



Innst. 159 S

(2009–2010)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:23 S (2009–2010)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Arne Olsen, Kari Kjønås Kjos, og Jon Jæger Gåsvatn om tiltak for å sikre økonomisk styring og kostnadskontroll ved helseforetakene

Til Stortinget

Sammendrag

Det fremmes i dokumentet følgende forslag

«I

Stortinget ber Regjeringen innføre en egen årlig sykehusproposisjon.

II

Stortinget ber Regjeringen nedsette en evalueringssgruppe med sikte på å gjennomgå og forbedre pasientklassifiseringssystemets diagnoserelaterte gruppeordninger (DRG).

III

Stortinget ber Regjeringen sørge for at det iverksettes en ekstern gjennomgang av helseforetakene, med tanke på blant annet sertifisering, administrativ styring og økonomikontroll.»

Forslagsstillerne mener at det over flere år har vært manglende kostnadskontroll og budsjett disiplin i sykehussektoren, og viser til Dokument nr. 3:3 (2009–2010), Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene. Forslagsstillerne mener det er et sterkt behov for endringer i struktur,

langsiktighet og kostnadskontroll knyttet til helseforetakenes virksomhet.

Forslagsstillerne foreslår at det skal legges fram en egen sykehusproposisjon hvert år. De mener at det vil øke helseforetakenes mulighet for og evne til å planlegge nødvendige og ønskelige endringer for det påfølgende år. Forslagsstillerne ser klare paralleller mellom den langsiktighet som er nødvendig i kommunesektoren og i sykehussektoren med hensyn til omstillingskrav, størrelse på sektoren og innbyggernes krav om gode tjenester.

Det framholdes at en sykehusproposisjon kan bidra til å gjøre personalmessige omstillinger enklere. Forslagsstillerne viser også til behovet for langsiktighet knyttet til forskning og forskningsbasert undervisning.

Når det gjelder behovet for vedlikehold, nyinvesteringer og strukturendringer på eksisterende bygningsmasse og utstyr, mener forslagsstillerne at dette også vil være enklere å gjennomføre dersom man får en egen proposisjon som avspeiler de politiske forventningene til oppnådd resultat det påfølgende år.

Det er, slik forslagsstillerne ser det, uheldig at sykehusene ikke blir gitt det nødvendige tidsrom til å planlegge for nye oppgaver, særlig når slike ikke fullfinansieres av staten. Forslagsstillerne mener det er et politisk ansvar å tydeliggjøre prioriteringene i helsevesenet, spesielt i de tilfeller hvor nye oppgaver tilføres uten fullfinansiering.

En sykehusproposisjon bør etter forslagsstillerne mening også inneholde en gjennomgang av den reelle situasjonen for det inneværende år, utført av et teknisk beregningsutvalg.

Forslagsstillerne mener det er nødvendig å sette ned en evalueringssgruppe som får i mandat å foreta en gjennomgang av ordningen med diagnoserelaterte grupper (DRG) med sikte på å finne løsninger som ivaretar et innsatsbasert finansieringssystem, og som

samtidig sørger for en rettferdig og fleksibel vekting av DRG-koder.

Forslagsstillerne har merket seg Riksrevisjonens påpeking av at den interne organiseringen knyttet til DRG-systemet ved mange helseforetak er problematisk, og mener det er nødvendig med en gjennomgang av de interne prosessene med sikte på å sørge for en effektiv og god struktur for DRG-fastsetting og andre organisatoriske forhold som i dag er kostnadsdrivende.

Forslagsstillerne mener det må foretas en ekstern gjennomgang av ledelsen ved helseforetakene med tanke på sertifisering, prosjektledelse, økonomistyring mv.

Komiteens merknader

Generelt

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Tore Hagebakken, Are Helseth, Tove Karoline Knutsen, Sonja Mandt og Wenche Olsen, fra Fremskrittspartiet, Jon Jæger Gåsvatn, Kari Kjønnaas Kjos og Per Arne Olsen, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Geir-Ketil Hansen, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Laila Dåvøy, viser til representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Arne Olsen, Kari Kjønnaas Kjos og Jon Jæger Gåsvatn om tiltak for å sikre økonomisk styring og kostnadskontroll ved helseforetakene.

Komiteen deler forslagsstillernes syn på at det er nødvendig å sikre planlegging og langsiktighet i sykehusenes virksomhet både når det gjelder behandlingstilbud, bemanningssituasjon, forskning, vedlikehold og nyinvesteringer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, foreslår at representantforslaget vedlegges protokollen.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener det er behov for en forsterket styring med innholdet i helsepolitikken fra Stortinget og regjeringens side. Dagens system skaper ikke tillit i befolkningen. Dette medlem vil understreke at det må være en politisk styring av helsetjenestene ut fra geografiske, klimatiske og medisinskfaglige forhold. Det trengs et system som hindrer at økonomi alene blir styrende for hvilke sykehustjenester vi skal ha, og hvor de skal utføres. Det må blant annet bli

slutt på å prioritere lønnsomme operasjoner i stedet for å prioritere de sykeste pasientene.

Årlig sykehusproposisjon

Når det gjelder forslag I om å innføre en egen årlig sykehusproposisjon, viser komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, til at Stortinget i 2008 behandlet et lignende forslag, jf. Dokument nr. 8:124 (2007–2008) og Innst. S. nr. 181 (2008–2009). Den gang påpekte komiteens flertall at målet om å sikre pasientene helhetlige tjenester ved å se primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng kunne bli svekket ved å innføre en årlig sykehusproposisjon. Som helse- og omsorgsministeren har påpekt i sitt brev av 18. desember 2009 til komiteen, jf. vedlegg, mener flertallet at arbeidet med samhandlingsreformen har ført til enda større bevissthet på å se de ulike nivåene i helsetjenesten i sammenheng, og at en innføring av en årlig sykehusproposisjon ikke er et riktig grep i dette arbeidet. Flertallet viser til at regjeringen har satt i gang arbeidet med å utvikle Nasjonal helseplan til et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenestene. Flertallet viser i den forbindelse til den politiske plattformen for flertallsregjeringen, hvor det er sagt at Nasjonal helseplan «... skal sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helsetjenesten. For å sikre en reell prioriteringsdebatt skal fylkeskommunene involveres i høringsrundene.» Etter flertallets syn er dette arbeidet, sammen med en konkretisering av samhandlingsreformen, et viktig virkemiddel for en god styring av hele helsetjenesten til det beste for pasienten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti ønsker en bedre og mer langsiktig styring av helseforetakene. Videre mener disse medlemmer at det i lys av samhandlingsreformen vil være hensiktsmessig å vurdere helseforetakene i sammenheng med kommuneøkonomiproposisjonen, slik at det kan sikres bedre samordning mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vises videre til Riksrevisjonens undersøkelse i Dokument nr. 3:3 (2008–2009), der det fremgår at mer langsiktig planlegging er en forutsetning for at omstillingstiltak i helseforetakene skal kunne realiseres. På bakgrunn av dette støtter disse medlemmer forslaget om å innføre en årlig sykehusproposisjon, med den forutsetning at denne inneholder forslag til systemendringer og endringer i finansieringsopplegget, samt at den fremmes sammen med kommuneøkonomiproposisjonen. Det

endelige budsjettet for helseforetakene bør fremmes sammen med statsbudsjettet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre en egen årlig sykehusproposisjon.»

Gjennomgang av DRG-systemet

Komiteen mener det er behov for oppmerksomhet på problemstillinger knyttet til DRG-systemet og ISF-ordningen. Forslagsstillerne ber om at det nedsettes en evalueringsgruppe for å gjennomgå og forbedre pasientklassifiseringssystemets diagnoserelevante gruppeordninger (DRG).

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det er behov for å se mer helhetlig på finansieringssystemet for helseforetakene.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til den politiske plattformen for flertallsregjeringen, hvor regjeringen i forbindelse med det videre arbeidet med samhandlingsreformen og i lys av nasjonale og internasjonale erfaringer vil gjennomgå finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Dette flertallet imøteser dette arbeidet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti støtter forslagsstillerens vurdering av behovet for en forbedring av pasientklassifiseringssystemet DRG. En slik gjennomgang kan gi grunnlag for å motvirke uønskede vridningseffekter og skjevheter i implementeringen av finansieringssystemet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen nedsette en evalueringsgruppe med sikte på å gjennomgå og forbedre pasientklassifiseringssystemets diagnoserelevante gruppeordninger (DRG).»

Ekstern gjennomgang av helseforetakene

Når det gjelder forslag III, viser komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, til helse- og omsorgsministerens grundige svar i brev av 18. desember 2009 på hvorvidt det bør iverksettes en ekstern gjennomgang av helseforetakene, med tanke på blant annet sertifisering, administrativ styring og økonomikontroll. Flertallet

delers helse- og omsorgsministerens syn på at det ikke er behov for en ekstern gjennomgang.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti påpeker at det allerede foreligger en rekke eksterne rapporter om økonomi og aktivitet i helseforetakene, eksempelvis fra Helsedirektoratet, Sintef Helse, Riksrevisjonen og Helsetilsynet. I tillegg er det laget interne rapporter, eksempelvis om mulighetene for bedre samordning av stab og støttefunksjoner på tvers av de regionale helseforetakene.

Slik komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti ser det, bør allerede de foreliggende rapportene følges opp gjennom praktiske tiltak som forbedrer helseforetakenes styring og kontroll med virksomheten. På bakgrunn av dette støtter disse medlemmer ikke forslaget om en ny ekstern gjennomgang av økonomisk styring, sertifisering og administrativ styring. Det vises imidlertid til forslag fra representanter for Høyre i Dokument nr. 8:29 (2008–2009), der det foreslås en ny kvalitetsstrategi for sykehusene herunder kvalitetssertifisering av alle sykehus.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det iverksettes en ekstern gjennomgang av helseforetakene, med tanke på blant annet sertifisering, administrativ styring og økonomikontroll.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen innføre en egen årlig sykehusproposisjon.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen nedsette en evalueringsgruppe med sikte på å gjennomgå og forbedre pasientklassifiseringssystemets diagnoserelevante gruppeordninger (DRG).

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen sørge for at det iverksettes en ekstern gjennomgang av helseforetakene, med tanke på blant annet sertifisering, administrativ styring og økonomikontroll.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Komiteen viser til representantforslaget og merknadene og rår Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

Dokument 8:23 S (2009–2010) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Per Arne Olsen,

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 18. februar 2010

Bent Høie

leder

Geir-Ketil Hansen

ordfører

Kari Kjønås Kjos, og Jon Jæger Gåsvatn om tiltak for å sikre økonomisk styring og kostnadskontroll ved helseforetakene – vedlegges protokollen.

Vedlegg**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til helse- og omsorgskomiteen, datert 18. desember 2009****Dokument nr. 8:23 (2009-2010) - representantforslag fra Per Arne Olsen, Kari Kjønås Kjos og Jon Jæger Gåsvatn om tiltak for å sikre økonomisk styring og kostnadskontroll ved helseforetakene**

Jeg viser til brev av 3.12.2009 fra helse- og omsorgskomiteen vedr. Dokument nr. 8:23 (2009-2010) hvor stortingsrepresentantene Per Arne Olsen, Kari Kjønås Kjos og Jon Jæger Gåsvatn fremmer følgende forslag:

1. Stortinget ber Regjeringen innføre en egen årlig sykehusproposisjon.
2. Stortinget ber Regjeringen nedsette en evalueringssgruppe med sikte på å gjennomgå og forbedre pasientklassifiseringssystemets diagnoserelaterte gruppeordninger (DRG).
3. Stortinget ber Regjeringen sørge for at det iverksettes en ekstern gjennomgang av helseforetakene, med tanke på blant annet sertifisering, administrativ styring og økonomikontroll.

Årlig sykehusproposisjon

"Stortinget ber Regjeringen innføre en egen årlig sykehusproposisjon."

Forslagsstillerne mener det er behov for en egen sykehusproposisjon som hvert år legges frem i samme periode som kommuneproposisjonen. Det vil påvirke helseforetakenes mulighet for, og evne til, å planlegge de nødvendige og ønskelige endringer for de påfølgende år. Det vises til:

- omstillingsproblematikk i sykehussektoren
- endrede oppgavefunksjoner for sykehusene (lettere å planlegge)
- teknisk beregningsutvalg bør opprettes og deres vurdering bør inngå i sykehusproposisjonen

Innledningsvis vil jeg vise til at Stortinget behandlet et lignende forslag, jf. Dok. nr. 8:124 (2007-2008) og Innst. S. nr. 181 (2008-2009), om innføring av en årlig sykehusproposisjon for ett år siden. I debatten den gang ble blant annet behovet for å se kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng vektlagt. Det ble derfor uttrykt skepsis til å innføre en egen sykehusproposisjon etter modell av kommuneproposisjonen.

Arbeidet med samhandlingsreformen har ført til en enda større bevissthet om å se de ulike nivåene i

helsetjenesten i sammenheng. Etter min vurdering blir det derfor ikke et riktig grep å satse på årlige sykehusproposisjoner. I regjeringens stortingsmelding om samhandlingsreformen er det vist til at vi trenger gode nasjonale plansystemer som bedre kan legge til rette for at de ulike delene av helse- og omsorgstjenestene bygges opp med ressurser og kompetanse tilpasset den ønskede helheten.

Regjeringen vil derfor utvikle Nasjonal helseplan til et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten. Planen vil være et virkemiddel for realisering og videreutvikling av nasjonal helse- og omsorgspolitik og en konkretisering av samhandlingsreformen. Nasjonal helse- og omsorgsplan legges fram i 2010.

Stortingsrepresentantene Per Arne Olsen, Kari Kjønås Kjos og Jon Jæger Gåsvatn foreslår videre å opprette et teknisk beregningsutvalg for sykehussektoren. Dette har vi allerede i dag. Etter Stortingets behandling av St.meld. nr. 5 (2003-2004) Inntektsystem for spesialisthelsetjenesten, ble det opprettet et Beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten (BUS) 1. januar 2005. BUS er et rådgivende organ for Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet med BUS er å opparbeide et nøytralt faktagrunnlag om spesialisthelsetjenesten, herunder om aktivitets-, kostnads- og produktivitetsutviklingen. Utvalget utarbeider årlige rapporter.

Gjennomgang av pasientklassifiseringssystemet diagnoserelaterte grupper (DRG)

"Stortinget ber Regjeringen nedsette en evalueringssgruppe med sikte på å gjennomgå og forbedre pasientklassifiseringssystemets diagnoserelaterte gruppeordninger (DRG)."

Ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) bygger på Diagnose Relaterte Grupper (DRG). DRG-systemet gir en forenklet og oversiktlig beskrivelse av den somatiske aktiviteten ved sykehusene. DRG legger til rette for at en får på plass en håndterbar oversikt over pasientbehandlinger med flere tusen ulike diagnoser med like mange ulike behandlinger/prosedyrer. Systemet gjør det blant annet mulig å sammenligne virksomheten i sykehus.

Formålet med ISF-ordningen er å stimulere til oppnåelse av et fastsatt aktivitetsmål på en effektiv måte. ISF-ordningen er rettet mot de regionale helseforetakene. Det er viktig å være oppmerksom på at ordningen ikke er, og heller ikke er ment å være, et

system for treffsikker finansiering av enkeltpasienter eller enkeltavdelinger.

Innsatsstyrt finansiering i kombinasjon med behovsbasert aktivitetssuavhengig basisfinansiering, skal understøtte "sørge for"-ansvaret til de regionale helseforetakene gjennom en mest mulig riktig og rettferdig fordeling av midler uten å svekke overordnet budsjettkontroll. Finansieringen av tjenestene som de regionale helseforetakene har ansvar for, foregår i flere trinn. Staten overfører penger til regionale helseforetak som har et selvstendig ansvar for å benytte disse midlene til å finansiere egne helseforetak og private virksomheter i samsvar med "sørge for"-ansvaret. Denne fleksibiliteten gir de regionale helseforetakene mulighet til å tilpasse finansieringen av helseforetak og private institusjoner til virksomhetenes faktiske kostnadsnivå. Kostnadsnivået kan variere betydelig mellom ulike virksomheter av mange grunner. For eksempel kan private institusjoner spesialisere seg på undergrupper av pasienter som avviker fra gjennomsnittet. Funksjonsfordeling innenfor en region kan videre medføre systematiske ulikheter i pasientsammensetningen i helseforetakene. Da er det rimelig at finansieringen fra det regionale helseforetaket reflekterer dette.

Refusjonen til den enkelte DRG er vektet etter ressursbruk. Vektberegningen gjentas årlig basert på regnskapsførte kostnader eller annen objektiv informasjon om faktisk ressursbruk i helseforetakene.

ISF-systemet baserer seg på data om pasientene og pasientbehandlingen. Legen har ansvaret for at nødvendig informasjon om pasientens tilstand og behandling blir dokumentert og registrert, herunder medisinsk koding. Det er legen som skal stille pasientens diagnose og velge den rette statistiske kategorien for denne. Tilsvarende kategoriseres og registreres også operasjoner eller andre behandlinger som er utført. Selve DRG-plasseringen skjer automatisk i et dataprogram. I realiteten trenger altså ikke legen eller annet helsepersonell å bruke tid på å velge DRG. Når medisinske registreringer brukes som grunnlag for en betydelig del av finansieringen, blir det naturlig noe fokus på koding og inntekter.

Det er viktig at ISF-ordningen som system er mest mulig riktig og rettferdig. Flere forhold kan påvirke dette, bl.a. innholdet i den enkelte DRG, vektingen og kvaliteten på den medisinske kodingen.

Det er viktig med god kostnadsinformasjon som grunnlag for vekting og vurdering av DRG-plassering. Dette er et kontinuerlig arbeid som det er stor oppmerksomhet om. Arbeidet innebærer bl.a. muligheter til i større grad å identifisere faktisk ressursbruk knyttet til den enkelte pasientbehandling. Dette er et arbeid som vektlegges kontinuerlig, heller enn gjennom en egen arbeidsgruppe.

God kodekvalitet er viktig både for å sikre at styringsinformasjonen er så god som mulig, at man skal få pålitelig statistikk for forskning og utvikling, og som grunnlag for ISF. For at ISF-ordningen skal oppleves som riktig og rettferdig når midlene fordeles fra de regionale helseforetakene, er det viktig at kodingen er mest mulig ensartet og stabil. Helsedirektoratet har som en oppfølging av bl.a. Riksrevisjonens rapport fra 2006, startet et samarbeid med de regionale helseforetakene i februar 2007 for å bedre kvaliteten på den medisinske kodingen. Hovedvekten er lagt på å øke kompetansen hos de som foretar koding. I dagens praksis er dette først og fremst leger. Det er imidlertid etablert "kodekontorer" i noen helseforetak som gjennomgår og kvalitetssikrer registreringene. Vi har ikke en samlet oversikt over hvor mye tid og ressurser som brukes i denne type interne prosesser eller hvilken betydning dette har for kvaliteten på den medisinske kodingen.

En gjennomgang av ISF-ordningen Helsedirektoratet gjorde på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet våren 2007, avdekket en bekymring blant ledere i sykehussektoren for at ISF-systemet har fått for stor gjennomslagskraft ut i de tjenesteytende ledd. Mange steder settes det inntektskrav i form av antall produserte DRG-poeng helt ned på den enkelte avdeling. Det ble videre pekt på behovet for en ytterligere klargjøring av mål og anvendelsesområde for ordningen. Det er fortsatt behov for oppmerksomhet om denne problemstillingen.

Gjennomgang av helseforetakene med tanke på sertifisering, administrativ styring og internkontroll

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at det iverksettes en ekstern gjennomgang av helseforetakene, med tanke på blant annet sertifisering, administrativ styring og økonomikontroll."

Representantene viser til Riksrevisjonens Dokument 3:3 (2009-2010) hvor Riksrevisjonen viser til at mange av helseforetakene har skiftet direktør og økonomidirektør i en to års periode. Det vises videre til at Riksrevisjonen mener at kontinuitet og langsiktig fokus i ledelsen er en forutsetning for å lykkes med omstilling. Det vises forøvrig til at Riksrevisjonen oppgir at manglende realisering av omstillingstiltak er en svært viktig årsak til at de regionale helseforetakene ikke tilfredsstilte eiers økonomiske styringskrav i 2008. Forslagsstillerne stiller spørsmål ved om forholdene rundt god ledelse, gode styringsstrukturer og rutiner er ivaretatt på en tilstrekkelig god måte og mener at det må foretas en ekstern gjennomgang av ledelsen ved helseforetakene med tanke på sertifisering, prosjektledelse, økonomistyring mv. Forslagsstillerne mener at det mest hensiktsmessige er om man lager en struktur på dette som omfatter alle hel-

seregioner, for på den måten å fange opp forbedringsmuligheter i helseforetakene som helhet. Forslagsstillerne mener videre at nedleggelse av de regionale helseforetakene vil være nødvendig for å få en god og effektiv drift av sykehusene.

De regionale helseforetakenes styrer har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet, herunder eieransvar for helseforetakene. Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målet om å yte gode og likeverdige helsetjenester til alle. Styret skal videre følge opp at vedtekter, vedtak og budsjetter følges opp. Styret har videre et ansvar for at det er god intern kontroll, og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Det er også styrene som vanligvis vil vurdere behov for eksterne gjennomganger, inkl. behov for kvalitetssikringssystemer. Det foregår allerede atskillige aktiviteter knyttet til sertifisering eller akkreditering i helseforetakene, der hvor de regionale helseforetakene har vurdert at det er et behov for dette.

Jeg har tillit til at styrene for de regionale helseforetakene og styrene for helseforetakene sikrer at en har administrasjoner med tilstrekkelig kompetanse. Jeg vil i den forbindelse også peke på at vilkårene som offentlig sektor tilbyr er av betydning. Helseforetakene er krevende å styre, og det er nødvendig med et tilstrekkelig antall administrativt tilsatte og at man har ansatte med god kompetanse.

Ledere i helseforetak har krevende posisjoner, og det vil være flere årsaker til at ledere ikke blir i stillingene over flere år. I noen tilfeller har det også vært riktig at ledere har skiftet jobb. Jeg mener at vi ikke har et ledelses- eller styringsproblem nå som skulle tilsi behov for ekstern kvalitetssikring og gjennomgang.

Jeg vil vise til at regnskapene i 2009 viser en positiv utvikling i forhold til å nå eiers styringskrav. Det legges ned et betydelig arbeid med å sikre økonomisk kontroll i sykehusene. Det er etablert gjennomgående styrings- og oppfølgingssystemer, og resultatutviklingen de siste tre årene har vært inne i en positiv utvikling. De siste prognosene jeg har mottatt viser at helseforetakene samlet sett vil være svært nær økonomisk balanse i 2009. Jeg vil i egenskap av eier av de regionale helseforetakene gå nøye gjennom de funn som Riksrevisjonen legger fram i Doku-

ment 3:3 (2009-2010) og følge disse opp i min eierstyring av de regionale helseforetakene. Jeg ser på denne bakgrunn ikke behov for å sette i verk ytterligere eksterne gjennomganger på dette området nå.

Jeg vil også vise til at de regionale helseforetakene har etablert flere samarbeidsarenaer om problemstillinger som oppleves som felles, blant annet når det gjelder utfordringer knyttet til ledelse, styringssystemer og rutiner. Det benyttes også eksterne der det er nødvendig. Det er etablert et samarbeid mellom de regionale helseforetakene om ledelsesutviklingstiltak bl.a. gjennom felles topplederprogram og nasjonale direktørsamlinger. Tiltakene skal bidra til felles holdninger, kunnskap og ferdigheter hos lederne i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder sertifisering av sykehus, ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag for 2009 å vurdere sertifisering eller akkreditering som virkemiddel i arbeidet med sikkerhet og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Jeg viser i den forbindelse også til at Stortinget 14.5.2009 behandlet et forslag om å utarbeide en helhetlig kvalitetsstrategi for sykehusene, jf. Dokument nr. 8:29 (2008-2009) og Innst. S. nr. 204 (2008-2009).

Helsedirektoratet har nylig oversendt sin rapport til departementet. Direktoratet viser til at sertifisering eller akkreditering kan være et virkemiddel for å oppfylle kravene som ligger i gjeldende lover og forskrifter for helsetjenesten, spesielt kravet om internkontroll. Samtidig vises det til at styrings- og ledelsesystemer kan utvikles og kontrolleres gjennom en tydeliggjøring av internkontrollkravene, med oppfølging fra virksomhetens eiere og fra tilsynsmyndighetene. Generelt understrekes det at akkreditering synes å være mest anvendbart i virksomheter der en kan definere tydelige måleparametre. Direktoratets hovedkonklusjon og tilrådning er at sertifisering eller akkreditering ikke bør innføres som et statlig krav til helseinstitusjoner.

Jeg ser i dag ikke noe behov for å pålegge de regionale helseforetakene eksterne gjennomganger i underliggende helseforetak med tanke på sertifisering, administrativ styring og økonomikontroll. Jeg vil imidlertid følge arbeidet i de regionale helseforetakene på disse områdene og sikre meg at arbeidet gir gode resultater.

