Ved behandlingen av Dokument 3:2 (2013–2014) viste kontroll- og konstitusjonskomiteen i sine merknader til kontrollens funn og Riksrevisjonens vurderinger om at det er få klare forbedringer i pasientbehandlingen og ressursutnyttelsen i OUS fra omstillingen startet i 2009 og fram til utgangen av 2012. Komiteen viste til at det ved OUS gjenstår å innføre mange bedre og mer effektive behandlingsskjeder som en del av omstillingen, og at det er et betydelig potensial for å utnytte bedre fagkompetanse og arbeidsformer fra de tidligere adskilte fagmiljøene. Komiteen merket seg at OUS har hatt en for svak overordnet styring på tvers av klinikkene for å fjerne flaskehals og for å sørge for faglige gevinster av omstillingen. Videre merket komiteen seg spørsmålet fra Riksrevisjonen om når og på hvilke områder Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF forventer tydelige forbedringer ved OUS. Komiteen påpekte at det er alvorlig at en så omfattende omstilling gjennomføres uten en plan for forbedring i pasientbehandlingen, eller andre presiseringer på hva som skal bli bedre, og til hvilken tid dette skal gjennomføres.

### **2 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging**

Riksrevisjonen ba i brev av 20. mars 2015 Helse- og omsorgsdepartementet redegjøre for de endringer og tiltak som er gjort for å følge opp kontrollens funn og komiteens merknader. Departementet ga sin redegjørelse i

<sup>8</sup> Kilde: Helsedirektoratet (helsenorge.no) og Nasjonalt folkehelseinstitutt

<sup>9</sup> Det mangler tall for Helse Midt-Norge RHF for 4. kvartal 2012 og 2. kvartal 2013 (helsenorge.no)

brev av 28. april 2015, samt i brev av 5. august 2015 etter oppfølgingsspørsmål fra Riksrevisjonen i brev av 25. juni 2015.

Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at det ikke har stilt egne krav til OUS om gevinster av omstillingen. Departementet viser til at den økonomiske rammen tildelt fra Helse Sør-Øst RHF til OUS reflekterer krav til effekt av omstillingen.

Departementet opplyser at OUS har vedtatt flere planer som hver for seg tar opp deler ved omstillingen, blant annet plan for utnyttelse av bygningsmassen, plan for pasient- sikkerhet, plan for forskningsområdet, samt økonomisk langtidsplan som skisserer investeringer i bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

Videre opplyser departementet at OUS har arbeidet med å utvikle gode systemer for styring og kontroll siden etableringen, og følger krav fra Helse Sør-Øst RHF knyttet til god virksomhetsstyring og oppfølging på styringsparametere. For å sikre sterkere overordnet styring på tvers av klinikkene, startet OUS blant annet et prosjekt i 2014 for å vurdere endringer i organiseringen. Prosjektet skal være avsluttet i 2016. Departementet påpeker at innføringen av felles pasientadministrativt system og pasientjournal (DIPS) i oktober 2014 har gitt bedre grunnlag for gode pasientforløp og samspill på tvers av tidligere sykehusgrenser og nåværende klinikker. I 2014 gjennomførte konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst en revisjon av Hjerte-lunge-kar- klinikken, som belyste svakheter i virksomhetsstyringen. OUS har på bakgrunn av dette satt i gang forbedringsarbeid sentralt og i de øvrige klinikkene. Ifølge departementet vil dette også kunne få betydning for overordnet styring på tvers av klinikkene.

For å fjerne flaskehals har OUS økt kapasiteten innen radiologi og patologi i 2014. Det forventes ikke full effekt før i 2015. Videre viser departementet til at operasjons- kapasiteten og postoperativ kapasitet er økt gjennom 2014. Det har imidlertid vært utfordringer med sengekapasiteten i 2014 ved enkelte klinikker.

Når det gjelder effekter av omstillingen i form av bedre pasientbehandling og ressurs- utnyttelse, viser departementet til at kompliserte prosesser tar tid før de gir full effekt.

Kvalitetsindikatorene som publiseres på helsenorge.no, viser varierende utvikling ved OUS etter 2012. Departementet viser til at et annet utvalg kvalitetsindikatorer, som er innen områder det har vært særlig oppmerksomhet mot, viser en positiv utvikling ved OUS fram til 2014. Videre viser departementet til at flere fagmiljøer har blitt samlet. Departementet peker på at det ikke er lett å kvantifisere "bedre pasientbehandling" til tross for nasjonale og interne kvalitetsregistre.

Departementet viser til at OUS oppfylte sitt økonomiske styringskrav i 2014 og leverte et positivt økonomisk resultat i 2014. I 2015 er det budsjettert med overskudd. Samdata måler produktivitet i sykehusene blant annet ved å se på kostnad per DRG (Diagnose Relatert Gruppe). Samdata-rapporten for 2013 viser at OUS har hatt en reduksjon i kostnader per DRG på 2,9 prosent fra 2012 til 2013. Nedgangen skyldes en kombinasjon av at behandlingstkostnaden er gått ned og at aktiviteten er økt.

### **3 Riksrevisjonens vurdering**

Riksrevisjonen har merket seg at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har stilt egne krav om gevinster av omstillingen ved OUS, men at OUS har vedtatt flere planer for å følge opp deler av omstillingen og satt i gang ulike tiltak som ikke er slutført.

Riksrevisjonen har også merket seg at departementet mener at det vil ta tid før en kan forvente full effekt av omstillingen i form av bedre pasientbehandling og effektiv drift.

Riksrevisjonen registrerer at det ikke er mulig å si noe entydig om utviklingen i pasientbehandling ved OUS etter 2012. Riksrevisjonen registrerer samtidig at OUS har oppfylt sitt økonomiske styringskrav i 2014, og at det samlet sett har vært en positiv utvikling i kostnader per DRG fra 2012 til 2013. Det er imidlertid ikke mulig å vite hvor mye av den positive utviklingen som er effekter av omstillingen.

Riksrevisjonen forutsetter at OUS iverksetter tiltak innen områder hvor det fremdeles er potensial for å utnytte gevinster av omstillingen. OUS sin størrelse og betydning tilsier at både Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet har tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot dette arbeidet også i årene som kommer. Riksrevisjonen vil følge med på utviklingen ved OUS, og vil i de årlige risikovurderingene vurdere om det er behov for en ny undersøkelse på området.

Saken er avsluttet.

## **De regionale helseforetakenes registrering av ventetider – Dokument 3:2 (2012–2013) og Dokument 3:2 (2014–2015)**

### **1 Innledning**

I Dokument 3:2 (2012–2013) rapporterte Riksrevisjonen om at det fortsatt var mangelfull kvalitet på rapporteringen av ventetider, og risiko for at registreringen av ventetider ikke var i samsvar med regelverket.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen avga sin innstilling til Dokument 3:2 (2012–2013) 12. mars 2013, jf. Innst. 234 S (2012–2013). Saken ble fulgt opp i Dokument 3:2 (2014–2015). Riksrevisjonen merket seg at departementet har påbegynt flere tiltak for å bedre kvaliteten på ventelistestatistikken, og det er nødvendig at departementet følger tett opp det videre arbeidet med riktig registrering av ventetid.

Kontroll- og konstitusjonskomiteen avga sin innstilling til Dokument 3:2 (2014–2015) 17. februar 2015 jf. Innst. 179 S (2014–2015). Komiteen delte Riksrevisjonens vurdering av at det er nødvendig at Helse- og omsorgsdepartementet følger tett opp det videre arbeidet med å sikre riktig registrering av ventetid og at saken følges opp.

### **2 Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging**

Riksrevisjonen ba i brev av 20. mars 2015 departementet om å redegjøre for status på iverksetting av de aktuelle tiltakene, og å gi en beskrivelse av hvilke eventuelle effekter tiltakene så langt har hatt for kvaliteten på ventelistestatistikken. Departementet ga sin redegjørelse i brev av 28. april 2015.

Departementet viser til at Helsedirektoratets rapport Kvalitet i Ventelistedata ble publisert i april 2014. Denne ble i løpet av 2014 drøftet i ulike nasjonale og regionale fora. Helsedirektoratet arbeider også med oppdatering av prioriteringsveiledere og et revidert ventelisterundskriv som skal tydeliggjøre regler for registrering av ventelistedata.

Departementet viser til at det er etablert grundigere rapportering av data om pakkeforløp for kreftpasienter fra 1. januar 2015. Dette gjør det mulig å måle på flere tidspunkter i forløpet. Departementet viser også til at Norsk pasientregister arbeider med å videreutvikle ventelistestatistikken, og at det i dette arbeidet er stor oppmerksomhet mot stor differanse mellom tidspunkt for avvikling fra venteliste og dato for aktuell prosedyre. Dårlig kvalitet på enkelte innrapporterte variabler gjør det vanskelig for Norsk pasientregister å vurdere om helseforetakene avviker pasienten fra ventelisten på riktig tidspunkt. Helsedirektoratet har meldt saken inn til Nasjonal IKT-systemeierforum, og saken ble behandlet i juni 2014.

Departementet påpeker at Helsedirektoratets nyere analyser av ventelistestatistikk viser at det fortsatt er store forskjeller i registreringspraksis. Departementet gjør oppmerksom på at noen av tiltakene ennå ikke er ferdigbehandlet og satt i system, slik at det er for tidlig å si noe om den samlede effekten tiltakene har for kvaliteten på ventelistestatistikken.

### **3 Riksrevisjonens vurdering**

Riksrevisjonen har merket seg at departementet har iverksatt eller påbegynt flere tiltak for å bedre ventelistestatistikken. Samtidig har Riksrevisjonen merket seg at det fortsatt er store forskjeller i registreringspraksis, og at det er for tidlig å si noe om effekten tiltakene har for kvaliteten på ventelistestatistikken. Lik og korrekt registreringspraksis er en forutsetning for å kunne vurdere utviklingen i ventetider på tvers av helseforetak. Ventetider er sentral styringsinformasjon og påvirker muligheten pasien-

tene har til å planlegge pasientforløp og velge behandlingssted. Etter Riksrevisjonens vurdering er det derfor nødvendig at departementet fortsatt følger tett opp arbeidet med å sikre riktig registrering av ventetid.

Saken blir fulgt opp.