



Innst. 169 S

(2009–2010)

**Innstilling til Stortinget
fra kontroll- og konstitusjonskomiteen**

Dokument 3:3 (2009–2010)

**Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse
av økonomistyring i helseforetakene**

Vedlegg 2: Referat fra åpen høring



Innst. 169 S

(2009–2010)

Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:3 (2009–2010)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene

1.1.1 Innledning

Det har vært en sterk vekst i helseforetakenes driftskostnader i perioden 2002 til 2008. De regionale helseforetakenes samlede driftskostnader økte fra 57 mrd. kroner i 2002 til 87 mrd. kroner i 2008. Noe av veksten i driftskostnader skyldes at de regionale helseforetakene har fått nye oppgaver. Når det tas hensyn til nye oppgaver, har det likevel vært en årlig realvekst i driftskostnadene på mellom en og fire prosent i perioden 2002 til 2008. I 2009 er det bevilget mer enn 100 mrd. kroner til spesialisthelsetjenesten.

Stortinget har gjennom mange år framhevet at de regionale helseforetakene skal ha en effektiv ressursutnyttelse og en god kostnadskontroll. De regionale helseforetakene har i perioden 2002 til 2008 hatt et akkumulert regnskapsmessig underskudd på ca. 25 mrd. kroner. En stor del av underskuddet er styrt fra eier, men de regionale helseforetakene har likevel overskredet Stortingets økonomiske rammer i hele denne perioden. De regionale helseforetakene hadde et samlet regnskapsmessig underskudd for 2008 som avviker med 700 mill. kroner fra eiers økonomiske styringskrav.

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for at helseforetakene kan gjøre de riktige fag-

lige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Vedvarende underskudd på den ordinære driften er ikke bærekraftig, og foretakene må tilpasse seg de økonomiske rammebetingelsene som er lagt for sektoren.

Formålet med undersøkelsen har vært å belyse økonomistyringen i helseforetakene for å bidra til en bedre nasjonal kostnadskontroll i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen har omfattet følgende problemstillinger:

- I hvilken grad har de regionale helseforetakene ivaretatt eiers økonomiske styringskrav?
- Hvordan sikrer helseforetakene at økonomistyringen bidrar til å ivareta eiers krav til økonomisk resultat og god kostnadskontroll?
- Hvordan legger de regionale helseforetakene til rette for en god økonomistyring i helseforetakene?
- I hvilken grad har Helse- og omsorgsdepartementet lagt til rette for at de regionale helseforetakene og helseforetakene skal kunne utøve god økonomistyring?

1.1.2 Oppsummering av undersøkelsen

Problemstillingene er belyst ved hjelp av intervjuer, dokumentanalyse og en spørreskjemaundersøkelse til helseforetakene.

Dokumentet redegjør nærmere for gjennomføringen av undersøkelsen.

1.1.3 De regionale helseforetakene har i varierende grad ivaretatt eiers økonomiske styringskrav

De regionale helseforetakene har hatt et akkumulert regnskapsmessig underskudd på 25 mrd. kroner i perioden 2002 til 2008, noe som har redusert egenkapitalen med 38 prosent. En stor del av dette underskuddet er styrt fra eier. Det korrigerte resultatkravet

som departementet har styrt de regionale helseforetakene etter, har vært unntatt for deler av avskrivingskostnadene og deler av pensjonskostnadene. Det framgår av St.prp. nr. 1 (2008–2009) at det per 31. desember 2007 var et akkumulert underskudd på 9,4 mrd. kroner, sammenlignet med resultatkravet.

De regionale helseforetakene overskred eiers økonomiske styringskrav i hele perioden fra 2002 til 2008, men størrelsen på overskridelsene har variert fra år til år. I 2007 overskred de eiers styringskrav med 1 450 mill. kroner. Til tross for en tilleggsbevilgning på 500 mill. kroner, overskred de eiers styringskrav med 700 mill. kroner i 2008. I undersøkelsen pekes det på at et vedvarende regnskapsmessig underskudd ikke kan fortsette på lang sikt uten at det tilføres ny egenkapital fra eier. Det er uakseptabelt at de regionale helseforetakene over flere år ikke tilpasser seg de økonomiske rammebetingelsene fra eier.

Helse- og omsorgsdepartementet peker på at selv om det i lov om helseforetak står at egenkapitalen skal være på et forsvarlig nivå, så kan helseforetakene ikke slå konkurs og med sikre inntekter fra staten og med staten som långiver, så er egenkapitalens størrelse i realiteten av liten betydning.

De regionale helseforetakene har i varierende grad ivaretatt eiers økonomiske styringskrav i perioden 2002 til 2008. Tidligere Helse Øst tilfredsstilte i stor grad eiers styringskrav. I Dokument nr. 1 (2006–2007) påviste Riksrevisjonen at økonomistyringen i Helse Midt-Norge var ute av kontroll. Helse Midt-Norge var det eneste regionale helseforetaket som tilfredsstilte eiers økonomiske styringskrav i 2007 og 2008. Videre nådde ni helseforetak eiers økonomiske styringskrav i 2008.

Gjennom de siste årene har de regionale helseforetakene i sine årlige meldinger beskrevet noen årsaker til manglende oppfyllelse av eiers økonomiske styringskrav. I 2006 ble medikament- og personalkostnader trukket fram som en viktig årsak til avviket fra eiers økonomiske styringskrav. I de årlige meldingene for 2007 og 2008 ble manglende realisering av omstillingstiltak beskrevet som en viktig årsak til at det økonomiske styringskravet ikke ble nådd.

Direktørene og økonomidirektørene som ble intervjuet i helseforetakene gir uttrykk for at økonomien påvirkes av en del eksterne forhold som de i begrenset grad kan påvirke på kort sikt. For eksempel blir økte kostnader til pasienttransport der aktører utenfor helseforetakene er rekvirenter, og utskrivningsklare pasienter som tar opp deler av kapasiteten på grunn av manglende mottakskapasitet i kommunene, trukket fram som forhold de selv ikke kan styre på kort sikt. Videre opplever mange ledere at helseforetakene ikke har blitt tilstrekkelig kompensert når de har fått ansvar for nye oppgaver. Eksempler på nye oppgaver er utgifter til pasienttransport og finansier-

ingen av TNF-hemmere. I tillegg mener mange ledere i helseforetakene at tydeligere forventninger og et mer langsiktig perspektiv fra eier kan bidra til en bedre økonomistyring i helseforetakene. Til tross for at lederne peker på en del forhold de har liten mulighet for å påvirke selv, understreker både direktørene og økonomidirektørene som ble intervjuet at de selv har betydelige muligheter til å iverksette tiltak som kan bidra til å nå det økonomiske styringskravet.

Undersøkelsen viser at samtlige helseforetak mener at de regionale helseforetakene i større grad bør bidra til mer samarbeid mellom helseforetakene på området økonomistyring. Mange helseforetak ønsker spesielt at de regionale helseforetakene skal bidra med systematisk benchmarking i foretaksgruppen. Ved bruk av benchmarking sammenlignes driften i én enhet over tid, eller enheten sammenlignes med andre enheter. Et viktig formål med benchmarking er å sammenligne både finansielle og ikke-finansielle størrelser for å få informasjon som kan brukes til læring og forbedring av driften.

Departementet gir uttrykk for at rapporten kan bidra til erfaringsoverføring mellom de regionale helseforetakene og helseforetakene. Departementet mener blant annet at funnene omkring sammenhengen mellom langsiktig planlegging og realisering av omstillingstiltak er godt egnet til dette formålet. Departementet peker på at det nå arbeides mye med erfaringsoverføring innenfor området økonomistyring. Det er blant annet etablert nasjonale kompetansenettverk for både økonomi- og likviditetsstyring. Det er også etablert en rekke ulike samarbeidsfora som for eksempel møter mellom direktører, økonomidirektører og regnskapssjefer.

1.1.4 Tydeligere forventninger og et mer langsiktig perspektiv fra eier kan bidra til bedre økonomistyring

1.1.4.1 EIER MÅ LEGGE MER VEKT PÅ FORUTSIGBARHET OG LANGSIKTIGHET I STYRINGEN

Undersøkelsen viser at både de regionale helseforetakene og helseforetakene ønsker mer langsiktighet og forutsigbarhet fra departementet som eier. Eier gir vilkår for bevilgningene i oppdragsdokumentet og stiller økonomiske krav i foretaksmøtet. Undersøkelsen viser at disse vilkårene og kravene ikke er tidsmessig koordinert med helseforetakenes plan- og budsjettprosess. Oppdragsdokumentet kommer til helseforetakene to måneder etter at de har vedtatt budsjettet. Helseforetakene mener at det er utfordrende at vilkårene i oppdragsdokumentet og kravene som er gitt i foretaksmøtet, i begrenset grad kan tas hensyn til i budsjettprosessen. Spesielt ved nye resultatkrav og endringer i etablerte resultatkrav,

reduseres helseforetakenes mulighet til å nå de helsepolitiske målene som eier gir i oppdragsdokumentet.

De regionale helseforetakene får signaler fra departementet om hva oppdragsdokumentet vil omfatte, før det foreligger. De regionale helseforetakene har derfor et ansvar for å viderekommunisere disse signalene i egen foretaksgruppe. Undersøkelsen viser at mange helseforetak mener at det vil være enklere å planlegge neste års drift dersom styrings-signalerne fra eier kom tidligere. Departementet og de regionale helseforetakene bør derfor vurdere tiltak som kan sikre at vilkår som gis i oppdragsdokumentet, og krav i foretaksmøtet, kan integreres bedre med budsjettprosessen i helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet peker på at de regionale helseforetakene får utkast til oppdragsdokument for kommende år så raskt som mulig etter at forslag til statsbudsjett er lagt fram.

Undersøkelsen viser at både enkelte regionale helseforetak og flere helseforetak har iverksatt tiltak for selv å skape mer forutsigbarhet for neste års drift. Flere regionale helseforetak har blant annet nå etablert eller planlegger å innføre et rullerende langtidsbudsjett. Innføring av langtidsbudsjett kan gi et bedre grunnlag for både å synliggjøre framtidige økonomiske utfordringer og å gi mer forutsigbarhet for helseforetakene når de skal utarbeide neste års budsjett. Undersøkelsen viser at tiltak som først gir økonomisk gevinst på lang sikt ofte ikke blir prioritert ved valg av omstillingstiltak. Et langtidsbudsjett kan bidra til at eventuelle framtidige besparelser av investeringer blir synliggjort.

Det framgår av undersøkelsen at et budsjettavvik som skyldes et høyere aktivitetsnivå enn planlagt, ofte brukes som argument blant budsjettansvarlige ledere på lavere nivåer i helseforetakene for å få tilført mer ressurser. Nesten halvparten av lederne i spørreskjemaundersøkelsen svarer at de bruker aktivitetsavvik i stor grad til å argumentere for å få tildelt mer ressurser. I perioden 2003 til 2007 var aktivitetsveksten innenfor de aktivitetsbaserte finansieringsordningene høyere enn forutsatt. Eier har i samme periode håndtert deler av underskuddet i de regionale helseforetakene med tilleggsbevilgninger i løpet av året. Gjentatte tilleggsbevilgninger kan oppfattes som at eier gir tilslutning til overskridelsene ved at budsjettet blir tilpasset faktisk aktivitet og ikke motsatt. Forventninger om tilleggsbevilgninger kan derfor øke risikoen for blant annet at planlagte og nødvendige omstillingstiltak ikke gjennomføres eller prioriteres i tilstrekkelig grad i de kliniske enhetene.

Departementet er enig i at tilleggsbevilgninger reduserer muligheten for å gjennomføre reell budsjettstyring i helseforetakene. Departementet viser samtidig til at det alltid vil kunne være særskilte

saker hvor regjering og Storting finner det nødvendig med tilleggsbevilgninger.

1.1.4.2 OPPDRAGSDOKUMENTET HAR MANGE OG DETALJERTE STYRINGSKRAV

Oppdragsdokumentet gir oversikt over hvilke krav og forventninger eier har til de regionale helseforetakene, og angir prioritering av innsatsområder. Alle krav i oppdragsdokumentet er prioriterte områder og skal oppfylles. Samtidig viser undersøkelsen at oppdragsdokumentet inneholder svært mange og detaljerte mål. Undersøkelsen viser at både de regionale helseforetakene og helseforetakene mener det ikke er mulig å nå alle målene samtidig, og at det derfor i stor grad er opp til det enkelte helseforetak å prioritere mellom hvilke mål som er viktigst å oppfylle.

Departementet gir uttrykk for at det må arbeides videre med oppdragsdokumentet, både på bakgrunn av funnene i denne undersøkelsen, og fordi rapporteringen fra de regionale helseforetakene ikke er god nok. Departementet peker likevel på at det er utfordrende å tilfredsstille helseforetakenes ønsker om tydeligere krav og styring fra eier, samtidig som de mener at kravene er for mange og detaljerte.

Helseforetakene mener at oppdragsdokumentet fra de regionale helseforetakene i stor grad er en videreføring av kravene som gis i oppdragsdokumentet fra departementet. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene kan gi helseforetakene et tydeligere styringsdokument og bli bedre til å ivareta bestillerrollen, ved blant annet å tilpasse de nasjonale målene knyttet til behandlingsaktivitet til hvert helseforetak og tilpasse kravene i oppdragsdokumentet til regionens strategiske utfordringer.

1.1.4.3 RESULTATRAPPORTERINGEN ER OMFATTENDE

Departementet har i de siste årene etablert en tettere oppfølging av de regionale helseforetakene. Tilsvarende har de regionale helseforetakene etablert en tettere økonomisk oppfølging av helseforetakene. Både de regionale helseforetakene og helseforetakene opplever at det har blitt en bedre og mer systematisk oppfølging og at rapporteringen av økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet til departementet er relevant. Helseforetakene bruker imidlertid mye ressurser på å rapportere på alle kravene som stilles fra eier i oppdragsdokumentet og i foretaksmøtet. Helseforetakene mener dette gir økonomimedarbeiderne mindre kapasitet til å bistå de budsjettansvarlige lederne i de kliniske enhetene.

Helseforetakenes økonomiske situasjon viser at det var behov for at departementet etablerte en tettere økonomisk oppfølging av de regionale helseforetakene. Undersøkelsen viser samtidig at tilgangen på økonomimedarbeidere i mange helseforetak er

begrenset. Det er derfor viktig at departementets krav til rapportering fra helseforetakene ikke gis større omfang enn nødvendig for eiers behov for styring og oppfølging.

1.1.5 Helseforetakene har hatt manglende kontinuitet i sentrale lederfunksjoner

Undersøkelsen viser at kontinuitet i ledelsen er viktig for at helseforetakene skal etablere god økonomistyring. Helseforetak er virksomheter med høye krav til spesialistkompetanse på lavere nivåer i organisasjonen. I en sterk fagkultur er det viktig at fagpersonellet involveres for å skape legitimitet i endringsprosesser. Endringer i helseforetakene forutsetter forståelse og aksept for, og vilje til å gjennomføre endringer blant det kliniske personellet. Uten et flerårig perspektiv og god dialog med de ansatte kan det være vanskelig å skape substansielle resultater. Det er derfor bekymringsfullt at undersøkelsen viser at det er svært lav kontinuitet i ledelsen i helseforetakene. Mer enn halvparten av helseforetakene fikk ny økonomidirektør i 2007 eller 2008. Nesten halvparten av helseforetakene har også fått ny direktør i perioden 2006–2008. Det er også mange helseforetak som har skiftet både direktør og økonomidirektør i samme periode. Dette må skape store utfordringer for helseforetakene med hensyn til å få til nødvendige omstillinger og oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll.

1.1.6 Mange helseforetak bør starte budsjettprosessen tidligere for å oppnå økonomisk effekt av omstillingstiltak

God økonomistyring innebærer at helseforetak og kliniske enheter tilpasser driften innenfor de økonomiske rammene som gis. Hvis driften ikke er tilpasset de økonomiske rammene, må helseforetakene identifisere en rekke omstillingstiltak i budsjettprosessen. Det framgår av undersøkelsen at budsjettprosessen i mange helseforetak ikke starter tidlig nok til å kunne både identifisere, planlegge og iverksette omstillingstiltakene slik at de gir effekt fra begynnelsen av budsjettåret. Med unntak av Helse Midt-Norge som tilfredsstilte eiers økonomiske styringskrav i 2008, planla de regionale helseforetakene i 2008 å realisere nesten halvparten av effekten av omstillingstiltakene i 3. tertial. Selv om ledelsen følger opp måloppnåelsen av planlagte tiltak aktivt, vil det i 3. tertial være for sent å iverksette kompenserende tiltak for inneværende budsjettår dersom de valgte tiltakene ikke får den forventede effekten. En planlegging som sikrer effekt av omstillingstiltakene allerede fra årets begynnelse, vil derfor redusere risikoen for manglende oppfyllelse av eiers økonomiske styringskrav.

Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til når det arbeides intensivt i de kliniske enhetene med å identifisere nødvendige omstillingstiltak. Undersøkelsen viser eksempler på helseforetak som oppnår 100 prosent realisering av planlagte omstillingstiltak. Et kjennetegn ved disse helseforetakene er at de starter budsjettprosessen tidligere enn mange andre helseforetak. Dette begrunnes med at tidligere oppstart av budsjettprosessen bidrar til bedre prosesser og forankring av omstillingstiltakene i de kliniske enhetene, i tillegg til at helseforetaket oppnår helårseffekt av tiltakene.

I tillegg til dårlig planlegging er intern motstand en viktig årsak til manglende realisering av effekter av omstillingstiltak. I spørreskjemaundersøkelsen svarer tilnærmet halvparten av de budsjettansvarlige lederne at intern motstand i enheten i stor grad er årsak til manglende økonomisk effekt av omstillingstiltakene. Det er en klar tendens til at tidlig og aktiv involvering av de ansatte når omstillingstiltakene skal prioriteres, gir en positiv effekt i budsjettsammenheng.

Det er stor variasjon mellom helseforetakene med hensyn til realiseringsgraden for iverksatte tiltak. Mange av helseforetakene som oppnådde høy realiseringsgrad, oppfylte også eiers økonomiske styringskrav i 2008. Samtidig viser undersøkelsen at fire av de fem helseforetakene som hadde et underskudd som avvek mer enn 100 mill. fra eiers økonomiske styringskrav, hadde lav realiseringsgrad for sine omstillingstiltak.

1.1.7 Mange budsjettansvarlige ledere blir ikke tilstrekkelig involvert i budsjettprosessen

Undersøkelsen viser at mange helseforetak kan redusere risikoen for manglende oppfyllelse av eiers økonomiske styringskrav ved å etablere tiltak som sikrer at flere ledere lenger ned i virksomheten i større grad blir involvert i budsjettprosessen. Det er en klar tendens til at ledere som i stor grad er involvert i budsjettprosessen, i større grad har forståelse for styringskravene fra overordnet enhet. Ni av ti ledere, som i svært stor grad er involvert i budsjettprosessen, opplever styringskravene som relevante. Ledere som i mindre grad er involvert i budsjettprosessen, opplever styringskravene som mindre relevante. Videre viser undersøkelsen en tendens til at ledere som i stor grad deltar i budsjettprosessen, mener at den sikrer en god fordeling av ressurser mellom enhetene i helseforetaket. Dette bidrar til at lederne får større eierskap til eget og helseforetakets budsjett, og at budsjettet i større grad blir en rettesnor i den daglige styringen.

I mange helseforetak er budsjettprosessen ikke tilstrekkelig standardisert, noe som gir en uensartet styring i klinikkene. Lederne på nivået under direktør-

ren gis stor frihet til å planlegge og organisere budsjettprosessen i egen klinikk. Budsjettprosessen kan derfor variere mye mellom ulike klinikker i samme helseforetak. Dette kan være en forklaring på at mange ledere på lavere nivåer mener at budsjettprosessen ikke er godt planlagt, at det brukes for lite tid på den, og at de i ulik grad er involvert i prosessen. Samtidig mener mange ledere for kliniske enheter at de mangler skriftlige rutiner og retningslinjer for å styre økonomien i enhetene. Mange helseforetak bør derfor etablere mer enhetlige og standardiserte budsjetterings- og oppfølgingsprosesser for å sikre en helhetlig internkontroll.

1.1.8 Mange mellomledere mener at de ikke har tid og nødvendig økonomikompetanse til å styre økonomien i enheten

De fleste lederne på nivået under direktøren er ledere på heltid, og de mener selv at de har tilstrekkelig kapasitet til å styre enhetene. Undersøkelsen viser imidlertid at nesten halvparten av lederne på lavere nivåer mener at de selv ikke har tilstrekkelig kapasitet til å styre økonomien i enheten.

Mange helseforetak har delegert budsjettansvaret for å ansvarliggjøre ledere på det nivået der kostnadene genereres. For å sikre god kostnadskontroll er det viktig at de budsjettansvarlige har tilstrekkelig økonomikompetanse. Det framgår av undersøkelsen at mange ledere på de laveste nivåene mener at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å styre økonomien i enheten. Undersøkelsen viser at helseforetakene har utfordringer med å lære opp lederne på de laveste nivåene. I mange helseforetak er det samtidig slik at økonomimedarbeiderne ikke har tilstrekkelig kapasitet til å bistå lederne på de laveste nivåene i helseforetakene.

Den økonomiske oppfølgingen av ledere på alle nivåer i helseforetakene har blitt tettere. Graden av oppfølging kan imidlertid variere mellom ulike klinikker i samme helseforetak. Undersøkelsen viser at det er en stor utfordring at mange ledere ikke har kapasitet til å følge opp underordnede ledere på en systematisk måte. Dette øker risikoen for at eiers økonomiske styringskrav ikke nås.

Lønnskostnadene utgjør en betydelig andel av helseforetakenes driftsutgifter. God økonomistyring krever derfor at bemanningen er tilpasset behandlingsaktiviteten. Et flertall av lederne på alle nivåer i helseforetakene mener at bemanningsplanen i for liten grad tilpasses variasjoner i faktisk behandlingsaktivitet. Undersøkelsen viser at det er bred enighet blant ledere på alle nivåer om at personalressursene kan utnyttes på en mer fleksibel og bedre måte. Videre mener et stort flertall av økonomidirektørene at ledelsen i for liten grad fokuserer på effektiv utnyttelse av personalressursene i oppfølgingen av de kli-

niske enhetene. De fleste økonomidirektørene mener også at det i for liten grad gjennomføres analyser som belyser variasjoner mellom behandlingsaktivitet og bemanningsnivå. Flere helseforetak har innført et nytt verktøy for personalplanlegging for å oppnå en mer effektiv drift. For å oppnå god kostnadskontroll er det likevel også avgjørende å rette økt ledelsesmessig oppmerksomhet på utnyttelsen av personalressursene.

Fram til 2003 var et viktig formål med innsatsstyrt finansiering (ISF) å øke behandlingsaktiviteten for å redusere pasientenes ventetid til behandling. De fleste helseforetakene viderefører ISF-refusjonen til de kliniske enhetene. Samtidig viser undersøkelsen at over halvparten av lederne for enheter som mottar ISF-refusjon, ikke kjenner til at siden 2003 har formålet med ordningen vært at aktivitetsmålet skal nås på en mest mulig effektiv måte. Mange ledere tror at formålet med ordningen er å oppnå høyest mulig aktivitet. Undersøkelsen viser at det kreves økt ledelsesmessig oppmerksomhet med å spre kunnskap om formålet med ordningen. ISF skal stimulere helseforetakene til å identifisere og fjerne flaskehalser som hindrer effektiv pasientbehandling.

Aktiviteten i én klinisk enhet påvirkes ofte av aktivitetsnivået i andre kliniske enheter. Dette skaper et koordineringsbehov mellom enhetene for å sikre en effektiv pasientflyt. Et tett samarbeid i planleggings- og budsjetteringsprosessen er derfor nødvendig, både for å unngå flaskehalser i pasientflyten og for å tilpasse bemanningsplanen til variasjoner i behandlingsaktiviteten. Mange ledere prioriterer ikke eller har ikke tilstrekkelig kapasitet til å være med i prosesser som skal sikre et bedre samarbeid på tvers av enhetene. Undersøkelsen viser at mange helseforetak kan forbedre koordineringen og samarbeidet mellom de kliniske enhetene.

1.1.9 Gode styringsdata og mer langsiktig fokus kan bidra til en bedre kostnadskontroll

Undersøkelsen viser at det er en klar tendens til at budsjettene til mange kliniske enheter i hovedsak videreføres fra et år til et annet. Mange ledere i undersøkelsen trekker fram at dette innebærer en risiko for at skjevheter i ressursfordelingen mellom kliniske enheter videreføres fra år til år. Dette skyldes dels at ledere på høyere nivå ikke har tilstrekkelig informasjon om et høyt ressursforbruk er medisinsk begrunnet, eller om det skyldes ineffektiv drift. Undersøkelsen viser derfor et behov for å videreutvikle og i større grad ta i bruk indikatorer som kobler informasjon om aktivitet, bemanning og ressursbruk. Denne typen styringsindikatorer kan bidra til at de budsjettansvarlige vil oppleve at helseforetakets budsjett fordeles på en mer objektiv måte mellom de kliniske enhetene.

I foretaksmøtet i 2008 ble det framhevet at omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv drift på lang sikt, skal prioriteres framfor tiltak med kortsiktige engangseffekter. Undersøkelsen viser at det i helseforetakene fokuseres mye på å oppnå økonomisk balanse i innværende år. I spørreskjemaundersøkelsen er tilnærmet alle budsjettansvarlige ledere enige i påstanden om at tiltak som har forventet økonomisk effekt på kort sikt, blir prioritert. Samtidig er nesten halvparten av lederne enige i påstanden om at tiltak som først på lang sikt gir økonomisk effekt, blir nedprioritert i valg mellom omstillingstiltak. Dette kan føre til at investeringer, som først på lengre sikt gir driftsbesparelser, blir nedprioritert. Undersøkelsen viser at det bør utvikles styringsdata som gir bedre kostnadskontroll, og som samtidig legger til rette for et mer langsiktig perspektiv i styringen i de kliniske enhetene.

Undersøkelsen viser at budsjettprosessen i mange helseforetak ikke i tilstrekkelig grad tar utgangspunkt i langsiktige mål som er beskrevet i helseforetakets strategi. Det er viktig at styringsindikatorer ikke bare er finansielle styringsmål, men også består av indikatorer som er viktige og forståelige for profesjonene. Undersøkelsen viser eksempler på helseforetak der denne type styringsindikatorer utledet av strategien er integrert i budsjettarbeidet, noe som har ført til at lederne på lavere nivåer også har hatt forståelse for reduksjoner i budsjetttrammene.

I mange helseforetak gis ISF-refusjon bare til én klinisk enhet til tross for at en stor del av kostnadene ofte genereres i andre enheter. Dette kan føre til at ledere ikke tar hensyn til alle kostnadene ved beslutninger om endringer i behandlingsaktivitet og ved valg av omstillingstiltak. Det framgår av undersøkelsen at mange ledere vurderer ikke i tilstrekkelig grad de økonomiske konsekvensene hos andre enheter når de skal velge omstillingstiltak, til tross for at aktivitetsnivået ofte i stor grad påvirker aktivitetsnivået i andre enheter. Dette øker risikoen for at mange kliniske enheter velger omstillingstiltak som sikrer egen måloppnåelse, uten at disse nødvendigvis bidrar positivt til å nå helseforetakets overordnede økonomiske styringskrav.

1.2 Riksrevisjonens bemerkninger

De regionale helseforetakene har overskredet eiers økonomiske styringskrav i hele perioden 2002 til 2008. Riksrevisjonen mener det er viktig at det etableres god økonomistyring som sikrer at de helsepolitiske målene realiseres innenfor den økonomiske rammen som Stortinget hvert år vedtar å bruke til spesialisthelsetjenester. Det er derfor et demokratisk problem at spesialisthelsetjenesten over mange år ikke tilpasser seg de økonomiske rammene fastsatt av Stortinget.

Undersøkelsen viser at både de regionale helseforetakene og helseforetakene etterlyser mer forutsigbarhet, tydeligere krav og mer langsiktig fokus i styringen fra eier. Eier har i perioden 2002 til 2008 håndtert deler av helseforetakenes underskudd med tilleggsbevilgninger i løpet av året. Undersøkelsen viser at forventninger om tilleggsbevilgninger fra eier reduserer muligheten til å gjennomføre en reell budsjettstyring i helseforetakene, ved at ansatte og ledere på lavere nivå ikke oppfatter de økonomiske rammene som endelige. Dette øker risikoen for at budsjettprosessen ikke tas tilstrekkelig alvorlig, samt at nødvendige omstillingstiltak ikke gjennomføres eller prioriteres i de kliniske enhetene. Riksrevisjonen peker på at utstrakt bruk av tilleggsbevilgninger i perioden 2002 til 2008 har redusert budsjettets funksjon med hensyn til kostnadskontroll i helseforetakene.

De økonomiske resultatene har bidratt til å redusere de regionale helseforetakenes økonomiske handlefrihet. Et underskudd fører til at en større del av rammetilskuddet må brukes på driften, og reduserer derfor de regionale helseforetakenes evne til å gjennomføre planlagte investeringer i bygg og medisinsk utstyr. Riksrevisjonen peker derfor på at styring og kontroll med ressursbruken er nødvendig for at helseforetakene kan sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Riksrevisjonen stiller spørsmål om hvilke tiltak departementet vil iverksette for å sikre at de regionale helseforetakene ikke overskrider eiers økonomiske styringskrav.

Undersøkelsen viser at helseforetakene ønsker både færre og mindre detaljerte mål, samt tydeligere krav og styring fra eier. Når oppdragsdokumentet inneholder svært mange og detaljerte mål, er det etter Riksrevisjonens vurdering en risiko for at de høyest prioriterte styringskravene fra eier ikke kommer tydelig nok fram i oppdragsdokumentet og dermed ikke blir prioritert av helseforetakene.

I helseforetak vil profesjonenes normer og verdier ha stor betydning for mange beslutninger som også påvirker økonomien i helseforetakene. Ved omstillinger er det derfor viktig at det kliniske personalet har forståelse og aksept for, og vilje til å gjennomføre nødvendige endringer. Uten et flerårig perspektiv og god dialog med de ansatte blir det vanskelig å skape substansielle resultater. Riksrevisjonen mener det er bekymringsfullt at det er svært lav kontinuitet i ledelsen i helseforetakene. Dette må skape store utfordringer for helseforetakene med hensyn til å få til nødvendige omstillinger og oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll.

Manglende realisering av omstillingstiltak er en svært viktig årsak til at de regionale helseforetakene ikke tilfredstilte eiers økonomiske styringskrav i 2008. Det er stor variasjon mellom helseforetakene

med hensyn til om de oppnår økonomisk effekt av omstillingstiltakene. Et kjennetegn ved helseforetak med høy realisering av omstillingstiltak er at de starter budsjettprosessen tidligere sammenlignet med mange andre helseforetak. Dermed har de tilstrekkelig tid til både å identifisere, planlegge og iverksette omstillingstiltak før budsjettårets begynnelse. Etter Riksrevisjonens mening må budsjettprosessen starte så tidlig at den bidrar til en tilstrekkelig forankring av omstillingstiltakene i de kliniske enhetene, og etter Riksrevisjonens vurdering er dette området spesielt egnet for erfaringsoverføring mellom helseforetakene.

Mange helseforetak har utfordringer med å involvere ledere på lavere nivå i strategiprosessen. Undersøkelsen viser at ledere som involveres i strategi- og budsjettprosessen har større forståelse for styringskrav fra overordnet ledelse. Involvering i strategi- og budsjettprosessen bidrar også til å ansvarliggjøre lederne, samt at de får større eierskap til eget og helseforetakets budsjett. Dette bidrar til at budsjettet i større grad blir en rettesnor i den daglige styringen. Etter Riksrevisjonens vurdering bør derfor flere helseforetak i større grad involvere ledere i strategi- og budsjettprosessen med formål om å bidra til en bedre kostnadskontroll og økonomistyring.

Styrene i helseforetakene skal sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk. Riksrevisjonen peker på at en bedre internkontroll kan bidra til bedre interne prosesser og økonomistyring. Undersøkelsen viser også at det er svært uensartet styring mellom enheter i samme helseforetak. Riksrevisjonen stiller spørsmål om styrene ivaretar sitt ansvar for internkontrollen på en tilfredsstillende måte.

1.3 Departementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 16. oktober 2009 til Riksrevisjonen svart:

«Helse- og omsorgsdepartementet ønsker innledningsvis å kommentere to forhold som Riksrevisjonen har brukt som bakteppe i dokument 3:3 (2009 – 2010) Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene. Dette gjelder utgiftsvekst i sektoren samt regnskapsmessig underskudd på 25 mrd. kroner i perioden 2002–2008. Når det gjelder utgiftveksten viser Riksrevisjonen til en svært sterk vekst i helseforetakenes driftskostnader i perioden 2002–2008, fra 57 mrd. kroner til 87 mrd. kroner. Departementet ønsker å understreke at denne utgiftsøkningen ikke handler om helseforetakenes økonomistyring, men om Stortingets prioritering og tildeling av midler til denne sektoren, lønns- og prisstigning, nye oppgaver m.v.

Økonomistyring og god kostnadskontroll handler videre om på en best mulig måte å bruke de midlene som Stortinget bevilger. Derfor må også Riksrevisjo-

nen i rapporten og Dokumentet 3:3 vise til underskuddsstørrelser som relaterer seg til Stortingets bevilgninger. De regionale helseforetakene er blitt styrt mot et korrigert regnskapsmessig resultat som har tatt hensyn til at enkelte kostnadselementer ikke har blitt dekket opp gjennom bevilgninger.

Ved inngangen til sykehusreformen ble de årlige kostnadene til gjenanskaffelse av bygg og utstyr (avskrivningskostnader) beregnet til om lag 5 mrd. kroner. Gjennom bevilgninger ble de regionale helseforetakene satt i stand til å dekke om lag 60 prosent. av avskrivningskostnadene. Akkumulert over perioden 2002 til 2007 utgjør dette om lag 10,3 mrd. kroner i udekkede regnskapsmessige avskrivninger. I saldert budsjett for 2008 ble de regionale helseforetakene for første gang satt økonomisk i stand til å dekke regnskapsmessige avskrivninger. Videre ble det for årene 2006–2008 ikke gitt bevilgninger som dekket økte pensjonskostnader, totalt 4,8 mrd. kroner. Samlet er det ved fastsettelse av resultatkrav gjort unntak for kostnader på (10,3+4,8=) 15,1 mrd. kroner i perioden 2002–2008. Akkumulert regnskapsmessig underskudd har i samme periode vært 25,2 mrd. kroner, mens akkumulert korrigert underskudd har vært (25,2–15,1=) 10,1 mrd. kroner.

De regionale helseforetakene har hvert år siden 2002 overskredet eiers økonomiske styringskrav. Riksrevisjonen peker på at dette er en utvikling som ikke kan fortsette og at det må etableres god økonomistyring som sikrer at de helsepolitiske målene realiseres innenfor den økonomiske rammen som Stortinget setter. Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for at helseforetakene kan gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Departementet har i sin styringsdialog med de regionale helseforetakene nettopp understreket dette forholdet. Departementet har gjennom flere år hatt et sterkt fokus på økonomistyringen og at de regionale helseforetakene skal ha et driftsregnskap i balanse.

Departementet har gjennom årene tatt et strammere grep både i forhold til styringskrav og oppfølging av de regionale helseforetakene. Dette vil fortsette, og dagens styringssystemer er under kontinuerlig forbedring og utvikling. Det vises også til at mange av de forbedringspunktene som Riksrevisjonen påpeker allerede er ivare tatt gjennom stilte krav i foretaksmøtene, som gode budsjettprosesser, realistiske omstillingstiltak, erfaringsoverføring mellom de regionale helseforetakene og styrenes involvering i internkontrollen.

Departementet ønsker også å vise til at den økonomiske utviklingen og kontrollen i de regionale helseforetakene har hatt en positiv utvikling i de senere årene. I 2007 var det korrigerede underskuddet 1 450 mill. kroner og i 2008 700 mill. kroner. For innværende år tilsier nåværende årsprognoser et samlet negativt resultat på mellom 200 og 400 mill. kroner.

Departementet vil i det følgende kommentere Riksrevisjonens bemerkninger i Kap. 3.

Riksrevisjonen viser til at foretakene ønsker mer forutsigbarhet, og det pekes i denne sammenheng på en utstrakt bruk av tilleggsbevilgninger i perioden 2002 til 2008. Dette skaper forventninger, og Riksrevisjonen mener dette reduserer budsjettets funksjon med hensyn til kostnadskontroll. Departementet vil i denne sammenheng vise til at i foretaksmøtene i de regionale helseforetakene blir det understreket at

bevilgningene i Prop.1 S er å anse som endelige. Samtidig åpner bevilgningsreglementets § 11 for at det kan fremmes forslag om tilleggsbevilgning i saker som er uforutsette, og hvor tilleggsbevilgning er nødvendig. Det vil derfor alltid kunne være særskilte saker hvor regjering og Storting finner det nødvendig med en tilleggsbevilgning. Departementet må også vektlegge hensynet til realistisk budsjettering.

Videre påpeker Riksrevisjonen at eier må legge mer vekt på et mer langsiktig perspektiv for å bidra til bedre økonomistyring. Departementet forsøker å ta hensyn til helseforetakenes behov for langsiktighet. Samtidig er de årlige budsjettprosessene i regjering og Storting styrende for departementets muligheter til å gi tidlige føringer for det kommende budsjettår. Departementet vil understreke at de regionale helseforetakene får utkast til oppdragsdokument for kommende år og informasjon om aktivitetsnivå i DRG-poeng kort tid etter at forslag til statsbudsjett er lagt fram.

Departementet har videre i flere år gitt klare krav i foretakprotokollene om at de regionale helseforetakene skal sikre gode budsjettprosesser. Stortingets budsjettkalender er ikke til hinder for at de regionale helseforetakene kan sette i gang tidlige og gode prosesser. Dette er en sektor som relativt sett har meget forutsigbare rammebetingelser. De regionale helseforetakene er kjent med at neste års inntekter og aktivitet med stor sannsynlighet vil være lik eller noe over fjorårsnivået. Reelle inntekts-/bevilgningsendringer og departementets krav knyttet til dette, er marginale i forhold til de store oppgavene og ressursene som forvaltes. Departementet vil også vise til at det er gitt krav om utarbeiding av langtidsbudsjett for helseforetak, dette for at de skal vurdere virkningen av foretakenes egne planlagte endringer knyttet til behandling, investeringer mv og hvordan dette vil slå ut. Ellers pågår det et arbeid i flere regionale helseforetak for å få på plass mer langsiktig planlegging.

Riksrevisjonen peker på at det er viktig med kontinuitet i ledelsen. Dette er departementet enig i, men samtidig er det slik at utskiftingen av ledelse også i noen grad har vært nødvendig nettopp for å kunne oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll.

Oppdragsdokumentet inneholder, som Riksrevisjonen påpeker, mange og til dels detaljerte mål. Departementet har derfor arbeidet med tilpasning av oppdragsdokumentet de siste årene og det vil bli lagt videre vekt på dette arbeidet. Som nevnt over, sendes utkast til oppdragsdokument til de regionale helseforetakene så snart statsbudsjettet er lagt fram. Dette vil også bli gjort i forbindelse med arbeid med oppdragsdokument for 2010. Departementet har invitert de regionale helseforetakene til et møte for å gjennomgå de mest sentrale områdene i Prop. 1 S (2009 – 2010). Dette for å synliggjøre de prioriterte områdene for 2010 og for å sikre at de regionale helseforetakene integrerer sentrale styringskrav i budsjettprosessen. Departementet arbeider kontinuerlig med å forbedre oppdragsdokumentet, og vil tilstrebe en tydeligere prioritering av styringskravene.

Departementet ser imidlertid ikke rapporteringskravene som blir stilt til de regionale helseforetakene som urimelige. De forvalter en viktig samfunnssektor og en betydelig del av midlene på statsbudsjettet. Sektoren har betydelig samfunnsinteresse, og departementet mener at rapporteringen nødvendigvis er nødt til å bli omfattende og ta for seg detaljerte områ-

der. Avslutningsvis vil departementet peke på at rapportering ikke er et onde eller straff. Rapportering gir informasjon - styringsinformasjon - som er nødvendig både for departementet og helseforetakene for kommende års planlegging. God oversikt og informasjon over tidligere års aktivitet og forbruk er en forutsetning for gode og realistiske budsjetter og styring, slik at ressursene i sektoren kan benyttes til beste for pasienten og samfunnet.»

1.4 Riksrevisjonens uttalelse

Stortinget har gjennom mange år framhevet at de regionale helseforetakene skal ha en effektiv ressursutnyttelse og en god kostnadskontroll. Riksrevisjonen mener det er et problem at de regionale helseforetakene overskred eiers økonomiske styringskrav i hele perioden 2002– 2008. Etter Riksrevisjonens vurdering er det viktig at det etableres god økonomistyring som sikrer at de helsepolitiske målene realiseres innenfor den økonomiske rammen som Stortinget årlig vedtar å bruke til spesialisthelsetjenester.

Det er etter Riksrevisjonens vurdering viktig for Helse- og omsorgsdepartementet å videreutvikle mål- og resultatstyringen for å oppnå god økonomistyring i helseforetakene. Undersøkelsen viser at både de regionale helseforetakene og helseforetakene opplever at det er blitt en bedre og mer systematisk økonomisk rapportering og oppfølging i de siste årene. Riksrevisjonen er enig med departementet i at det må arbeides kontinuerlig med å forbedre oppdragsdokumentet, og at det bør tilstrebes en tydeligere prioritering av styringskravene. Riksrevisjonen mener dette er viktig for å styrke styringsautoriteten til departementet og de regionale helseforetakene.

Departementet uttaler i sitt svarbrev at bevilgningsreglementets § 11 åpner for at det kan fremmes forslag om tilleggsbevilgning i saker som er uforutsette. Riksrevisjonen er enig med departementet i at det kan være særskilte saker hvor regjering og storting finner det nødvendig med en tilleggsbevilgning. Etter Riksrevisjonens vurdering kan imidlertid forventninger om tilleggsbevilgninger føre til at både budsjettprosessen og nødvendige omstillingstiltak ikke prioriteres i tilstrekkelig grad i de kliniske enhetene.

Helse Midt-Norge er det eneste regionale helseforetaket som tilfredsstilte eiers økonomiske styringskrav i 2007 og 2008. I Helse Nord utgjør underskuddet i 2008 om lag to prosent av driftsinntektene, mens underskuddene utgjør under én prosent i Helse Vest og Helse Sør-Øst. Riksrevisjonen mener undersøkelsen dokumenterer at det er mulig for de regionale helseforetakene å oppnå bedre økonomiske resultater gjennom bedre planlegging og styring av omstillingstiltakene. Undersøkelsen viser til mange gode erfaringer og løsninger i økonomistyringen i helseforetakene. Riksrevisjonen mener at de regionale helseforetakene har et ansvar for å spre disse

mellom helseforetakene. På denne måten sikres erfaringsoverføring slik at andre helseforetak gis incitamenter til læring og forbedring.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det bekymringsfullt at over halvparten av helseforetakene skiftet direktør i perioden 2006 til 2008. Videre har 15 av 19 helseforetak i undersøkelsen skiftet økonomidirektør i samme periode. Departementet uttaler i sitt svarbrev at utskifting av ledere i noen grad har vært nødvendig for å oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll. Undersøkelsen gir eksempler på helseforetak som har etablert prosesser som har bidratt til å oppnå en høy realiseringsgrad av omstillingstiltak. Riksrevisjonen mener at kontinuitet og langsiktig fokus i ledelsen er en forutsetning for å lykkes med omstilling.

Riksrevisjonen understreker at styret har en viktig rolle i det videre arbeidet for å oppnå god kostnadskontroll i helseforetakene. Styret må sørge for at helseforetaket etablerer en internkontroll som sikrer gode prosesser i hele virksomheten. Undersøkelsen viser at mange helseforetak står overfor store utfordringer ved at det er svært uensartet styring mellom enheter i samme helseforetak. Etter Riksrevisjonens vurdering vil en mer helhetlig internkontroll sikre en mer systematisk og kontinuerlig involvering av ledere på lavere nivåer i prosesser som har betydning for økonomistyringen. Riksrevisjonen påpeker at Helse- og omsorgsdepartementet må forvise seg om at styrene sørger for at disse ledelsesoppgavene blir prioritert.

2. Komiteens behandling

Som ledd i sin behandling av saken har komiteen gjennomført en åpen kontrollhøring 8. februar 2010.

De hovedproblemstillingene komiteen ønsket å bli orientert om under høringen var:

1. Riksrevisjonen påpeker at de regionale helseforetakene overskred eiers økonomiske styringskrav i hele perioden fra 2002 til 2008. Hvordan har dette påvirket helseforetakenes drift på lengre sikt?
2. Hvordan sikre forutsigbarhet, tydeligere krav og mer langsiktig fokus i styringen fra eier, slik at det blir enklere for det enkelte helseforetak å prioritere mellom hvilke mål som er viktigst å oppfylle?
3. Hvordan bedre muligheten for å gjennomføre reell budsjettstyring i helseforetakene, slik at ansatte og ledere på lavere nivå oppfatter de økonomiske rammene som endelige og ikke forventer tilleggsbevilgninger?

Kan dette øke risikoen for at budsjettprosessen ikke tas tilstrekkelig alvorlig, samt at nød-

vendige omstillingstiltak ikke gjennomføres eller prioriteres i de kliniske enhetene?

4. Hvordan sikre bedre kontinuitet i ledelsen i helseforetakene?

Hvilke utfordringer skaper skifte av ledelse for helseforetakene med hensyn til nødvendig omstillinger og for å oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll?

5. Ivaretar styrene sitt ansvar for internkontrollen på en tilfredsstillende måte?

Følgende var invitert og møtte til høringen:

- Fagforbundet
- Norsk Sykepleierforbund
- Den norske legeforening
- Styrelederne for de fire regionale helseforetakene
- Tidligere helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad
- Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen

Det ble tatt stenografisk referat fra høringen, og referatet følger som vedlegg 2 til innstillingen.

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen har i brev av 18. februar 2010 til kontroll- og konstitusjonskomiteen besvart spørsmål som kom opp under kontrollhøringen 8. februar 2010. Brevet følger som vedlegg 1 til innstillingen.

3. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Bendiks H. Arnesen, Martin Kolberg og Marit Nybakk, fra Fremskrittspartiet, lederen Anders Anundsen, Ulf Erik Knudsen og Øyvind Vaksdal, fra Høyre, Per-Kristian Foss, fra Sosialistisk Venstreparti, Hallgeir H. Langeland, fra Senterpartiet, Heidi Greni, fra Kristelig Folkeparti, Hans Olav Syversen, og fra Venstre, Trine Skei Grande, viser til at Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyringen i helseforetakene avdekker en rekke mangler ved styringen og kontrollen med ressursbruken i helseforetakene. Helseforetakene disponerer en betydelig del av fellesskapets ressurser. Komiteen har derfor funnet det formålstjenlig å innkalle viktige aktører i helsesektoren for å belyse situasjonen i helseforetakene. Representanter fra ansattes organisasjoner, helseforetakenes styreledere og tidligere og nåværende helse- og omsorgsminister deltok på komiteens høring.

De regionale helseforetakene hadde i perioden 2002–2008 et akkumulert underskudd i størrelsesorden 25 mrd. kroner. Selv om deler av underskuddet

var styrt fra eier, har helseforetakene likevel overskredet Stortingets økonomiske rammer i hele perioden. Avviket fra eiers styringskrav var i 2008 700 mill. kroner og da etter at Stortinget hadde etterbevilget 500 mill. kroner.

Komiteen finner det uakseptabelt at helseforetakene år etter år ikke har tilpasset seg de økonomiske rammene. Komiteen viser til tidligere statsråd Sylvia Brustads uttalelse under komiteens høring:

«Men det ble etter hvert en øvelse for enkelte at den som ropte høyest, skulle få mer penger fra storting og regjering. Det mener jeg var uheldig. Det var det vi måtte få en slutt på. Det er klart at det gjorde noe med budsjett disiplinen. For når de visste at det sannsynligvis kom til å komme penger likevel, hvorfor skulle de da gjøre de tiltak som var nødvendig for å få orden i økonomien?»

Komiteen registrerer at forventninger om tilleggsbevilgninger har bidratt til å undergrave respekten for budsjettprosessen og derved vanskeliggjort nødvendige omstillinger. Komiteen har imidlertid merket seg at det fra de ansattes organisasjoner gis uttrykk for at troen på tilleggsbevilgninger nå er borte.

Komiteen er ikke kjent med regnskapsresultatene for 2009, men registrerer at styreleder i Helse Midt-Norge RHF Kolbjørn Almlid i sin redegjørelse på vegne av de fire styrelederne i helseforetakene, i komiteens høring blant annet uttalte:

«Regnskapet for 2009 er i dag ikke avsluttet, men prognosen for 2009 viser at Helse-Norge samlet går i økonomisk balanse og oppfyller eiers økonomiske resultatmål.»

Komiteen tar de positive signalene til orientering og avventer regnskapet for 2009.

Komiteen vil understreke betydningen av at helseforetakene gjennom god økonomistyring bidrar til å sikre eiers krav til økonomisk resultat og god kostnadskontroll. Dette innebærer at det etableres rutiner for internkontroll som sikrer gode prosesser på alle nivåer i helseforetakene. Det er viktig at ledere på lavere nivåer i prosesser som har betydning for økonomistyringen systematisk trekkes med. Samsvar mellom de oppgaver de ansatte skal løse og de ressurser som stilles til disposisjon er en nødvendig forutsetning.

Komiteen viser til en rapport fra de regionale helseforetakene fra 2007 om innsparing rundt samordning av stab og støttefunksjoner for helseforetakene, og forutsetter at departementet setter fortgang i dette arbeidet.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at mange helseforetak ikke starter budsjettprosessen tidlig nok til å kunne identifisere, planlegge og iverksette omstil-

lingstiltak slik at de gir virkning fra budsjettårets begynnelse. Komiteen forutsetter at helseforetakene sørger for rutiner som gir ønsket resultat.

Komiteen har merket seg at representantene for de ansattes organisasjoner under komiteens høring etterlyste bedre forankring på alle plan, bedre forutsigbarhet og langsiktighet i budsjetteringsprosessen.

Representanten for Den norske legeforening viste til at Riksrevisjonens undersøkelse viser at ett av de viktigste suksesskriteriene for å oppnå resultater av omstillingsprosesser og god kostnadskontroll på sykehusene, er at ansatte og ledere på lavt nivå med budsjettansvar involveres tidlig og reelt i strategi- og budsjettarbeidet og at man gjennom hele virksomheten har en felles forståelse av og enighet om hvorfor og hvordan målene skal nås. Komiteen slutter seg til denne vurderingen og vil understreke viktigheten av at grunnplanet trekkes med i prosessen. Det er der prioriteringene gjøres i praksis og kostnadene genereres.

Komiteen registrerer at både de regionale helseforetakene og helseforetakene ønsker seg bedre forutsigbarhet og langsiktighet fra eier, og at sen, ofte etter at budsjettet er vedtatt, utsendelse av oppdragsdokument er en vesentlig årsak til manglende koordinering. Spesielt er det utfordrende å få implementert nye resultatkrav og endringer.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har merket seg at departementet og helseforetakene i fellesskap har tatt tak i saken og forutsetter at man finner fram til rutiner som tilfredstiller helseforetakenes mulighet for planlegging.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, har merket seg at departementet og helseforetakene i fellesskap har tatt tak i saken, og ber regjeringen legge frem sak for Stortinget i vårsesjonen om eventuelle endringer i finansieringsordningene for helseforetakene, slik at man bedrer helseforetakenes mulighet for planlegging.

Komiteen har merket seg helse- og omsorgsministerens uttalelse i komiteens høring hvor hun blant annet sa at:

«For 2010 har jeg bedt de regionale helseforetakene om å ha en gjennomgang av Riksrevisjonens rapport i styret, og at styret forsikrer seg om at de punktene som Riksrevisjonen har tatt opp, blir fulgt opp i de enkelte helseforetakene i regionen. Jeg har bedt om tilbakemelding om resultatet av denne oppfølgingen i første tertialmøte i år.»

Komiteen forutsetter at statsråden tar de nødvendige initiativ for å sikre at nødvendige tiltak blir iverksatt.

Riksrevisjonens undersøkelse avdekker at over halvparten av helseforetakene skiftet direktør og at 15 av 19 foretak skiftet økonomidirektør i perioden 2006–2008. Komiteen registrerer at det fra departementet og helseforetakenes side understrekes at en del av utskiftingene har vært nødvendige for å oppnå god økonomistyring og kontroll. Komiteen har forståelse for dette, men vil understreke betydningen av kontinuitet og god ledelse for å lykkes.

Komiteen har merket seg at økonomistyringen i helseforetakene er betydelig bedret de siste årene og at prognosen for 2009 er positiv. Det er satt i gang arbeid med å forbedre oppdragsdokumentet, sikre gode rapporteringsrutiner, mv. Dette er skritt i riktig retning. Komiteen vil imidlertid understreke at det har tatt uakseptabelt lang tid å få økonomistyring og andre sentrale deler av styringssystemet på plass.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyringen i helseforetakene avdekker betydelige mangler ved styringen og kontrollen med ressursbruken i helseforetakene. Herunder kan nevnes at:

- De regionale helseforetak hadde i perioden 2002–2008 et akkumulert underskudd i størrelsesorden 25 mrd. kroner.
- Det har vært avdekket mangel på budsjett disiplin – og en ukultur ved at det har vært forventninger om tilleggsbevilgninger.
- Halvparten av helseforetakene skiftet direktør og 15 av 19 foretak skiftet økonomidirektør i perioden 2006–2008.
- Sen start på budsjettprosessen. Manglende involvering av ansatte og ledere på lavere nivåer.

Samlet sett mener disse medlemmer at dette dokumenterer en sektor med store mangler med hensyn til styring. Disse medlemmer finner det uakseptabelt at helseforetakene over flere år ikke har tilpasset seg de økonomiske rammene. Disse medlemmer viser til at sektoren er blitt styrt av regjeringen Stoltenberg ved tidligere statsråd Sylvia Brustad i den vesentlige del av perioden rapporten gjelder for.

I tillegg kan det bemerkes at et betydelig flertall av medlemmene i styrene i de regionale foretakene kommer fra de rød-grønne partiene. Disse medlemmers kartlegging viser at 19 ordinære styremedlemmer har slik bakgrunn – mot 10 fra ikke-sosialistisk side. Det er på denne bakgrunn klart hvor ansvaret ligger.

Disse medlemmer mener totalinntrykket er at rød-grønne politikere bærer ansvaret for den manglende økonomistyringen. Riksrevisjonens rapport tilsier at man bør stille spørsmål ved hvordan man har valgt å organisere Helse-Norge. Det vises her til at store og viktige sektorer i samfunnet slik som Politiet, Forsvaret og Nav er organisert på en måte der ansvarsforhold og styring er klarere.

Disse medlemmer vil for øvrig bemerke at representanten for Den norske legeforening i høringen uttrykte bekymring for forslaget om å senke stykkpriselementet i ordningen med innsatsstyrt finansiering til 30 pst. Disse medlemmer deler bekymringen.

Disse medlemmer registrerer at både de regionale helseforetakene og helseforetakene ønsker seg bedre forutsigbarhet og langsiktighet fra eier. Utsendelse av oppdragsdokument er en vesentlig årsak til manglende koordinering. Disse medlemmer vil her vise til at Fremskrittspartiet har foreslått en årlig sykehusproposisjon, etter modell av kommuneproposisjonen, som vil tilfredsstille mye av helseforetakenes behov for langsiktig planlegging.

Disse medlemmer har merket seg at det hevdes at styringen i helseforetakene er betydelig bedret de siste årene og at prognosen for 2009 er positiv. Disse medlemmer registrerer derimot oppslag i media som tyder på at det fortsatt er store utfordringer i sektoren, og vil derfor følge utviklingen nøye.

4. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 3:3 (2009–2010) – Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 2. mars 2010

Anders Anundsen

leder

Bendiks H. Arnesen

ordfører

Vedlegg 1

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/statsråden til kontroll- og konstitusjonskomiteen, datert 18. februar 2010

Svar på spørsmål gitt i høring den 8.2.2010 vedrørende økonomistyring i Helseforetakene

Jeg viser til høringen i kontroll- og konstitusjonskomiteen mandag 8.2.10 hvor det ble tatt opp noen spørsmål som jeg ville komme tilbake til i skriftlig form.

Spørsmål 1 Er det tatt fra psykiatrien for å saldere somatikken?

Jeg viser til Ulf Erik Knutsen (FrP) som sa følgende: "I de tidligere høringene våre sier fagorganisasjonene at man i helsesektoren over lengre tid har tatt fra psykiatrien for å saldere somatikken - det sa vel alle fagorganisasjonene som var innom - mens når vi stiller tilsvarende spørsmål til styrelederne, sier de nei, det har ikke skjedd, slik har man ikke gjort i sektoren. Jeg tror alle helseforetakene sa: Det har ikke skjedd. Hva er det riktige? Er det de ansatte som tar feil, eller er det lederne som tar feil".

I denne saken er det viktig å skille mellom den årlige *basisrammen* som gis de regionale helseforetakene og øremerkede bevilgninger som kommer i tillegg til disse. *Basisrammen* tar hensyn til den samlede driften i helseforetakene (somatikk og psykiatri) og har derfor ikke inneholdt øremerkede midler til psykiatrien eller somatikken.

Ordinær basisramme inntektsføres det året bevilgningen gis. Fra 2009 ble de midler som tidligere ble bevilget over Opptrappingsplanen (øremerkede midler) inkludert i ordinær basisramme. I den forbindelse ble det satt en forutsetning om at midlene skulle benyttes til samme formål som tidligere, altså til psykisk helsevern. I Opptrappingsplanen for psykisk helse har det vært et klart premiss at tiltakene og de øremerkede bevilgningene som fulgte av ordningen skulle bidra til økt aktivitet innen psykisk helsevern *i tillegg til* den aktivitet og de bevilgninger som allerede var tildelt driften av psykisk helsevern gjennom basisbevilgningen.

Øremerkede midler skal inntektsføres i takt med påløpte kostnader. I praksis betyr dette at alle de konkrete tiltakene som fulgte av Opptrappingsplanen for psykisk helse (nye bygg, etablering av nye tilbud, ansettelse av nye psykiatere etc.) måtte være i drift slik som forutsatt i de årlige budsjettene, og kostnadene til de nye tiltakene måtte være i tråd med budsjettene før en kunne inntektsføre alle bevilgede inntekter.

En del av de øremerkede midlene som fulgte Opptrappingsplanen har ikke blitt inntektsført i det

året de har blitt bevilget. Årsaker som vanskeligheter med rekruttering og anskaffelse av kvalifisert personell (særlig mangel på psykiatere), forsinket ferdigstilling av psykiatribygg, vakanser og andre besparelser i den ordinære driften av psykisk helsevern har ført til at deler av de øremerkede midlene som fulgte av Opptrappingsplanen ikke ble/kunne inntektsføres (jfr. krav om aktivitet i tillegg til ordinær aktivitet, samt inntektsføring i takt med påløpte kostnader). I slike tilfeller er det i tråd med generelle retningslinjer overført ubrukte øremerkede midler til neste år gjennom å balanseføre de ubrukte midlene som en utsatt inntekt.

De regionale helseforetakene har informert meg om at de ovenstående retningslinjene for inntektsføring av øremerkede midler i all hovedsak er fulgt i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse.

To regioner, Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF, har imidlertid hatt enkelte helseforetak med en noe avvikende praksis når det gjelder inntektsføring av øremerkede midler.

I Helse Sør-Øst RHF dreier det seg om ca. 19 mill. kroner ved Klinikk for psykisk helse (KPH) ved Sørlandet Sykehus HF for budsjettåret 2008.

Dette er en forpliktelse som primært er tenkt å dekke økte avskrivninger i KPH knyttet til Opptrappingsplanen. Dette innebærer at forpliktelsen overfor KPH fortsatt står ved lag og skal tilbakeføres klinikken.

I Helse Midt-Norge dreier det seg om to helseforetak, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Sunnmøre HF. I disse foretakene ble opptrappingsmidler til psykisk helsevern inntektsført i aktuelle psykiatriske avdelinger det enkelte år. Isolert i det enkelte år kan det ha oppstått avvik mellom planlagt opptrappingsaktivitet og tildeling, men for opptrappingsperioden samlet sett er midlene benyttet i tråd med forutsetningene.

Selv om praksis har vært noe forskjellig, innebærer dette at øremerkede tilskudd under Opptrappingsplanen for psykisk helse har blitt eller, når det når det gjelder Klinikk for psykisk helse ved Sørlandet sykehus HF, vil bli benyttet til formålet.

Spørsmål 2 Hva mener statsråden nå om nøytral moms i staten?

Jeg viser til Per-Kristian Foss (H) som sa følgende: "Mitt spørsmål er hvorfor statsråden er motstander av nøytral moms i staten? Ville det ikke ha

vært en fordel for helseforetakene? Sammenligner vi med situasjonen i Sverige, hvor slik som vaskeritjenester, kantine og renhold settes ut på anbud, får man betydelige innsparinger. Det er lagt fram beregninger som kan tyde på at man kan frigjøre vel 3 milliarder kroner til pasientbehandling ved en slik reform. Hvorfor er statsråden motstander av en nøytral moms i staten?"

Helsetjenester er unntatt fra merverdiavgiftsplikt. Virksomheter som leverer slike tjenester, herunder helseforetakene, har derfor ikke fradragrett for merverdiavgift på anskaffelser til bruk i virksomheten. Dette kan føre til konkurransevridninger mellom for eksempel støttetjenester (som renhold og vask) med egne ansatte, framfor å kjøpe disse tjenestene med merverdiavgift fra private leverandører. Et mulig tiltak for å nøytralisere dette, er å innføre en kompensasjonsordning for merverdiavgift for helseforetakene - slik en har for kommunene og fylkeskommunene i dag.

Tiltak for å nøytralisere merverdiavgiften for helseforetakene har vært vurdert tidligere. Regjeringen Bondevik II foreslo i 2005 en kompensasjonsordning for merverdiavgift for helseforetakene, men der helseforetakenes investeringer skulle holdes utenom, jf. høringsbrev av 4. juli 2005 fra Finansdepartementet. Begrunnelsen var at helseforetakene var inne i en periode med relativt høyt investeringsnivå som gjorde det vanskelig å gjennomføre et nøytralt, varig trekk i overføringene på statsbudsjettet. Etter å ha vurdert høringsuttalelsene, utsatte Regjeringen Bondevik II innføring av en slik ordning til investeringsnivået i helseforetakene var kommet ned på et mer normalt nivå, jf. Regjeringen Bondevik II's forslag i *St.prp. nr. 1 (2005-2006) Skatte-, avgifts- og tollvedtak*.

I *St.prp. nr. 1 (2005-2006) Skatte-, avgifts- og tollvedtak* foreslo Regjeringen Bondevik II å innføre en ordning med nettoføring av merverdiavgift for ordinære forvaltningsorganer. Hensikten med ordningen var å unngå konkurransevridninger som følger av merverdiavgiftsregelverket også for ordinære forvaltningsorganer. Regjeringen Stoltenberg tok stilling til forslaget om en slik nettoføring etter regjeringsskiftet, og i *St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 1 (2005-2006)* ble forslaget reversert. Helseforetakene var imidlertid ikke omfattet av forslaget om nettobudsjettering for statlige forvaltningsorganer.

Det er ikke aktuelt for regjeringen å sette i gang et arbeid på dette området nå.

Spørsmål 3 Medfører de akkumulerte underskuddene behov for økt egenkapital eller behov for å endre avskrivningsreglene?

Jeg viser til Per-Kristian Foss (H) som stilte følgende spørsmål under høringen: "Hva er statsrådens

oppfatning av Riksrevisjonens påpekning av at de store akkumulerte underskuddene kan reise behov for økt egenkapital, eller kan de reise behov for å revurdere reglene for regnskapsmessige avskrivninger for helseforetakene?"

Egenkapital er et *regnskapsmessig* begrep som brukes på den delen av eiendelene i en virksomhet som ikke er finansiert gjennom gjeld. Eiendeler = egenkapital + gjeld. Dersom gjelden blir større enn virksomhetens verdi er egenkapitalen negativ. Egenkapitalen deles ofte inn i innskutt egenkapital og opptjent egenkapital. Innskutt egenkapital er penger eller eiendeler som eierne setter inn i selskapet. Opptjent egenkapital er den verdien eierne holder igjen i selskapet av tidligere års overskudd.

I henhold til helseforetaksloven skal foretakene ha en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet. Videre er det ikke satt avkastningskrav til foretakene, slik at Helse- og omsorgsdepartementet gjennom å stille krav om økonomisk balanse legger til grunn at egenkapitalen skal bevares. Da staten som eier ikke tar ut utbytte, vil eventuelle overskudd i helseforetak benyttes til å utvikle et bedre tjenestetilbud til befolkningen.

Ved inngangen til reformen overtok helseforetakene store verdier i bygg og anlegg uten lånebelastning, og egenkapitalen var om lag 62 mrd. kroner. Det forholdet som påvirker størrelsen på egenkapitalen er årlige under-/overskudd.

I perioden 2002-2008 har helseforetakenes akkumulerte *regnskapsmessige* underskudd vært på 25,2 mrd. kroner. Som omtalt i Riksrevisjonens rapport er deler av dette en styrt reduksjon i egenkapitalen fra eiers side;

- I perioden 2002 -2007 ble det ikke bevilget nok midler til å kunne gjenanskaffe alt bygg og utstyr som helseforetakene overtok i 2002. (10,3 mrd. kroner)
- I perioden 2006 -2008 ble det ikke bevilget nok midler til å dekke økte pensjonskostnader i helseforetakene. (4,8 mrd. kroner).
- Den resterende andel av det akkumulerte *regnskapsmessige underskuddet*, som utgjør 10,1 mrd. kroner, er underskudd i forhold til eiers (Stortingets) styringskrav og de inntektene som de regionale helseforetakene har mottatt i perioden.

Ved inngangen til reformen var egenkapitalandelen i helseforetakene svært høy, om lag 75 pst. I 2008 var egenkapitalandelen sunket til 42 pst. som følge av opptak av driftskreditter og langsiktige lån til investeringer. De regionale helseforetakene hadde ved utgangen av 2008 5,5 mrd. kroner i driftskreditt, og 13,9 mrd. kroner i lån til investeringsformål. Mens

driftskredittrammen bl.a. har vært nødvendig for å finansiere underskuddene har investeringslån vært benyttet til å øke verdien av bygg og anlegg. I 2009 utgjorde rentekostnaden knyttet til driftskreditter ca 175 mill. kroner, eller om lag 0,2 pst. av helseforetakenes inntekter.

Vi er nå i en situasjon der bevilgningene til de regionale helseforetakene er tilstrekkelige til å dekke årlige avskrivninger samt årlige pensjonskostnader,

og for 2009 gikk også helseforetakene i tilnærmet økonomisk balanse. De regionale helseforetakene har fortsatt en god egenkapitalandel sammenlignet med det private næringsliv, og departementet anser denne til å være godt innenfor forsvarlighetskravet. Jeg vil derfor konkludere med at det ikke er grunn til å revurdere avskrivningsreglene og at det heller ikke er behov for økt egenkapital.

Vedlegg 2

Referat
fra åpen høring i kontroll- og konstitusjonskomiteen
om

Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene
(Dokument nr. 3:3 (2009–2010))

Høring mandag 8. februar 2010:

Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Den norske legeforening	* 3
Styrelederne i de regionale helseforetakene	* 13
Tidligere helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad	* 22
Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen	* 30

**Åpen høring i kontroll- og konstitusjonskomiteen
mandag den 8. februar 2010 kl. 13**

Møteleder: Anders Anundsen (FrP)
(komiteens leder)

S a k :

Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene (Dokument nr. 3:3 (2009–2010))

Møtelederen: Da åpner vi høringen. På vegne av kontroll- og konstitusjonskomiteen vil jeg få ønske velkommen til denne åpne kontrollhøringen, der temaet er Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyringen i helseforetakene.

De hovedproblemstillingene som komiteen ønsker å bli orientert om under høringen, er:

1. Riksrevisjonen påpeker at de regionale helseforetakene overskred eiers økonomiske styringskrav i hele perioden, fra 2002 til 2008. Hvordan har dette påvirket helseforetakenes drift på lengre sikt?
2. Hvordan sikre forutsigbarhet, tydeligere krav om mer langsiktig fokus i styringen fra eier, slik at det blir enklere for det enkelte helseforetak å prioritere mellom hvilke mål som er viktigst å oppfylle?
3. Hvordan bedre muligheten for å gjennomføre reell budsjettstyring i helseforetakene, slik at ansatte og ledere på lavere nivå oppfatter de økonomiske rammene som endelige og ikke forventer tilleggsbevilgninger? Kan dette øke risikoen for at budsjettprosessen ikke tas tilstrekkelig alvorlig, samt at nødvendige omstillings tiltak ikke gjennomføres eller prioriteres i de kliniske enhetene?
4. Hvordan sikre bedre kontinuitet i ledelsen i helseforetakene? Hvilke utfordringer skaper skifte av ledelse for helseforetakene med hensyn til nødvendige omstillinger og for å oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll?
5. Ivareta styrenes ansvar for internkontrollen på en tilfredsstillende måte.

Komiteen har invitert følgende til høringen:

Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeförening, styrelederne i de fire regionale helseforetakene, tidligere helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad, helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Det vil bli tatt stenografisk referat fra høringen, og referatet vil følge som vedlegg til komiteens innstilling til Stortinget.

De prosedyrene som er fastsatt i reglementet for åpne kontrollhøringer, vil bli fulgt. Den inviterte får først holde en innledning, etter det får saksordføreren, som i denne saken er Bendiks H. Arnesen fra Arbeiderpartiet, og deretter representanter for de ulike partiene anledning til å

spørre ut de inviterte. For at komitémedlemmene skal få stilt de spørsmålene som er nødvendig, vil jeg be om at svarene er så korte og konsise som mulig. Til slutt vil komiteen få anledning til å stille noen oppfølgingsspørsmål, og den inviterte får helt til slutt ordet til en kort oppsummering.

Dette er en åpen høring, og det er derfor viktig at alle deltakerne unngår å omtale forhold som er underlagt taushetsplikt. Dersom spørsmål ikke kan besvares uten å gi opplysninger som er taushetsbelagte, bør den innkalte gjøre komiteen oppmerksom på det.

Jeg vil i tillegg gjøre oppmerksom på at mobiltelefoner må slås av, eller i det minste være satt på helt stille, slik at vi unngår forstyrrelser underveis. Jeg vil også presisere at mikrofonene må brukes med bevissthet. Det er en lyd-knapp som må trykkes på når en skal tale og av når en ikke lenger skal tale, slik at vi ikke får problemer med lyd-anlegget. Det er komiteens håp at høringen vil gi nødvendige opplysninger i saken, som bakgrunn for de konklusjoner komiteen skal treffe i sin innstilling til Stortinget.

*Høring med Fagforbundet, Norsk Sykepleierforbund
og Den norske legeförening*

Da er vi klare til å starte opp, og jeg vil få lov til å ønske velkommen til Fagforbundet, som stiller med nestleder Geir Mosti og rådgiver Unni Hagen, til Norsk Sykepleierforbund, som stiller med nestleder Jan-Erik Nilsen og spesialrådgiver Anne Marie Flovik, og til Den norske legeförening, som er representert ved president Torunn Janbu, visepresident Arne Refsum og seksjonsleder Terje Sletnes.

Til sammen har dere 10 minutter til innledning, og jeg antar at dere alt på forhånd har avtalt hvem som skal starte.

Nei, men hvis vi da kan gjøre det enkelt, kan vi starte på topp, og så går vi nedover. Da starter Fagforbundet. Vær så god.

Geir Mosti: Takk for det, og takk for at vi fikk møte i komiteen.

Dette er en stor sak som vi har vært veldig opptatt av når det gjelder økonomistyringen og økonomien i helseforetakene og den biten, og vi har kommet med innspill tidligere på disse problemområdene. Både Fagforbundet og LO har avgitt ganske mange høringsuttalelser om dette. Vi er selvfølgelig for veldig god økonomistyring, men vi har sett at man ikke har greid å holde seg til de budsjettene som har vært fra reformen kom på plass. Fagforbundet blir ofte beskyldt for å være imot hele reformen, det er vi ikke. Men vi er veldig skeptisk til måten man styrer økonomien på osv., og alt det negative fokuset som vi får på arbeidet som skal gjøres. Det blir i stor grad veldig kort-siktige tiltak som blir satt i verk, og som fører til mye negativ omtale. Jeg oppfatter det sånn at det er i panikk dette blir gjort.

I Riksrevisjonens rapport savner jeg en analyse der man går enda dypere inn i hva problemene er. Jeg håper man kan komme tilbake til det, for det er viktig at vi har en felles forståelse av hva som er problemet.

Det vi selvfølgelig er opptatt av, er dette med budsjett og langtidbudsjett, i tillegg til at vi ønsker sterkere politisk styring. Skal man få dette til, må man ha budsjetter som går helt ut i det ytterste ledd og langtidbudsjett. Det ligger veldig mange føringer i oppdragsdokumentet, som er styringsverktøyet, men vi må også tjene oss inn igjen i forhold til penger i det ytterste leddet. Da er det lettere for politikerne å ha mer styring og kontroll enn hva man har i dag.

I tillegg vil jeg nevne dette med medbestemmelse og medinnflytelse, som også er mangelfullt i rapporten. Det er sånn vi opplever det fra våre tillitsvalgte ute i systemet – det kommer opp veldig fort store saker, kjappe saker som har stor betydning, og som ikke, etter min mening, er godt nok gjennomtenkt. Det skaper masse frustrasjon.

Jeg tror at kanskje ledelsen i stor grad ikke tar seg tid til det nødvendige – det som vi nå har kjørt i pilotsykehusprosjektet, og det vi har kjørt i kvalitetskommuneprogrammet, det med trepartssamarbeid. Det er helt nødvendig for at vi skal lykkes i dette. Da må ledelsen ha forståelse for at de prosessene er viktige for å komme i land på en god måte.

Jeg kan komme tilbake litt senere til mer konkrete ting. Takk, foreløpig.

Jan-Erik Nilsen: Takk for invitasjonen.

Norsk Sykepleierforbund er glad for at Riksrevisjonen fra sitt ståsted og med sin kompetanse har belyst styring og drift av helseforetakene. Norsk Sykepleierforbund mener at reformen kom skjevt ut fra hoppkanten, for å si det slik. Det er følgene av for lave bevilgninger fra staten med økende fokus på bunnlinsen, økt topptungt byråkrati og for lite involvering av ansatte, og styrere med svak politisk og til dels faglig kompetanse. Vi har ved flere anledninger pekt på at budsjettene var urealistisk lave, kanskje særlig med hensyn til å gjenskaffe og opprettholde verdien på bygg og utstyr.

Ellers har mange av våre tillitsvalgte gitt tilbakemeldinger om at de planlagte omstillingene med sikte på rask innsparing ikke ville gi økonomisk uttelling på den måten man forutsatte. Kraftig økonomisk fokus fikk dominere på bekostning av langsiktige faglige strategiske omstillinger. Stadige tilbakemeldinger fra våre tillitsvalgte indikerer at det i stor grad var sykepleiertjenesten som «betalte» for budsjettbalansen – jeg kan komme litt tilbake til det senere ved spørsmål – spesielt i forhold til kompetanseheving, nedbemanning osv., og forskning.

Slik vi ser det, og som Riksrevisjonen påpeker, har det blitt bedre styring med økonomien i helseforetakene. Det er jo veldig gledelig, slik som vi ser og vurderer det. Og troen på tilleggsbevilgninger i helseforetakene er mindre enn før, men det er nok en erfaringsbasert skepsis til om en får tilstrekkelige midler til å utføre de oppgavene en skal.

Forbundet får mange tilbakemeldinger fra medlemmene og tillitsvalgte om at en tar de økonomiske rammene på alvor, men de spør om hva de skal gjøre mindre av, og hva slags behandling som skal bort. Selv om det er mulige effektivitetsgevinster i ulike former for kvalitetsforbedring

i spesialisthelsetjenesten, f.eks. bedre rutiner og mindre feil, vil mulighetene og forventningene fra befolkningen sannsynligvis overstige det budsjettet gir rom for. Så ansatte er i liten grad involvert i budsjettutforming, med fare for at budsjetter for det meste er noe de presenteres for.

På grunnplanen er det lagt ned betydelig arbeidsinnsats for å holde og tilpasse driften til budsjettet. En stor utfordring er å etablere en budsjettprosess som så tidlig som mulig involverer grunnivået. Det er her prioriteringer gjøres i praksis og kostnader genereres, det er her en har et faglig strategisk perspektiv og her de organisatoriske grenene må gjøres for å få det til. Forutsigbarhet er bra, men det ser ut til å være vanskelig å bruke budsjettene som virkemiddel for planlagt faglig, strategisk tenkning. Budsjettprosessen er ikke tilrettelagt godt nok og ikke innfaset godt nok. Budsjettprosessen går på for høyt nivå i organisasjonen, slik at vi her får en stor diskrepans. Men økt kompetanse og bedre styringsstøtte for operative og budsjettansvarlige ledere er helt nødvendig skal en få dette til, fordi det er lett å underkommunisere og ikke minst glemme at disse personene leder enheter som tilsvarende store bedrifter i norsk sammenheng. Så budsjettarbeid og styring må foregå i dialog, og det må være en konstruktiv avstemning om mål, virkemidler og ressurser som står i forhold til hverandre.

Til slutt, og kanskje det viktigste, er at helseforetakene må styres mer på kvalitet i pasientbehandlingen gjennom å iverksette rapportering på kvalitetsindikatorer som har fokus på behandlingsresultater. Her er også såkalte sykepleiesensitive indikatorer mer og mer viktig etter hvert.

Vi kjenner igjen mange av rapportens synspunkter og oppsummeringer, og vi synes også det kommer konstruktive forslag til forbedringer, bl.a. av gjennomføring av strategi- og budsjettprosessene, som f.eks. punkt 3 og punkt 9.2, 9.3 og 9.4. Så hvis disse forslagene følges opp i hele styringskjeden, kan mye fungere bedre.

Torunn Janbu: Vi vil også få takke for anledningen til å komme og uttale oss om Riksrevisjonens rapport. Vi har utarbeidet et notat som jeg håper dere har fått, hvor vi har skrevet inn svar på de spørsmålene som er reist. Vi vil her innledningsvis konsentrere oss om det vi mener er Riksrevisjonens viktigste funn.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at et av de viktigste suksesskriteriene for å oppnå resultater av omstillingsprosesser og god kostnadskontroll på sykehusene er at ansatte og ledere på lavt nivå med budsjettansvar involveres tidlig og reelt i strategi- og budsjettarbeidet, at man gjennom hele virksomheten har en felles forståelse av og enighet om hvorfor og hvordan målene skal nås.

Organisering og tilrettelegging av pasienttilbudet skal skje innenfor politiske og økonomiske rammer, men det krever oversikt over hvilket ansvar og hvilke oppgaver sykehusene skal ha, og at finansieringsformene støtter opp under disse. Sykehusbudsjettene skal selvsagt i prinsippet holdes, og aktiviteten tilpasses de økonomiske og politiske rammene, og ikke omvendt. Men innenfor disse rammene må det være sykehusenes fire lovpålagte oppgaver – og

jeg minner om at det er fire – pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende, som danner utgangspunktet for hvordan virksomhetene bør styres, ledes og organiseres.

Kompetansen om hvordan den kliniske virksomheten best kan utformes, ligger i stor grad blant de ansatte, som har høy kompetanse. Det er derfor avgjørende at ledere og politikere tar faglig informerte beslutninger, og tilsvarende, at de rammer og strategier som skal besluttes, er tungt forankret blant de ansatte. Riksrevisjonen viser med all tydelighet at det er et forbedringspotensial når det gjelder involvering av ansatte. De virksomhetene som har gode resultater, er de som setter i gang strategi- og budsjettprosessene tidlig, og som i stor grad involverer ledere på lavere nivåer og ansatte. På denne måten kan man finne de beste løsningene innenfor de rammene som gjelder. Det er derfor svært viktig at vi kan lære av hverandre, og jeg vil også presisere: lære av de gode resultatene, og på den måten sikre god omstillingsevne, god kvalitet og god økonomisk kontroll ved alle sykehus. Involvering skaper legitime og kompetansebaserte beslutninger.

Langsiktighet og gode tidsaker i budsjettarbeidet er avgjørende for god budsjettkontroll. Fremleggingen av oppdragsdokumentet og tidspunktet for foretaksmøtet må tidfestes, slik at det kan benyttes reelt i budsjettarbeidet.

Møtelederen: Der må vi si takk, for tiden er ute.

Torunn Janbu: Kan jeg få lov å ta det siste poenget?

Møtelederen: Jeg tror nesten du må ta det i oppsummeringen i tilfelle, eller som svar på et av spørsmålene som kommer.

Nå er det slik at vi går til komitémedlemmenes utspørring, og da er det de selv som styrer sin egen tid. Første utspørrer er Bendiks H. Arnesen, som er sakens ordfører. Han har inntil 10 minutter til disposisjon.

Bendiks H. Arnesen (A): Takk for innledningen. Jeg forstår det sånn at det er enighet om at involveringen er for dårlig, og at den ikke er tidlig nok.

Så var siste innleder litt inne på dette med starten av budsjettprosessen og at den må være så tidlig som mulig for at en skal klare å få i gang omstilling. Da spør jeg: Er det slik at man starter budsjettarbeidet for sent, slik det har fungert hittil?

Jeg får be organisasjonene om å svare ut fra hvem som føler behov for å svare.

Torunn Janbu: Jeg kan jo fortsette i 2 minutter. Budsjettarbeidet startes for sent, men mitt hovedpoeng er hvilken informasjon man har tilgjengelig når man starter budsjettarbeidet, og at overlevering av oppdragsdokument og foretaksmøtet kommer for sent til at det reelt kan være med i budsjettarbeidet.

Bendiks H. Arnesen (A): Det er litt vanskelig å rette spørsmålet til noen bestemt av dere, så de som føler for det, får svare.

Mitt neste spørsmål er: Riksrevisjonen har, som vi har snakket om tidligere, påpekt at spesialisthelsetjenesten i mange år ikke har klart å tilpasse seg de økonomiske rammene som Stortinget har lagt for dagen. I den forbindelse blir det hevdet at man har tatt det for gitt at det kommer tilleggsbevilgninger, og derfor kanskje ikke har tatt denne budsjettprosessen og disse omstillingstiltakene så veldig alvorlig. Har ledere og ansatte ikke oppfattet de økonomiske rammene som endelige, fordi de har tatt tilleggsbevilgningene for gitt, og at de kommer når kriser oppstår?

Torunn Janbu: Jeg kan godt si noen ord om det også. Jeg kan ikke svare for alle ledere, men det er klart det er en utfordring, dette som oppleves som et mangelfullt svar mellom de oppgavene som pålegges, og de ressursene som stilles til rådighet. Det er også en utfordring at det er kortsiktige løsninger på økonomiske problemer på sykehusene som man ofte blir stilt overfor. Jeg tror at alle parter hadde levd bedre med en mer langsiktig budsjettering. Det ville nok forhindre mye av den problemstillingen som du legger frem.

Jeg vil også presisere at det trengs annet enn økonomimål for å føle både at man er involvert, og at man kan gjøre et godt arbeid. Vi savner kvalitetsindikatorer, og vi spør oss selv: Hvordan kan Stortinget vite at man bevilger riktig beløp når man ikke har noen tilbakemeldinger på kvalitetsmål?

Det er også viktig at man faktisk ser på hvordan pasientrettighetene i Norge påvirkes av budsjettene, og særlig når det er snakk om innstramminger, hvilken effekt det har på pasientrettigheter.

Så jeg tror at ja, man prøver å innrette seg etter budsjettene. Det er vanskelig på grunn av at det ofte er kortsiktige strategier, og det er vanskelig fordi man ikke har fått rapportert kvalitetsmål som grunnlag for Stortingets beslutninger og ei heller fått gjort vurderinger av konsekvenser for pasientrettigheter.

Bendiks H. Arnesen (A): Er det noen som har noe å utfylle svaret på det spørsmålet med?

Jan-Erik Nilsen: Vi i Sykepleierforbundet støtter vel opp om det som Legeföreningen faktisk sier her. Det er helt klart at igjen så går det på dette med langsiktighet, altså at en også får alle ansatte nedover i systemet til å være med, at styringsdokumentene kommer tidligere inn, slik at en blir tidligere involvert i prosessene og får et klarere grep omkring det som faktisk ble lagt fram som forslag i styringsdokumentene. Da hadde en tatt del i dette på en helt annen måte enn en faktisk har gjort. En ser jo resultater av det allerede nå, når en ser at foretakene begynner å komme i balanse. Det er nok sikkert helt klart et resultat av at involveringen har blitt bedre etter hvert.

Geir Mosti: Jeg tror vi skal være så ærlige å si at vi også registrerer veldig stor bruk av konsulenter som kommer inn fra yttersiden, og som går inn i forskjellige prosesser og skaper veldig mye uro i organisasjonen. Det er

veldig uheldig at noen som ikke har det formelle ansvar og sitter med den daglige ledelsen, kommer inn fra yttersiden og lager til en del styr internt i foretakene.

Unni Hagen: Hvis jeg kan fortsette å kommentere direkte spørsmålet om budsjettarbeidet starter for sent – det kommer vel også til uttrykk i Riksrevisjonens rapport. Oppdragsdokumentet kommer jo, som Janbu i Legeföreningen også har påpekt, etter at budsjettarbeidet er i gang.

Men hovedankepunktet til at vi har denne mangelen på økonomistyring, er etter vårt syn at vi med sykehusreformen av 2002 ikke lenger har obligatorisk budsjett, sånn at budsjettprosessen er ikke lenger forankret helt ned i organisasjonen, helt ned til det ytterste ledd. Det er noe av hovedproblemet som skaper den situasjonen vi er i i dag.

Bendiks H. Arnesen (A): I forlengelsen av det har jeg lyst til å spørre, for i Riksrevisjonens rapport påvises det en svært lav kontinuitet i ledelsen i helseforetakene, dette gjelder særlig direktører og økonomidirektører: Hva mener organisasjonene om dette, og hvordan har dette påvirket mulighetene for en god økonomistyring og omstillingsevne i helseforetakene?

Arne Refsum: Hvis jeg kan starte der, så er det klart at det hyppige skiftet i hovedsak er negativt. Det gir ingen kontinuitet, og det er noe med at det å få i gang disse tidlige budsjettprosessene som forankrer det helt ned til der hvor utgiftene genereres, krever at disse lederne sitter over lang tid. Det å kunne møte klinikerne, altså legenes, sykepleierne og hjelpepleierne språk og problemstillinger, krever litt tilvenning for en økonom eller en jurist som sitter som direktør eller økonomisjef. Når de da ikke når resultatene og blir byttet ut veldig fort, er det på'n igjen med nestemann. Det er ingen god prosess.

I tillegg er det vel noe med at det må være et samsvar mellom oppgaver og tildelte ressurser. Hvis ikke hadde jo også oppgaven for direktører og økonomisjefer vært umulig. Legeföreningen har vist, som Riksrevisjonen har vist, at det har vært mange nye oppgaver som har spist veldig mye av budsjettveksten. Det gjør at en sitter med det bildet at man hele tiden hører at det aldri har vært bevilget så mye, og nå kan dere ikke få mer. Samtidig sies det aldri hvilke oppgaver, som Sykepleierforbundet også etterlyste, man skal slutte med. Da kommer man i en kryssituasjon, som gjør at oppgaven nærmest blir umulig.

Til det forrige stilte spørsmålet, om vi forventer tilleggsbevilgninger: Jeg vil si at det har vært en voksende opplæring i hele sektoren gjennom de siste årene. Troen på tilleggsbevilgninger er nok borte, men vi etterlyser jo fortsatt beskjed om hva vi ikke skal gjøre.

Det er nå et ønske for 2010 at køene skal ned. Men ser man på ventelistetallene for 2009, som nylig er offentliggjort, ser man at de vokser mye mer enn bevilgningene for 2010 sier at man skal øke aktiviteten. Allerede der har vi en situasjon hvor dere politikerne ønsker ikke samsvarer med det dere bevilger, uten at dere sier hva vi ikke skal gjøre. Det blir vanskelig både

for oss som er ansatt, og for direktører og økonomisjefer.

Bendiks H. Arnesen (A): Takk.

Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er veldig uensartet styring når det gjelder enhetene i samme helseforetak. Da er spørsmålet: Er mulighetene for erfaringsutveksling mellom enhetene utviklet i tilstrekkelig grad?

Geir Mosti: Jeg tror at det å utveksle kunnskap og erfaringer ikke har vært godt nok, men jeg tror det er i ferd med å bli bedre.

Det man skal være veldig klar på her, er dette med ledelse. Jeg synes kanskje det har vært litt for nedprioritert det å organisere, det å ha gode organisasjonsfolk i ledelsen.

Du er også inne på dette med kommunikasjon og informasjon enhetene imellom. Vi har internt i forbundet jobbet veldig mye med å koordinere arbeidet med dem ute i lokalapparatet. Det er ikke helt enkelt, men jeg tror vi har fokusert godt på det, og det tror jeg vi kan gjøre bedre i tiden framover.

Jan-Erik Nilsen: Jeg tror også jeg støtter det. Norsk Sykepleierforbund støttet også dette.

Når 50 pst. av økonomidirektørene er skiftet ut de to siste årene, og nesten halvparten av de administrerende direktørene, skaper jo det diskontinuitet i systemer som egentlig skal ha kontinuitet som noe av det bærende, slik sett. Så det er noen paradokser. Det utfordrer jo nettopp dette som også Fagforbundet påpeker, å samarbeide på tvers og å utvikle på tvers. Det gjør en, men det skaper uro fordi det pågår parallelle omstillingsprosesser. Det er ganske store kulturelle utfordringer også når en stadig har skiftende – skal vi si – toppledelse, fordi det blir forsinkelser i prosesser som har med utvikling i store organisasjoner å gjøre.

Møtelederen: Takk for det. Da er tiden ute.

Neste utspører er Fremskrittspartiet. Ulf Erik Knudsen har 5 minutter til disposisjon. Vær så god.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Takk, leder.

Det første spørsmålet går til Legeföreningen. Innledningsvis sa dere noe om at man må ha et finansierings-system som støtter opp under – slik jeg forsto det – god planlegging, forutsigbarhet osv. I det notatet som dere har omdelt til oss, tar dere opp dette med at stykkpriselementet i ordningen med innsatsstyrt finansiering gjentatte ganger har blitt endret, mellom 60 pst. og 40 pst., og nå foreslås endret til 30 pst. Dette gir liten forutsigbarhet for sykehusene, sier dere. Er dette et sentralt punkt når det gjelder deres synspunkter på forutsigbarhet og på driften av sykehusene?

Torunn Janbu: Jeg kan bare ta det generelt. Når det gjelder forutsigbarhet, har det å gjøre med at det er samsvar mellom dette, uansett hva slags finansieringssystem

man har, og det man faktisk bestiller av tjenester. Men Arne Refsum kan ta det litt videre.

Arne Refsum: ISF er ett av mange elementer.

Det er helt klart at kapitalkostnadene, avskrivningsbølgene, som ikke kom på plass før 2007, og som har skapt en kjempegjeld, har vært med på å svekke respekten for budsjettet. I tillegg er pensjonsomkostningene, som ble unntatt fra resultatkravene – men rentene på dem måtte jo betales av driftsmidlene – med på å svekke en tro på at man kan få budsjettene til å holde.

Så kommer ISF, som har variert i størrelse, lite de siste årene, men fra begynnelsen. Det gir veldig ofte liten mulighet til langsiktig planlegging.

Så er det bruken av ISF. ISF er ment på et overordnet, aggregert nivå, kanskje på RHF-nivå, kanskje ned på foretaksnivå, men i hvert fall ikke ut til den enkelte pasient. Legeforeningen deltok i en høring i helse- og sosialkomiteen bare for en måned siden, da det var et representantforslag om å fjerne ISF-en fra pasienter i avsluttende fase, terminal fase, nettopp fordi man ser at stykkprisbetaling på slike pasienter ikke går.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Du nevner gjelden som et hovedproblem i forbindelse med både hvordan man ser på fremtiden, og hvordan man skal håndtere det. Har dere tatt opp dette på politisk nivå, også med hensyn til f.eks. å få strøket gjelden, slik at man får begynt på scratch?

Arne Refsum: Vi har tatt opp dette med kapitalhåndtering og gjeld en rekke ganger. Vi har ikke tatt opp spørsmålet om å stryke gjelden. Det har vi tenkt at dere får avgjøre selv. Vi skal ikke rope på mer penger, for det er dere alltid så tydelige på at dere ikke liker, men vi har jo håpet det, ja.

Det er noe med gjeld på avskrivningsdelen, men det er også noe med hvordan vi håndterer de nye, store sykehuse og investeringene der. Vi har St. Olav. Vi har Ahus. Det er drømmer om en lang rekke nye sykehus, og det ville være helt håpløst politisk hvis disse flotte byggene ikke kan tas i bruk fullt ut fordi renteomkostningene gjør at man ikke har råd til å drifte dem. Det har vi tatt opp en rekke ganger.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Jeg har et spørsmål om noe som ble tatt opp også av Arnesen, og som går på et mer generelt grunnlag.

Når det gjelder dette å forankre budsjettprosessen nede i organisasjonene, som dere alle sammen er misfornøyd med, slik jeg forstår det, ser man noen klare forskjeller mellom de enkelte foretakene? Er det enkelte virksomheter som er veldig gode på dette, og er det andre som er veldig dårlige? Er det noen vi kan trekke frem som spesielt gode eksempler, som får til dette? Det er spørsmål som går til alle de fremmøtte.

Arne Refsum: Fra Legeforeningens side kan jeg ikke si at jeg her og nå husker navn. Men vi har noen tillitsvalgte som rapporterer at dette startet tidlig, det skjer helt

nede på avdelingsnivå, og andre som på en måte bare får en beskjed fra direktør om at nå skal det spares 300 mill. kr, kom med forslag, jeg vil ha det i neste uke.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Jeg vet ikke om de andre organisasjonene vil si noe om det?

Unni Hagen: Som jeg var inne på tidligere da jeg hadde ordet, er problemet at det ikke er noe felles budsjettssystem. Det er mulig at noen klarer å gjøre dette på en god måte i forhold til andre, og at det er forskjeller også, muligens.

Et annet problem med dagens styringssystem er at det er veldig uoversiktlig hvordan de ulike regionene, og da de underleggende helseforetakene, løser disse oppgavene. Vårt største problem i dag er å finne ut hvordan ting foregår.

Jan-Erik Nilsen: Som en av våre tillitsvalgte sier om det å ha et budsjettjul: Der budsjettprosessen går og ruller fortløpende året rundt, og der man setter realistiske budsjett der de som tillitsvalgte er med, ser man at dette gir effekt og dette gir muligheter.

Møtelederen: Takk for det – der er tiden ute. Vi må være litt tøffe med tiden for å komme i havn her.

Da er det Høyres tur. Per-Kristian Foss har 5 minutter, vær så god.

Per-Kristian Foss (H): Mitt første spørsmål går til Legeforeningen.

Dere har selv sagt, i likhet med flere andre, at det er for mange kortsiktige innsparingstiltak som gir redusert kvalitet og kanskje også reinnleggelser, som gjør at vinningen går opp i spinningen, hvis jeg har skjønt dere rett. Kan du gi to konkrete eksempler på slike tiltak, gjerne med navngitte foretak osv., eller er det bare noe dere mener generelt?

Torunn Janbu: Det er en rekke eksempler på slike ting. Vi hadde vel ett fra Helse Sør-Øst i fjor da de stoppet forskning og utdanning, som vi ikke så på som særlig klokt langsiktig sett.

Vi har også en rekke forslag, uten at jeg husker navngitte foretak nå, som gjelder hvordan man skal kutte legearbeidstid uten at man sier noen ting om hvilke oppgaver man da ikke lenger skal gjøre. Vi har eksempler på at det har medført økt bruk av tilfeldig overtid. Det var vel i Tromsø de hadde det. Når det gjelder å kutte i legearbeidstid, har det skjedd i Trondheim.

Per-Kristian Foss (H): Er det tilfeldig at begge eksemplene gjelder leger?

Torunn Janbu: Det er dem vi har best oversikt over.

Per-Kristian Foss (H): Ok. Så de andre vil ha tilsvarende eksempler for sine ...

Torunn Janbu: Når det gjelder forskning, kan jeg si at det gjaldt på ingen måte bare leger.

Per-Kristian Foss (H): Men de hadde vel bra utdanning, de som forsker, antar jeg? De var vel ikke dårligere utdannet enn leger, de som forsker, mener jeg?

Torunn Janbu: Jeg tror ikke helt jeg skjønnte deg. Beklager.

Per-Kristian Foss (H): Da skal jeg gå videre med et helt konkret spørsmål til deg.

I 2007 leverte et utvalg av de regionale helseforetakene en rapport hvor de peker på at bedre samordning av bl.a. innkjøp av medisinsk utstyr kan gi betydelige innsparings-effekter. Den rapporten har ligget i departementet siden 2007 og er kanskje under arbeid.

Hvordan har dere som legeförening forholdt dere til dette forslaget?

Torunn Janbu: Det forslaget om samlet innsparing er vel noe som går til eiere og ledelsen av helseforetakene?

Per-Kristian Foss (H): Ja, men jeg antar at dere, i og med at rapporten er offentlig kjent, kanskje har uttalt dere om den?

Torunn Janbu: Nei, jeg tror faktisk ikke vi har gitt noen uttalelser om den. Prinsipielt er det flott å kunne spare penger ved å ha fornuftige innkjøpsrutiner.

Per-Kristian Foss (H): Det betyr at legene i ett helseforetak eller ved ett sykehus mener at én type maskin er riktig å kjøpe, mens andre mener at det er en annen maskin som er riktig å kjøpe. Det er flere leverandører man sikkert har et godt forhold til. Det vil jo bety at det blir en viss samordning og overkjøring her. Er du beredt til å gjøre det?

Torunn Janbu: Vi prøver generelt når det gjelder faglige råd, å få våre fagmiljøer til å stå sammen. Vi prøver så sterkt vi kan, å unngå at man blir stående mot hverandre, og det at forskjellige fagmiljøer mener forskjellige ting, får uhensiktsmessige konsekvenser – det være seg enten å komme med faglige retningslinjer og veiledere, eller det er å bli enige om hvilket utstyr man skal bruke.

Per-Kristian Foss (H): Takk. Så et spørsmål til Sykepleierforbundet. Det var bare én uttalelse jeg undret meg litt over at du ga. Det var at styrene i disse regionale helseforetakene som her sitter linet opp, har for svak politisk kompetanse. Er det noen spesiell leder du vil peke ut, eller er det summen av dem? Hva mener du med for svak politisk kompetanse i de regionale helseforetakenes styrer?

Jan-Erik Nilsen: De hadde vel for svak kompetanse. Vi har vel ønsket mer politisk styring inn i foretaksstyrene også enn det er. Vi tror det er viktig å ha enda større grad av politisk styring inn i foretaksstyrene.

Per-Kristian Foss (H): Betyr det flere tidligere politikere inn i styrene på bekostning av andre profesjoner, for å kalle det det, eller tenker du på styringen fra departementet overfor helseforetakenes styrer?

Jan-Erik Nilsen: Vi tenker vel på ... Nå ble jeg faktisk litt usikker.

Per-Kristian Foss (H): Ok. Jeg kan til slutt, hvis jeg har ett minutt igjen, gå over til Mosti, som var veldig generell i sin kritikk, nemlig at økonomistyringen er for dårlig. Jeg skjønnte ikke helt på hvilke punkter du mente den var for dårlig bortsett fra at for få involveres i prosessene. Å involvere flere innebærer vel egentlig at beslutningsprosessene vil ta lenger tid, og spørsmålet mitt er: Gir det noe bedre økonomistyring?

Geir Mosti: Jeg var generell, og det er klart at når en har overskredet budsjettene i så mange år og ikke har greid å ta inn de slakkene som er der, og styre etter de rammene man har, er det for dårlig styring.

Det er derfor vi vil at skal man få dette til i det ytterste ledd, må man ha budsjetter og en god oppfølging av det som skjer der. Jeg kunne tatt mange eksempler, men det har man ikke tid til. For eksempel har omgjøring av hjelpepleierstillinger til andre stillinger medført en stor kostnad for sykehusene. Det er mange slike ting man kunne tatt hvis man hadde ...

Møtelederen: Der er tiden ute. Da må jeg si takk.

Så går vi videre til Sosialistisk Venstreparti ved Hallgeir H. Langeland, som også har 5 minutter. Vær så god!

Hallgeir H. Langeland (SV): Takk for det.

Spørsmålet mitt går til alle tre organisasjonene. Filosofien bak denne reforma var jo eit såkalla New Public Management. Alle de tre her etterlyser tiltak som på ein måte ikkje passar inn i den strukturen. De snakkar om kvalitetsmål, langsiktighet, planøkonomi – egentleg snakkar de imot reformas intensjonar når det gjeld stykkpris og stykkprisfinansiering. Er det mogleg å gjennomføra det de ber om, langsiktighet, mål og kvalitet, med det utstyret me har no i forhold til styresamansetjing osv.?

Torunn Janbu: Om det er mulig eller ikke, vil først fremtiden vise. Men jeg vil jo si at hvis man går tilbake til forarbeidene for reformen, er det målsettinger der som jeg synes samsvarer godt med de forventningene vi nå stiller til endringer i reformen. Man forutsatte at man skulle kunne levere helsetjenester av god kvalitet, at det økonomiske grunnlaget og finansieringsformene skulle legge grunnlaget for det. Så slik vi ser det, har man på en måte ikke noen gang gjennomført reformen fullt ut, ut fra de intensjonene som var lagt ved oppstart. Rent økonomisk ble det også veldig tydelig i forhold til den manglende åpningsbalansen og det vi snakket om i sted, i forhold til utfordringen med å håndtere kapitalen. Så jeg skal ikke gå inn og si ja eller nei og om fremtiden vil vise om det er

mulig. Men jeg vil si at intensjonene med reformen og de målsettingsendringene som var satt, er ikke i motstrid til langsiktighet og kvalitetsmål og ikke minst ivaretagelse av pasientsikkerhet.

Jan-Erik Nilsen: Det går vel an å tenke at her får en det til i en kombinasjon med New Public Management. Det er jo noe med at hvis en er forutsigbar langsiktig, er det ikke noen motsetning i seg selv, og at dette er en del av tenkningen. Men markedsmekanismene må liksom ikke ta helt overhånd i dette. En må ha en langsiktig styring, og det kan en jo ha en moderne management-tenkning i sånn sett i en overordnet strategisk ledelse og strategisk planlegging.

Ellers til Foss: Jeg beklager, man hadde svak politisk styring, for da var det ikke politikere inne. Det var i 2000–2006. Jeg er glad for at de har kommet inn nå. Jeg trodde du hørte jeg sa «hadde». Beklager en gang til.

Geir Mosti: Ut fra det som nå er sagt, tror jeg at ved å gå tilbake til budsjett og langtidsbudsjett og sånn og få en bedre plan for dette, kan man få mye bedre styring. Men jeg er enig i at det bryter litt med en del av de forutsetningene som var lagt i dette.

Unni Hagen: I vårt brev til komiteen, som jeg håper dere vil studere nøye, har vi en henvisning til hva som skjedde i Wales bl.a. i forhold til dette styringssystemet. Der gikk det veldig langt i å utarme finansene for sykehussektoren. Vi er redd for at hvis vi ikke gjør noe grunnleggende med dagens styringssystem, konkurransesystem, vil vi kanskje oppleve samme situasjon som det de gjorde i Wales bl.a. Så det håper jeg dere vil se nærmere på.

Hallgeir H. Langeland (SV): Skottland har jo delvis gått tilbake på dette systemet som me framleis held på i Noreg. Er det nokon av dykk som kan seia noko om korfor me ikkje skal gjera det same som skottane?

Arne Refsum: Jeg kan nok ikke den skotske modellen så godt. Men de har jo gått mye mer over til rammefinansiering igjen og i tillegg ett forvaltningsnivå. Vi ser også at Finland og Sverige har mye mer ett forvaltningsnivå enn det Norge har. Det går mer på om vi skal ha et statlig nivå og et kommunalt nivå. Det er vel – litt på siden – ett av diskusjonstemaene i Samhandlingsreformen.

Så er det nå sånn at før vi begynte med innsatsstyrt finansiering, var aktiviteten lav, og ventelistene var et stort problem både for oss som jobber på sykehusene, og også for politikerne. De stadige offentliggjøringene av en venteliste som steg og steg, gjorde at man kom med en innsatsstyrt finansiering. Så har ikke foretaksreformen blitt det man trodde. Man startet med at alle foretak nærmest skulle konkurrere mot hverandre, og fritt sykehusvalg var en del av det. Riksrevisjonen sier jo nå at de etterlyser mer en regional styring av foretakene og hvilke oppgaver som skal ligge der. Så hele reformens fokus er jo flyttet fra konkurranse til mye mer samordning og ...

Møtelederen: Da må jeg si takk – beklager.

Det er Senterpartiets tur. Heidi Greni – 5 minutter, vær så god.

Heidi Greni (Sp): Takk for det. Flere her har påpekt at de etterlyser en forklaring på hva de skal gjøre mindre av. De får beskjed om at det skal gjøres mer av det og det, men ikke noen klargjøring av hva det skal gjøres mindre av. Er det sånn at dere etterlyser et mer detaljert oppdragsdokument, der det både presiseres hva det er som skal fortsette på dagens nivå, hvilke områder det er som skal økes, og hvilke områder det er som skal nedprioriteres?

Unni Hagen: Problemet er at oppdragsdokumentet for så vidt er ganske detaljert i forhold til at her skal veldig mye prioriteres, og så står ikke det i samsvar med de midlene regionene har til disposisjon. RHF-ene får overføringer fra Stortinget, og det er helseforetakene som da videre må gjøre de prioriteringene som også Riksrevisjonen her etterlyser skal gjøres tydeligere på helseforetaksnivå. Så blir det problematisk når pengene ikke strekker til.

Torunn Janbu: Så kan vi si at det ofte gjelder de kort-siktige endringene som gjøres for å holde budsjettene. Man sier at nå skal vi spare sånn og sånn, og da må vi ta ned arbeidstiden x antall timer eller minutter i uken, men så sier man ikke at man da skal ta ned aktiviteten. Så det er ofte i de situasjonene det skjer.

Så er det også en utfordring, som vi ser det, at Stortinget ikke får rapport om kvaliteten, og dermed stiller vi spørsmålet: Hvordan kan man ha skikkelig grunnlag for det man bevilger? Og det siste – tilsvarende når det gjelder pasientrettigheter: Hvordan går endringer i budsjettene, nedsparing eller selve budsjettet, inn på de pasientrettighetene som folk har? Det er det manglende samsvaret som er utfordringen.

Jan-Erik Nilsen: Det må jeg bare støtte. Det er det manglende samsvaret vi også ...

Heidi Greni (Sp): Sykepleierforbundet sa noe sånn som at de i stor grad har fått betalt for denne reformen. Kan dere presisere litt, gå litt mer i dybden på hva dere mener med det?

Jan-Erik Nilsen: Det vi får tilbakemeldinger om, er at det har blitt et økende stort arbeidspress, altså når det gjelder dem som er ute i den kliniske virksomheten, dvs. at dette med antall normerte stillinger er en stor utfordring. Andelen deltidsstillinger har faktisk økt med 14 pst. i helseforetakene. Det skaper jo en diskontinuitet. Det kan jo også gjøre noe i forhold til dette med pasientsikkerheten – satt på spissen – fordi en ikke får den kontinuiteten og den forutsigbarheten, og det skaper ganske stressede arbeidsforhold mange steder.

En annen ting er dette med reduserte midler til kompetanseheving. Det får vi stadig tilbake. Ta ett eksempel: videreutdanningen i pediatri. Norge satser jo veldig innenfor det området, i forhold til at vi har for mange tidlige fødte.

Nå er det ingen videreutdanning, spesialutdanning, i pediatri i Norge – så absolutt – for sykepleiere. Dette skal jo spesialisthelsetjenesten ha. Der har du et eksempel der det faktisk går ut over mulighet for en viktig spesialisering når det gjelder akkurat den delen av sykepleien. Det er andre eksempler også, når det gjelder operasjoner, anestesi, intensiv, der det enkelte plasser nå balanseres sånn sett om de faktisk får nok søkere. Noen plasser får de veldig godt med søkere, men det varierer for en stor del.

Heidi Greni (Sp): Når det gjelder ISF, fungerer den sånn at den på enkelte områder genererer økt aktivitet i andre avdelinger som ikke nyter godt av den? For eksempel hvis det er snakk om en kirurgisk aktivitet, vil da den økte finansieringen bli fordelt på dem som driver med rehabilitering, eller dem som skal forberede operasjon? Eller er det bare de som foretar f.eks. det kirurgiske inngrepet, som nyter godt av den, slik at den på en måte genererer utgifter i andre avdelinger som en ikke har tilstrekkelig styring på?

Torunn Janbu: Det er jo påpekt i Riksrevisjonens rapport også at det er problematisk at en bruker ISF-systemet helt ned på avdelingsnivå, og at man ikke klarer å koordinere seg i forhold til dette. Så det er klart at det du beskriver der, er en utfordring. Men det er sikkert forskjell på avdelinger og helseforetak når det gjelder hvor problematisk det er.

Heidi Greni (Sp): Til slutt lurer jeg på om denne reformen egentlig var godt nok utredet og godt nok forbedret. Er det egentlig naturlig at en så stor reform medfører økte kostnader, og burde det vært bedre forutsett?

Møtelederen: Da er det 10 sekunder til å svare på det – vær så god.

Unni Hagen: Hvis jeg kan begynne med å svare på det, er det helt tydelig at den ikke var det. Nå har vi erfaringer nok til å se at her er det grunn til å gjøre noen grep, og i demokratiperspektivet ...

Møtelederen: Takk for det, da er tiden ute.

Det er Kristelig Folkepartis tur. Hans Olav Syversen har 5 minutter til disposisjon – vær så god, Syversen.

Hans Olav Syversen (KrF): Jeg tror jeg skal våge meg på et par spørsmål med en gang, og de er samlet til organisasjonene.

Dere har selv pekt på hvor viktig det er å involvere de ansatte for å få – hva skal vi si – forståelse for det budsjettet og den aktiviteten man skal ha. Dere har også nevnt at det er blitt et for topptungt byråkrati. Så mitt første spørsmål er: Mener dere at involveringen av de ansatte og dermed deres positive bidrag til å få budsjettbalanse er svakere nå enn før reformen? Det er det ene.

Det andre er at vi ser også at når man skal saldere budsjetter, kan det være fristende å flytte penger fra ulike områder for å få det i hop. Vi har fått flere henvendelser og

spørsmål knyttet til f.eks. det å overføre psykiatrimidler, som i realiteten er øremerket, til somatikk. Når man ser på Riksrevisjonens rapport, viser det seg at enten har man brukt for lite eller vært i balanse når det gjelder psykiatri, og det motsatte når det gjelder somatikk. Så mitt spørsmål til organisasjonene er: Har dere også indikasjoner på at det salderes ved at øremerkede midler til psykiatri i realiteten overføres til somatisk sektor?

Arne Refsum: For å ta det siste spørsmålet først: Ja, det overføres i mange foretak midler fra psykiatri til somatikk, eller fra psykiatri til å dekke opp underskuddet som ligger i den totale budsjettkassa. Mye av det skyldes jo mangel på fagfolk i psykiatrien – man søker og søker, men man får ikke fagfolk. Dermed får man på en måte verken økt aktiviteten eller brukt pengene. Men når opptrappingsplanen er slutt og disse midlene er frigjort, vil jeg si at det fortsatt trengs et sterkt fokus på at de blir der de skal være, nemlig i psykiatrien.

Når det gjelder spørsmålet om vi har fått en svakere involvering nå enn før reformen, tror jeg denne selskaps-tankegangen førte til en litt sånn cowboykommandolinje fra begynnelsen av – nå bruker jeg harde ord. Det har blitt bedre igjen etter hvert, men det var en lang periode hvor man var veldig dårlig involvert.

Torunn Janbu: Nå tror jeg at utfordringene også er blitt større med de store omstillingsprosessene, slik at behovet for involvering er blitt større.

Jan-Erik Nilsen: En gikk jo fra todelt enhetlig ledelse til enhetlig ledelse. Det er klart at det var mye bra med det, men det foregikk jo samtidig som denne reformen ble etablert. Det gjorde at mange av våre ledere, altså avdelingssykepleiere, ikke var nok involvert i en god del av disse prosessene. Det har blitt mye bedre nå fordi en har fått styringsverktøy, men fortsatt er det nok en del utfordringer. En har veldig mange ansatte og et stort ansvar døgnet rundt, så der ligger det nok noen utfordringer fremdeles når det gjelder drifting av sengeposter. Selv om mange har gjort mye bra der også, er nok det veldig ulikt mange steder.

Når det gjelder psykiatrien, får vi tilbakemeldinger på at det har skjedd – ja. En stiller spørsmål – det er en del som gjør det – om det faktisk er gått midler fra psykisk helse over til somatikken. Det er noe som en får tilbakemeldinger på eller spørsmål om eller kommentarer på innimellom, uten at vi kan si eksakt at det er gjort. Men det stilles mange spørsmål.

Unni Hagen: De vridningseffektene som også Riksrevisjonen påpeker, påpekte vi allerede i 2008 i en høring i helse- og omsorgskomiteen. Det er klart at når vi har et system, og i bestrebelsen for å komme i budsjettbalanse, hvordan skal man klare det? Det er klart at når vi har et system som deler mellom lønnsomme og ikke-lønnsomme pasienter, vil psykiatriske pasienter bli skadelidende, for de er ikke lønnsomme i dette ISF-systemet.

Rehabilitering er et annet område. For å komme i ba-

lanse legger man ned rehabiliteringsinstitusjoner over hele landet. Da kommer man kanskje i balanse. Men det sier egentlig ingen ting om hvor gode helsetjenestene er, og det er et tankekor.

Møtelederen: Takk for det.

Da er det Venstre som er siste parti ut. Trine Skei Grande har 5 minutter til disposisjon – vær så god.

Trine Skei Grande (V): Hvis en ser hele reformen i et fugleperspektiv, er det klart at i løpet av de ti siste åra har vi doblet utgiftene som vi bruker på sykehus. Det er en fordobling av de pengene som går fra dette huset til sykehus. Så sies det at vi må si hva vi skal gjøre mindre av. Jeg er litt usikker på hva det er vi har sagt at vi skal gjøre så mye mer av, og når de beskjedene er gitt som skulle tilsi denne doblingen. Eller er det noe med måten vi organiserer oss på, som har stimulert til denne doblingen. Så mitt spørsmål går først til Legeforeningen: Er det noe ved organisasjonen vår som gjør at vi har doblet utgiftene våre på dette området i løpet av ti år, eller er det bare et ønske fra politikerne om at man skal gjøre mer? Hva er de store grepene vi har gjort som sier at det skal gjøres mer?

Det andre spørsmålet er: Fins det noe land som vi kan lære av, som har organisert sykehusene sine på en måte som gjør at en reelt sett får en politisk prioritering av hva det er som er viktig å gjøre, og at man også får styring på pengebruken innenfor en så stor sektor som dette egentlig er?

Torunn Janbu: Takk skal du ha!

Det er klart at det har vært beskjed om en aktivitetsøkning. Det aller første som skjedde, var at det kom beskjed om å få ventelistene ned. Det medførte jo en betydelig aktivitetsøkning å få til det. Det var et tydelig politisk signal.

Hva har budsjettene gått til? De har gått til nye oppgaver, f.eks. kom rus i stor grad inn i spesialisthelsetjenesten. For eksempel er det kostnader knyttet til nye og dyre medikamenter, det er transportkostnader, det er pensjonskostnader – det er riktignok dekket opp – og det er den vanlige lønnsutviklingen. Og der er jo både de tallene og de rapportene vi har fått gjort og sett på, og Helse- og omsorgsdepartementets beregninger slik at man ser at det vesentlige av den økningen har gått til de nevnte oppgavene. Når man da sammenligner det man har fått av økte midler for å gjøre mer, viser det seg jo at aktivitetsøkningen er større enn den tilsvarende økonomiske økningen man har fått.

Trine Skei Grande (V): Var det en tabbe å legge rus inn i spesialisthelsetjenesten?

Torunn Janbu: Nei, det tror jeg ikke. Jeg synes absolutt man skal fremheve at rusomsorgen er en tverrfaglig og spesialisert helsetjeneste som det på ingen måte har vært gjort nok for før, så det tror jeg var viktig. Men det er viktig når man flytter det inn, at man er åpen på at da går også pengene til en ny oppgave, og at man ikke

bare sier at spesialisthelsetjenesten har fått dobbelt så mye penger.

Trine Skei Grande (V): Fins det noe land som organiserer dette på en god måte?

Torunn Janbu: Som organiserer helsetjenesten på en god måte? Det er veldig forskjell på de forskjellige landene med hensyn til hvordan de organiserer det, og det er forskjell på kulturen.

Trine Skei Grande (V): Når det gjelder styring av sykehøkonomien, er det noen som har noen gode forslag til oss?

Arne Refsum: Nei, jeg har ikke det. USA har jo et enormt privat helsemarked, og dit har ikke Norge ønsket å komme. Europa har et veldig blandingsmarked. Det er vanskelig å analysere hva som er privat, hva som er privat forsikring, og hva som er offentlig forsikring. De nordiske landene har jo sine vanskeligheter. De går ofte i takt med oss. Det hevdes at i Finland har man en veldig mye høyere produktivitet enn i de norske sykehusene, men når man går inn i tallene, var det en økonomundersøkelse fra Oslo nå som viste at tok man det norske lønnsnivået og den norske desentraliseringen, utgjorde det mer enn 80 pst. av forskjellen mellom Finland og Norge. Så nei, jeg har ikke et sikkert land å komme med. Skottland og New Zealand ser ut til å være spennende, men jeg kan for lite om dem til å kunne si sikkert at vi ikke går på andre tabber hvis vi går rett dit.

Torunn Janbu: Men jeg tror det er viktig å påpeke at den norske primærhelsetjenesten faktisk er under fullstendig økonomisk kontroll, og at man ser nøye på det før man begynner å tenke på at man skal finansiere de to nivåene på en annen måte.

Trine Skei Grande (V): Er Samhandlingsreformen godt nok forberedt til å takle akkurat dette?

Torunn Janbu: Kort svar: Bruk tid på det, og ta i bruk de riktige virkemidlene!

Møtelederen: Takk for det!

Da er det lagt inn 5 minutter til oppklarende spørsmål fra komiteen, og i denne runden vil jeg presisere at det er helt avgjørende at det kommer svært korte svar på svært korte spørsmål.

Da er det først Marit Nybakk, deretter Ulf Erik Knudsen.

Marit Nybakk (A): Takk, leder!

Det kunne vært fristende nå å stille spørsmål om Samhandlingsreformen igjen. Jeg skal ikke gjøre det.

Jeg har et spørsmål om byråkratiserende mellomledd og konsekvensene for styring. Vi har nå sett at det bl.a. i Helse Sør-Øst plutselig dukker opp noe som heter Vestre Viken – og det var altså ikke en strømleverandør, det var noe

helt annet – og vi fikk Oslo universitetssykehus. Dette er da mellomledd ned til de enkelte sykehusenhetene. I hvilken utstrekning virker dette byråkratiserende? Tapper det penger fra sykehusene nede? Og er det slik at det også da gjør at man får mindre ressurser til fagpersonell og større uoversiktligheit – dere har brukt ordet «uoversiktig» flere ganger?

Unni Hagen: Vi vet nå at vi har fått en økt byråkratisering med det nye styringssystemet i helsesektoren. Det var nettopp det vi ikke skulle få. Vi skulle omorganisere oss for å få mindre byråkrati. Men rapport etter rapport viser at det nettopp er det motsatte som har skjedd, og selvfølgelig også da tar store ressurser fra det vi egentlig skal drive med, nemlig helse.

Torunn Janbu: Det er ikke noe entydig svar på det. Hvis man legger til nye nivåer, må man altså ta andre ting ned hvis man skal få en klok situasjon. Og det kan man jo gjøre.

Møtelederen: Da er det Ulf Erik Knudsen, deretter Per-Kristian Foss.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Legeföreningen uttalte at bestillerdokument og foretaksmøte kom for sent. I Stortinget ligger det nå et forslag om en årlig sykehusproposisjon, som skal fremlegges for samme periode som kommuneproposisjonen, for å sikre en langsiktighet. Tror Legeföreningen at vi kunne bedret situasjonen med hensyn til langsiktighet og styringssignaler hvis vi hadde fått en avklaring på dette på vårparten, slik vi gjør med kommuneproposisjonen?

Torunn Janbu: Det kan være en god idé å se på det, men jeg ville da foreslå at den ble treårig.

Møtelederen: Da er det Per-Kristian Foss, deretter Hallgeir H. Langeland.

Per-Kristian Foss (H): Dere har alle fremstilt konkurransen om helsevesenet som at politikerne må levere penger, og dere leverer kvalitet. Så er spørsmålet: Hvem har vunnet?

Politikerne har i løpet av de siste 30 årene gitt helsevesenet den største økning, større enn noen annen sammenlignbar sektor – noen annen sammenlignbar sektor. Ikke noe land bruker så mye penger på helsevesenet i Europa som Norge gjør, ikke noe land har så mange fagfolk ansatt som Norge. Allikevel havner Norge på en tiendeplass på rangeringen av helsevesenet i Europa. Hvorfor har ikke dere levert mer tilbake for de pengene som er stilt til disposisjon? Hva kan vi gjøre for å komme på førsteplass, der vi hører hjemme?

Torunn Janbu: Da vil jeg igjen peke på at vi har levert mye hvis vi ser på aktivitetsøkningen. Jeg vil også peke på at vi har en god helsetjeneste.

Vi er avhengig av at vi får levert til dere kvalitetsindi-

katorer, som jeg sa. Det er faktisk et veldig viktig poeng for oss å fremheve at dere vet hvilken kvalitet som skal leveres.

Jeg vil svare på det med å si at ja, jeg synes faktisk vi er gode, men det må bli et bedre samsvar med det dere bevilger, og en bedre kommunikasjon og en bedre rapportering, slik at vi får til optimaliseringen.

Nå har ikke jeg gått inn i detaljene her, det er forskjellig hvordan man rapporterer på dette, men jeg synes faktisk at vi skal rangeres høyt når det gjelder kvalitet.

Møtelederen: Da er det Hallgeir H. Langeland som er neste. Vær så god, Langeland!

Hallgeir H. Langeland (SV): Legeföreningen var inne på at mangelen på fagfolk i psykiatrien gjorde at ein faktisk sparte pengar på psykiatrien som ein kunne overføra til somatikken. Er det nokre problem med rekrutteringa til psykiatrien, eller er det slik at ein spekulerer i å ha få fagfolk innanfor det området?

Arne Refsum: Ved å lese styrepapirene i alle foretakene – nei, jeg tror ikke man spekulerer. Det er for få fagfolk. Opptrappingsplanen er lagt opp til å utdanne langt flere, men det er bare det at det å utdanne tar lang tid, og ikke bare tar det tid, men det spiser også av kapasiteten til dem som allerede er i systemet, for å bruke tid også på å veilede de nye. Inntrykket mitt er at beskjeden om at veksten i psykiatrien skulle være høyere enn i somatikken, er akseptert og respektert, men det har ikke vært mulig.

Møtelederen: Da er det lagt opp slik at dere har 5 minutter til en oppsummering, og da er det 5 minutter til sammen, og det utgjør ca. 1 ½ minutt på hver. Siden vi begynte øverst i stad, kan vi begynne med Legeföreningen nå, og jeg ber om at dere er veldig disiplinerte på tiden. Vær så god!

Torunn Janbu: Samsvar mellom ansvar, oppgaver og bevilgninger, satsing på utvikling av kvalitetsindikatorer sånn at Stortinget har et reelt og godt grunnlag for bevilgninger, og satsing også på alle fire lovpålagte oppgaver i sykehusene. Utdanning og forskning synes jeg er lite omtalt i Riksrevisjonens rapport – for ikke å snakke om utdanning av pasienter og pårørende. Og se på konsekvensene for pasientrettighetene, som Norge flagger høyt i budsjetteringsarbeid og ved senere tiltak.

Jan-Erik Nilsen: Igjen: involvering. Det må satses på kompetanseutvikling for å rekruttere til helsetjenesten framover. Det må satses mer på økonomistyring og ledelse på alle ledernivå helt ut fordi kontrollspennet kanskje er størst ute. Men de har ofte få støttefunksjoner, så det er veldig viktig å ha dette for å kunne sikre det lengst ute. Involvering – igjen – i budsjettprosessen, budsjettjul og at budsjettene er realistiske, sånn at det kontinuerlig er anledning til å justere dem. Ledere på alle nivå må ha tid til å kunne lede – det må også satses i større grad på akkurat dette – og langsiktig tenkning må tillates i mye større grad.

Geir Mosti: Ja, nå er jo veldig mye sagt, men jeg tror også at med så mye penger som vi bruker på helsesystemet i Norge, er det jo utrolig viktig at vi får til et bedre samspill enn hva vi har hatt, og denne høringen kan jo være en del av det, med de innspillene som er kommet, for her har vi felles interesser. Men jeg er også opptatt av at alle de yrkesgruppene som jobber innenfor helsesektoren, blir tatt med, og at det ikke bare er spesielle grupper. Vi organiserer ca. 120 forskjellige yrkesgrupper i Fagforbundet, og det er veldig viktig at både våre ambulanspersonell, hjelpepleiere og andre blir hørt i det daglige arbeidet, for det er de som vet hvor skoen trykker. Derfor er viktig at de også blir tatt med på råd. I fellesskap tror jeg vi skal få til et enda bedre system.

Møtelederen: Takk for det! Nå var dere så disiplinerte at vi sparte inn de tre minuttene vi var på overtid, så det var veldig godt. Takk for deres bidrag! Vi skal ta dem med oss videre i vår behandling av saken. Vi tar pause til kl. 14.10.

Høringen ble avbrutt kl. 14.03.

Høringen ble gjenopptatt kl. 14.10.

Høring med styrelederne i de regionale helseforetakene

Møtelederen: Da er klokken slagen, og vi faller til ro og går videre i programmet.

Jeg vil få lov til å ønske styrelederne og de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene velkommen til åpen kontrollhøring.

Fra Helse Sør-Øst RHF møter styreleder Hanne Harlem, med adm. direktør Bente Mikkelsen som bisitter.

Fra Helse Vest RHF møter styreleder Oddvard Nilsen, med adm. direktør Herlof Nilssen som bisitter.

Fra Helse Midt-Norge RHF møter styreleder Kolbjørn Almlid, med adm. direktør Gunnar Bovim som bisitter.

Fra Helse Nord RHF møter styreleder Bjørn Kaldhol, med adm. direktør Lars Vorland som bisitter.

Etter hva jeg har forstått, har de regionale helseforetakene samordnet seg, slik at den innledende presentasjonen blir gitt av Kolbjørn Almlid, som er styreleder i Helse Midt-Norge RHF.

Vær så god, Almlid, du har 10 minutter til disposisjon.

Kolbjørn Almlid: Takk skal du ha.

Først noen sentrale overordnede forhold: Jeg vil påstå at vi over tid har lyktes bedre med å få orden på økonomien i alle foretak gjennom en sterk og robust styringsstreng fra Helse- og omsorgsdepartementet, ned gjennom det regionale foretaket til foretak og ned til enhetsnivå. Denne strengen fungerer to veier: gjennom foretaksmøtene og den løpende avklaring om tiltak og opplegg fra HOD og nedover og ved innspill fra enhetsnivå gjennom helseforetak opp gjennom RHF og til HOD. Dette har HOD bidratt til å systematisere.

Vi oppnår bedre resultat når denne strengen fungerer ubrutt og aktivt i begge retninger, slik den gjør nå. Forank-

ringen av tiltak vil skje innenfor en felles forståelse og i et arbeidsmiljø hvor vi utfører hensiktsmessige endringer og omstilling av driften. På denne måten opparbeider vi intern lojalitet og hensiktsmessige tilpasninger. Når vi så rundt dette bygger opp internkontroll, kvalitetsindikatorer og andre kontroll- og styringsmuligheter, vil vi utvikle en bedre drift av foretakene. Dessuten vil den demokratiske dimensjonen bli mer framtrædende når «alle» får være med på å gi innspill, vise fram sine muligheter og vanskeligheter, slik at vedtak kan bli gjort på best mulig måte. Dette skaper også større åpenhet og forutsigbarhet.

Dette har vært en av bunnplankene – i alle fall i Helse Midt-Norge, som jeg kjenner best – i arbeidet med å oppnå økonomisk balanse og respekt for budsjettene. På den annen side er det ingen grunn til å legge skjul på at fokuset på økt aktivitet for å få ned ventetiden og antall korridorpatienter de første årene i reformperioden, og som man langt på vei har lyktes med, tok bort noe av fokuset på omstilling og effektivisering. De regionale helseforetakene har i varierende grad ivaretatt eiers økonomiske styringskrav.

Det er ikke lenge siden den økonomiske situasjonen i Helse-Norge var preget av meget store underskudd. Vi brukte langt mer enn det Stortinget hadde bevilget. Som kjent var Helse Midt-Norge veldig langt unna eierkrav i 2006. I foretaksprotokollen i februar 2006 understreket eier at styret nå må ta avgjørende grep for å sikre betryggende styring og tett oppfølging av helseforetakenes økonomi.

Ser en Helse-Norge samlet, var likevel avviket i 2007 på hele 1,45 milliarder kr i forhold til eiers styringsmål. I 2008 var samlet avvik på om lag 700 mill. kr. Det er ulike forklaringer på avvikene, men uansett forklaring er det udemokratisk å bruke mer enn vår andel av fellesskapets midler. Jeg opplever i dag at ledere og ansatte er enige i det.

Regnskapet for 2009 er i dag ikke avsluttet, men prognosen for 2009 viser at Helse-Norge samlet går i økonomisk balanse og oppfyller eiers økonomiske resultatmål. I tillegg indikerer aktiviteten i 2009 en vekst på 1,5 pst. sammenlignet med 2008-nivået, som forutsatt. Gjennomsnittlig ventetid er redusert fra 88 dager i 2002 til 71 dager i 2008. Store underskudd gjennom flere år og tidligere ubalanse mellom pensjonspremier og likviditet til å håndtere disse har ført til at flere regioner har en høy andel driftskreditt. I tillegg har store låneopptak i enkelte regioner bidratt til at rentebærende gjeld er svært høy. Foretakene er av den grunn eksponert for endringer i rentenivået.

Grunnlaget for rapporten er disposisjon og resultat på flere nivåer, noe som strekker seg over en relativt lang tidsperiode med store variasjoner. Helse Øst hadde balanse fra 2002, Helse Midt-Norge var i balanse fra 2007, Helse Nord og Helse Vest var i balanse i 2009, og Helse Sør-Øst hadde en kraftig forbedring i 2009. Et sterkere fokus på kostnadskontroll har vært gjennomgående de siste årene. Inntektssiden har vært viktig, men like viktig er det å ha fokus på utgiftssiden. Her har det skjedd en positiv endring i hele Helse-Norge, men vi er ennå ikke ferdigspart på noen måte.

I de tidlige årene etter gjennomføringen av helsereformen var det et sterkt styringsmessig fokus på å redusere sektorens største problem: helsekøene. Med dette fokuset og 60 pst. inntektsstyrt finansiering genererte helseforetakene en sterk aktivitetsøkning, som skapte mer kostnader enn inntekter og utfordret økonomien i helseforetakene.

I alle regionene ble det spesielt i årene 2006–2008 arbeidet med å styrke styring og kontroll gjennom etablering av regimer, forbedring av rapportering, oppfølging av analyser. Dette ga gradvis resultater, og det var mulig å fortsette med en svak vekst i aktivitetsnivået, samtidig som kostnadsveksten bremses opp.

Det sterke fokuset på helsefaglig utvikling og kostnads-effektivitet førte bl.a. til at ventetidene ble redusert. Gjennom den styringsmessige tilpasningen som har skjedd fra 2002, med bl.a. ny inntektsfordelingsmodell, har helseforetakene beveget seg fra en forvaltningspreget styring av både drift og økonomi i retning av en aktiv, helhetlig virksomhetsstyring. Det gjenstår imidlertid fortsatt arbeid for å etablere gjennomgående styringssystemer som grunnlag for bedre styring og kontroll.

Jeg vil likevel hevde at Helse-Norge de senere årene har lyktes med å innfri målet om økonomistyring, uten at dette har gitt dårligere kvalitet eller har gått ut over tilbudet til pasientene – snarere tvert imot. Det har de siste årene vært gjort tunge investeringer i Helse-Norge. Kapitalkostnadene er en utfordring i årene som kommer, men det er også slik at vi skal høste av milliardinvesteringene i form av bedre kvalitet for pasienter og pårørende. Det økonomiske handlingsrommet innenfor dagens rammer for å gjennomføre nye, større investeringer er begrenset.

De regionale helseforetakene har hver for seg og sammen, bl.a. gjennom nasjonale nettverk for økonomi- og likviditetsstyring, arbeidet med utvikling av beste praksis og metoder for styring. Dette nettverksarbeidet bidrar både til kompetansespredning, standardisering og utvikling av de ulike satsingsområdene.

Alle regionale helseforetak arbeider med utvikling av økonomiske langtidsplaner over tre til fem år, parallelt med utvikling av mål og strategi for hele virksomheten. For eksempel har Helse Midt-Norge god erfaring med å starte arbeidet med langtidsbudsjettet allerede i januar. Da er basis for neste års budsjett klart allerede før sommeren. Langtidsbudsjettet er et viktig redskap når det gjelder å skape forutsigbarhet og felles forståelse for utfordringsbildet. På denne måten gjøres det overordnet konsekvensberegning av mål og strategi, både for faglige og økonomiske parametre, som gir et robust grunnlag for de årlige budsjettprosessene og for helseforetakenes egen langtidsplanlegging.

Det er en utfordring å gjennomføre store strukturelle endringer som ofte har en pukkelkostnad, samtidig som likviditeten er knapp, og avkastningen ligger fram i tid. Samtidig kan langtidsplanleggingen avklare at det ikke blir mer penger neste år. Vi har knesatt prinsippet om at helseforetakene selv har ansvaret for å holde seg innenfor de økonomiske rammene, og at de ikke kan regne med at det kommer mer penger i løpet av året.

Det er vanskelig å konkludere med at det har vært for

stor utskifting av ledere i helseforetakene. En del utskifting har nok vært nødvendig. Helseforetakene konkurrerer, som alle andre virksomheter, om å tiltrekke seg og beholde de gode lederne. Helseforetakene er store og komplekse, og kontinuitet og god ledelse er en viktig suksessfaktor for å nå helseforetakenes mål.

Både de faglige kompetansemiljøene og offentligheten er sterke utfordrere. Det stiller store krav til lojalitet og tydelig kommunikasjon mellom alle ledd. Lojalitet må etableres gjennom forankring og forståelse av mål og rammer. Det er etablert flere lederutviklingsprogrammer, både regionalt og nasjonalt. Nasjonalt topplederprogram startet som pilot i 2003 og er etablert som et fast program fra 2005.

Så er det spørsmålet om å ivareta internkontroll: Ja, de regionale styrene og helseforetakenes styrer ivaretar sitt internkontrollansvar etter helseforetaksloven gjennom måten de organiserer på, funksjonsfordeler, legger strategier og handlingsplaner, bygger opp systemer for kvalitets-sikring, budsjetterer samt rapporterer og følger opp. Det vil i enhver virksomhet fortløpende være behov for å gjøre forbedringer og måle effektene av disse. Dette ansvaret innebærer også kontinuerlig vurdering av internkontrollen for å sikre tilfredsstillende måloppnåelse, etterlevelse av lover og forskrifter samt korrekt rapportering av regnskaps- og styringsdata. Dette er de tre bærende styringsprinsipper som ligger til grunn for prioriteringer og god virksomhetsstyring.

For å få ytterligere fokus på internkontroll etablerte i 2005 alle de regionale helseforetakene revisjonskomiteer som et underutvalg av styrene, som har som formål å bidra til styrets iverksettelse av tilsyns- og kontrollfunksjonen. Parallelt med dette ble det etablert internrevisjon i de regionale foretakene, med revisjonskomiteen som oppdragsgiver. Internrevisjonen skal se til at internkontroll og risikostyring utøves slik at den sikrer god virksomhetsstyring i helseforetakene.

Avslutningsvis: Til tross for at vi langt på vei har levd opp til de økonomiske forventningene i 2009, kan vi ikke lene oss tilbake. Vi vet at vi har store utfordringer i årene framover, men arbeidet med å skape orden i økonomien er helt avgjørende for å sikre tillit til styringen av spesialisthelsetjenesten. For å bygge en god og framtidrettet spesialisert helsetjeneste er det viktig å forsterke fellesskapet mellom helseforetakene, og mellom oss og primærhelsetjenesten.

Møtelederen: Da må jeg si takk, for tiden er ute.

Kolbjørn Almlid: Da var det bare to linjer igjen, så det var ikke verst.

Møtelederen: Det var veldig bra. Det var godt beregnet.

Da går ordet videre til saksordfører Bendiks H. Arnesen, som nå har 10 minutter til disposisjon.

Det er utspørerne som nå disponerer sin tid fullt og helt, og selv styrer ordet mellom seg.

Bendiks H. Arnesen – vær så god.

Bendiks H. Arnesen (A): Det var jo en innledning som faktisk svarte på en del av de spørsmålene som jeg hadde forberedt meg på å stille. Men ett område som jeg har lyst til å nevne, er det som står i Riksrevisjonens rapport, som viser at budsjettprosessene i mange helseforetak ikke har startet tidlig nok for å kunne identifisere, planlegge og iverksette omstillingstiltak slik at det gir effekt fra begynnelsen av budsjettåret. Da er ett av spørsmålene mine: Har dette vært en av grunnene til det underskuddet vi har og som Riksrevisjonen påviser?

I oppfølgingen av det merker jeg meg også at det er sagt at kravene til resultatrapportering synes å ha vært for omfattende. På hvilken måte påvirker dette helseforetakenes administrative arbeid?

Kolbjørn Almlid: Vi gjør det slik at de som føler at de har noe å si om dette, bare tar ordet. Men jeg starter opp. Når det gjelder dette med å starte opp budsjettprosessen, starter den i dag betydelig tidligere enn før. Før var det ganske vanlig at det var en sak som hørte høsten til – i dag hører den i høy grad etterjulsvinteren og våren til. På den måten får vi involvert partene i arbeidslivet, for å bruke et slikt begrep, og de ansattes organisasjoner, og vi får en helt annen ro og orden rundt dette med budsjettprosessen, som er bunnplanken i neste års arbeid.

Bjørn Kaldhol: Jeg kan bare bekrefte det Kolbjørn sier, at vi starter budsjettprosessen tidlig. Våre helseforetak får sine foreløpige budsjetttrammer i juni måned, av og til i slutten av mai. De bør ha god tid til å forberede neste års budsjett, og de trenger ikke å vente på statsbudsjettet. Det som måtte komme i statsbudsjettet, blir finpuss av de langsiktige forutsetningene som ligger der fra før. Og så kunne alle ønske seg oppdragsdokument tidligere og statsbudsjett tidligere, men det får vi nå forholde oss til.

Hanne Harlem: Det å starte tidlig nok er selvfølgelig viktig, og vi arbeider med det hele tiden. Men det som i tillegg er viktig, er koblingen mellom strategi og budsjett. Det synes jeg også vi får til bedre enn før, men der kan vi bli enda bedre. Det er veldig lett å støtte de organisasjonene som var her tidligere, i ønsket om involvering. Det er helt avgjørende med medvirkning og involvering for å få dette godt til. Det er bl.a. bakgrunnen for at vi har våre tolv prinsipper for medvirkning, som i hvert fall er bra på papiret, og som vi arbeider for å operasjonalisere godt ute i foretakene. Det er ingen tvil om at vi ser sammenheng mellom de som involverer godt og de som faktisk også klarer å få det til.

Oddvard Nilsen: Jeg tror også at vi for Helse Vests del skal innrømme at selve grunnlaget – kvaliteten i selve budsjettet – stundom ikke har vært slik som det burde være. Det vi har laget et system av nå, er at vi nå altså kan knekke oss helt ned til den minste avdeling i systemet og på den måten også gi informasjon og kontrollere det hele på en helt annen måte enn vi kunne tidligere.

Kolbjørn Almlid: Når det gjelder resultatrapporteringer, er de meget greit avklart med Helse- og omsorgsdepartementet. I den tiden Helse Midt-Norge har hatt store problemer, fra 2006 og utover, møtte vi hver måned – på styreledernivå også – i Helsedepartementet. Vi har hatt en god prosess sammen med Helsedepartementet. Den har utviklet seg meget godt, synes vi, også i de årene som har gått fram til nå. Så rapporteringen foregår i dag innenfor meget avklarte former, med spørsmålet om hvordan bli bedre som utgangspunktet for dette.

Bendiks H. Arnesen (A): Ja, takk.

Vi hørte tidligere i høringen i dag at fagorganisasjonene påpekte dette med bruk av eksterne konsulenter. Jeg forsto det vel slik at de oppfattet det som et forstyrrende element. Kan dere si litt om det?

Kolbjørn Almlid: Jeg kan bare si at bruken av det i volum har gått ned generelt. Dette er ting som også er tatt opp i forbindelse med det årlige bestillingsdokumentet fra HOD, hvor det på en måte har blitt en avklart situasjon mellom egentjenester og dette at vi nå og da må ut. Men dette har blitt redusert over sikt.

Oddvard Nilsen: Ja, i tillegg til at det er redusert over sikt, er det vel slik at i budsjettarbeidet bruker vi ikke konsulenter.

Kolbjørn Almlid: Nei.

Hanne Harlem: Jeg har bare lyst til å differensiere det, i tillegg til det de andre har sagt her. Én ting er å bruke konsulenter nettopp i budsjettarbeid, som vi selvfølgelig ikke gjør – vi har gode eksempler nå på ikke-bruk av konsulenter i forbindelse med omstillingsprosessene, bl.a. i Vestre Viken. Hele forberedelsen der har bare skjedd med interne krefter i denne sammenslåingen av de fire sykehusene til Vestre Viken.

Men så har vi IKT-siden f.eks., hvor det er åpenbart nødvendig. Vi har også andre områder hvor det periodevis vil være helt feil å ha spesialkompetansen hos oss hele tiden. På en del slike spesialistområder er det åpenbart både god økonomi og god kompetansebruk å bruke konsulenter. Men at konsulentbruken skal være så lav som mulig, har vi i oppdrag, og det prøver vi å følge.

Bjørn Kaldhol: Vi kommer ikke unna at vi iblant må bruke eksterne konsulenter. Vi har til dels brukt dem for å få gjennomgått områder og virksomheter som ikke har fungert godt nok, for å se om de kunne gi oss noen ideer til forbedringsprosesser. Så da vi f.eks. skulle dra en full gjennomgang av vår ambulanse- eller prehospitalt virksomhet, brukte vi eksterne konsulenter for å få en gjennomgang av statusforholdet til nasjonale standarder og forholdet til de nye forskriftene som kom.

Bendiks H. Arnesen (A): Lønn og pensjon utgjør en stor andel av budsjettene til foretakene. Hvor stor del av

budsjettøkningen har gått med til lønns- og pensjonsutgifter – kan man svare på det?

Kolbjørn Almlid: Prosentuelt kan jeg ikke si det. Men når det gjelder lønn, har vi i hvert fall for Helse Midt-Norge – det kan jeg understreke – holdt oss innenfor den rammen som har vært avklart i Stortingets budsjett. Når det gjelder fordelingen innenfor dette, har den også vært målrettet med tanke på det vi ønsker å oppnå med en differensiert lønnsbane. Men vi har aldri oversteget den prosentuelle basis som er lagt.

Men det er sikkert noen som vet mer om dette enn meg. Da må kanskje direktørene hjelpe til hvis de sitter på noe statistikk her.

Bente Mikkelsen: Jeg tror det heller er riktig å si generelt at andelen til lønn omtrent har holdt seg stabil. Så skal man også være klar over at Spekter som arbeidsgiverforening jo har klart å forhandle lønn innenfor den rammen som er gitt av de fire RHF-ene. Jeg støtter bare det Kolbjørn Almlid sier her.

Lars Vorland: Andelen totalt sett fra oppstart har gått ned fordi vi har fått pasienttransport. Vi har fått en del elementer som ikke har vært så tunge hva gjelder antall ansatte, slik at andelen har faktisk gått ned. I Helse Nord utgjør den bare 55 pst. av totale utgifter vi har, ikke 70 pst. som man gjerne tar som et munnehell.

Bendiks H. Arnesen (A): Ja, takk.

I forrige runde med fagorganisasjonene ble dette med oppgaver kontra budsjettnivå sterkt fokusert. Kunne dere ha sagt noe om hvordan dere ser på den situasjonen?

Kolbjørn Almlid: Vi får våre oppgaver regulert gjennom dokumenter tidlig på året og protokoll fra våre foretaksmøter. De kravene har etter min mening blitt bedre og bedre i den forstand at vi har fått en mer avklart situasjon når det gjelder hva som er ønskemålet. Vi har også fått redusert detaljeringsgraden i oppdragsdokumentet slik at i dag er det bedre å forholde seg til det for oss som er i styringsposisjon, enn hva det var tidligere.

Jeg tror vi alltid kommer til å stå overfor en situasjon hvor vi føler at antallet kravspøk er større enn det vi har midler til. Men det tror jeg også er en del av systemet. Vi må lære oss å håndtere det, og vi må lære oss å forankre det nede på enhetsnivå, laveste nivå – det at det operasjonelle arbeidet går – slik at vi får en respekt mellom oppgaver og budsjett der nede. Det er et av de viktigste elementene for å greie dette. Jeg kan ikke si at vi synes at dette er problematisk. Det handler mest om å greie å håndtere det på en skikkelig måte.

Hanne Harlem: Jeg har bare lyst til å legge til at Stortinget også delvis har gjort tydelige prioriteringer ved å være veldig tydelige på at psykiatri, rus og rehabilitering skal – jeg holdt på å si – gå på bekostning av somatikk. Det har vi også i stor grad gjennomført. Det har vært høyere der hele tiden. Det er ikke riktig å si at det ikke skjer en

tydelig prioritering, og at det ikke heller skjer en tydelig prioritering fra de regionale helseforetakene og nedover. Så er det lett å forstå at man nede på den enkelte avdeling kan føle det vanskelig når man står der og skal prioritere mellom pasienter og tilbud.

Møtelederen: Der må vi si takk, for der er tiden ute.

Neste utspørter er Ulf Erik Knudsen fra Fremskrittspartiet, som har 5 minutter til disposisjon. Vær så god.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Takk skal du ha, leder.

Da jeg hørte innledningen til Almlid, hadde jeg vel en følelse av at beskjeden var at alt er ok, dette har vi kontroll på, og vi gjør de tiltakene som er nødvendige for å komme i mål med de oppgavene vi er satt til. Dokumentasjonen på at man gjorde det bra, var at ventetidene hadde gått ned gjennomsnittlig fra 2001 til 2008. Nå har i og for seg jeg fått informasjon som tyder på at ventetidene er bratt økende i 2009, så jeg kunne godt tenke meg å få en innledende kommentar på det.

Kolbjørn Almlid: I tillegg til dette med ventetider pekte jeg også på at foretaksgruppen på landsbasis kommer ut med balanse eller pluss i 2009. Det var ett av de kriteriene jeg pekte på som da viste en betydelig forbedring i forhold til noen år tidligere. Det betyr at jeg kan vise til – også objektivt tror jeg – at vi har fått et styringssystem, et oppfølgingsopplegg og en kostnadskontroll som er annerledes i dag enn for noen år siden.

Så er det spørsmålet om ventetidene. I Helse Midt-Norge må jeg si at vi er ikke fornøyd. Vi har hatt en svak økning, som spørteren her er inne på. I 2010 kommer vi til å sette ekstraordinært stress på akkurat det spørsmålet slik at vi igjen kan gå den kurven ned som vi gikk de første årene framover til den tid.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Flott, da har vi fått en avklaring på at ventetidene altså er økende. Så er spørsmålet produksjon av friske pasienter, for det er jo også svært viktig hvor mange som står på disse ventelistene. Mange av oss opplever å se daglige nyhetsoppslag om stengte avdelinger osv. Hvordan er produksjonen av friske pasienter og mengden av pasienter? Det vil jeg gjerne høre litt om.

Kolbjørn Almlid: Ut fra forholdet mellom 2008 og 2009 var det en økning på 1,5 pst. som Stortinget forutsatte. Det har vi holdt oss til.

Oddvard Nilsen: Ja, vi har aldri behandlet flere pasienter enn i 2009. Når det gjelder ventetiden, var den for behandlede pasienter 216 dager i 2002 og er 75 dager i dag.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Til dette problemet – som vi jo har vært inne på tidligere i høringen – med et ganske betydelig forbruk av ledere, direktører, økonomidirektører osv.: I forhold til en del andre sektorer i samfunnet, både offentlige og private, er det jo nærmest en sektor som må

sies å spise sine ledere. Hva skyldes dette? Er det udyktighet i ansettelsesprosessen eller er det organiseringen? Har noen av dere i ledende posisjoner gjort dere tanker rundt dette? For dette er oppsiktsvekkende høye tall. Jeg kjenner i hvert fall ikke til noen sektor som kan vise slike tall som dere har.

Kolbjørn Almlid: Som jeg sa innledningsvis, har en del av disse utskiftningene vært nødvendige. Så tror jeg nok at vi må operere med at dette er en ung sektor fra 2002 – en stor reform som på en måte var veldig krevende styringsmessig. Vi kjørte på det tidspunktet og framover med ganske omfattende underskudd, som heller ikke var gode å forholde seg til for ledere, slik at jeg tror nok at det er en sammensatt årsak til at vi har hatt stor utskifting. Men fra 2005 og utover har vi også hatt topplederprogram, og vi har hatt lederutviklingsprogram, som nå i dag gir resultater. Min spådom – og det er bare en spådom – er at vi kommer til å ha en større stabilitet rundt dette framover enn vi har hatt bakover.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Det er nesten umulig å gå i gal retning på et slikt tilfelle, ellers blir det snakk om ledere på ukesbasis. Men mitt neste spørsmål er – nå vet jeg ikke hvor mye tid jeg har igjen – i forhold til oppdragsdokumentene og dette at man har hatt veldig mange mål å forholde seg til: Var det slik å forstå at der har man nå fått en endring slik at det blir en enklere målstruktur å forholde seg til for dere som sitter på deres side av bordet?

Kolbjørn Almlid: Svaret mitt er ja.

Bjørn Kaldhol: Ja, vi har i perioder sagt at vi synes det var for mye detaljer i oppdragsdokumentet, men jeg vil understreke at det har vært kontinuerlig forbedring, og det er viktig. Som det ble sagt innledningsvis, i den prosessen som er løpende mellom departement og regionale helseforetak, har det de siste årene vært en forbedringsprosess som har vært betydelig.

Møtelederen: Da er neste parti ut Høyre. Det er Per-Kristian Foss, som har 5 minutter. Vær så god!

Per-Kristian Foss (H): Først et spørsmål til «Helse Størst». Du er jo den eneste her som har erfaring fra å lede to ulike helseforetak. Du ledet først styret for Helse Sør – gjorde du ikke det?

Hanne Harlem: Jeg satt i styret der.

Per-Kristian Foss (H): Du satt i styret, ja. Da har du den innsikten, iallfall. Og parallelt med at dere gikk med underskudd, gikk jo Helse Øst i balanse. Og nå sitter du som leder for det sammenslåtte foretaket. Hva var årsaken til forskjellen på de to, i et relativt likeartet område?

Hanne Harlem: Du kan peke på mange ting, men jeg mener personlig at en viktig forskjell har vært at i gamle Helse-Øst, og nå i Helse Sør-Øst, har spørsmålet om at

balansekravet gjelder, ikke vært til å rokke – punktum finale – mens man i Helse Sør i noe større grad formidlet en forståelse for at det var vanskelig og at man kanskje måtte ta dette over tid.

Per-Kristian Foss (H): Jeg takker for et ærlig svar.

Så to spørsmål som jeg lar gå generelt til alle, så skal jeg være ferdig.

Det ene er at Riksrevisjon jo peker på at et mer langsiktig fokus vil bidra til bedre kostnadskontroll. Det er et av hovedelementene deres. Samtidig vet vi at det foreligger omfattende planer for investeringer i bygninger rundt omkring i helseforetakene, og man er utsatt for et ganske sterkt politisk press for å gjøre det – også for å beholde kanskje bygninger man har.

Mitt spørsmål er: Vil det være en lettelse for dere om denne oppgaven ble løftet opp til et politisk nivå, at Stortinget skulle vedta en plan for investeringer i helseforetakene, og at den da var bindende for dere? Det ville jo innebære noe mindre beslutningsrett, men det kan kanskje av og til være en fordel?

Det andre spørsmålet henger sammen med det samme: Ville dere disponert annerledes når det gjelder lokalsykehusene, dersom det ikke lå politiske føringer på lokalsykehusene?

Bjørn Kaldhol: I et langsiktig fokus: Ja. Vi konstaterer at i de første årene av reformen var dette med investeringsregime ikke veldig godt avklart. Det er blitt bedre. Vi har i Helse Nord lagt stor vekt på å komme oss i en posisjon der vi kan tåle å gjennomføre de investeringene som er helt nødvendige, dvs. at vi har ryddet, og vi har god likviditet. Vi har veldig lite lån. Vi har kun 1,2 milliarder kr i investeringslån, ingen driftskreditt. Og det har vi gjort fordi vi må skaffe oss kapital til å investere.

Så er det en annen diskusjon om framtiden. Jeg ønsker meg ikke et system der Stortinget bestemmer, og jeg ønsker at kostnadene ved investeringer skal gå klart fram av helseforetakenes regnskap. Og skal de gjøre det, må avskrivningen og rentekostnadene være der.

Oddvard Nilsen: I et langsiktig fokus: Ja, så absolutt. Dette er jo veldig store virksomheter, og det er klart at det er viktig å ha en horisont på dette.

Når det gjelder finansieringen og investeringene, er jeg ganske opptatt av at vi ikke bryter disiplinen, nemlig at det i organisasjonene er en forståelse for at vi skal ha investeringskraft på bunntinjen. Jeg er redd for at hvis man gjør andre grep, hvis det tas bort fullt og helt, så mister man på en måte den forståelsen som jeg nå på en måte synes er blitt innarbeidet i Helse Vest, nemlig at det må en bunntinje til for å følge opp de forpliktelsene som er til de lån vi har tenkt å ta opp. Så jeg ønsker ikke at man tar vekk den diskusjonen, den forpliktelsen og den forståelsen av hvorledes et budsjett skal være, og at det også er en investeringside som det skal trekkes renter og avdrag på.

Møtelederen: Hanne Harlem.

Hanne Harlem: I forhold til investeringer vil jeg si to ting: Det ene er, i hvert fall for Helse Sør-Østs vedkommende, at driftsunderskuddene over mange år har ført til at vi nå har det som er utfordringen på lang sikt: likviditet og investeringer.

Jeg mener at det vil være klokt om Stortinget på ulike måter kan få del i en framtidig strukturdiskusjon og på en måte binde seg selv opp i hva som er riktig, sett i lys av hvilke økonomiske rammer det er, for en av de tingene som selvfølgelig skaper utfordringer for oss – for igjen å være helt ærlig – er jo samsvar mellom de forventninger som skapes eller er skapt ute, og de økonomiske rammene vi faktisk har til å gjøre de investeringene som det er skapt forventninger til.

Møtelederen: Vær så god – Oddvard Nilsen.

Oddvard Nilsen: Jeg tror jeg glemte å svare på dette med sykehusene og om de disponerte annerledes, som det også ble spurt om: Jeg er mye mer opptatt av funksjonsdelingen, nemlig ledelse, og gå videre på den linjen, enn å se på hva vi skal gjøre på de enkelte stedene, og få en struktur på dette som er riktig, også ut fra den pasientstrømmen som er.

Møtelederen: Da er tiden ute.

Det er Sosialistisk Venstreparti ved Hallgeir H. Langeland som nå har 5 minutter. Vær så god!

Hallgeir H. Langeland (SV): Takk for det, leiar.

Legeforeningen la vekt på at ein hadde ein overføring av midlar frå psykiatri til somatikk, m.a. fordi ein mangla fagfolk. Eg fekk jo inntrykk av, ut frå det som Hanne Harlem sa, at det faktisk ikkje var slik at psykiatrien blei prioritert. Men det er noko som ikkje heng saman, slik som eg forstår det. Kan nokon av dykk seie noko om det?

Møtelederen: Oddvard Nilsen – vær så god.

Oddvard Nilsen: Det er mulig at det er forskjell fra helseforetak til helseforetak her, men for vår del har vi altså tatt fra somatikken til psykiatrien. Vi har i 2009 faktisk brukt 50–60 mill. kr mer på disse områdene – rus, psykiatri og rehabilitering – enn det vi har fått overført. I 2010-budsjettet ligger det 81 mill. kr, så den framstillingen er nok ikke riktig sett fra Helse Vests side.

Kolbjørn Almlid: Jeg kan peke på vårt 2010-budsjett, hvor vi har tatt fra somatikken og overført til rus og psykiatri. Den opptrappingsplanen som var for psykiatrien, en tiårsplan, gikk jo ut, men styret mente at det var riktig å fortsette omtrent på samme linjen også etter at den prioriterte planen var ute.

Bjørn Kaldhol: Vi har konsekvent overført penger fra somatikken til psykiatrien for å nå det målet som vi er stilt overfor, nemlig at vi skal ha en større vekst i psykiatri og rus enn i somatikk. Det har vi gjennomført.

Vi har kompetanseutfordringer innenfor utdanning. Derfor har vi kjørt egne rekrutteringsprogram, først for barne- og ungdomspsykiatere, og nå også for voksenpsykiatere. Og vi håper i løpet av noen år å få det nødvendige antall fagfolk som vi trenger.

Møtelederen: Hanne Harlem!

Hanne Harlem: Det er mulig jeg uttalte meg klossete eller feil, men vi har hatt en helt tydelig prioritering når det gjelder både psykiatri, rus og rehabilitering, og regnskapstallene viser også at det har vært en atskillig høyere vekst på de områdene enn i somatikken.

Hallgeir H. Langeland (SV): Då var du heilt klår, og det var eg som var dårleg til å stilla spørsmål.

Ein annan ting som det er freistande å spørja om, gjeld sjølvsgt den løna som ein no må ha for å vera direktør. Det går mykje pengar til løn, ikkje minst når ein tenkjer på kor lite ein skarve stortingsrepresentant tener! Er det nødvendig å ha eit så høgt lønsnivå på direktørsjiktet dykkar, og dermed så store utgifter til leining? Det var jo noko av det me kritiserte, me som ikkje ønskte den reforma, at me kom til å få ein veldig lønsvekst i leiarsjiktet. Er dette nødvendig?

Bjørn Kaldhol: Jeg kan godt begynne. Vi følger statens retningslinjer, som er utgitt av Næringsdepartementet. Det nivået vi her snakker om, må til for å være konkurransedyktig, slik at vi har den kompetansen som vi trenger. Det er mitt enkle svar. Vi følger altså de retningslinjene som er gitt av Næringsdepartementet, og som vi har fått beskjed om at vi skal følge.

Hallgeir H. Langeland (SV): Kan eg då stilla eit siste spørsmål? Eg reknar med at han svarte på vegner av alle.

Fagforeininga var oppteken av å komma tidleg inn i budsjettprosessane, altså trepartssamarbeidet, bl.a. for å sikra seg kvalitetsmål og å sikra langsiktige strategiar i forhold til behandling, pasientrettar og dei tilsette. Blir dette godt nok teke i vare no når de flyttar budsjettprosessane fram?

Kolbjørn Almlid: Slik jeg ser det, kan det faktisk ivaretas bedre gjennom at vi får en lang prosess med mye større involvering. De rapportene vi får, både fra fagforeningssiden og fra direktørsiden, sier at møtene de har, løpende prosesser før beslutning, er bedre og mer involverende enn tidligere. Så mitt svar er at det blir bedre med lange prosesser.

Møtelederen: Så var det Hanne Harlem.

Hanne Harlem: Jeg gir ordet videre til Bente Mikkelsen.

Bente Mikkelsen: Jeg synes det er veldig betimelig at Riksrevisjonen har rettet fokus mot tidlige budsjettprosesser. Men jeg har lyst til å si at det er den løpende driften

og de korreksjonene som skjer dag for dag, med medvirkning over det hele, som egentlig er det aller viktigste. Det er jo der vi ser at de beste foretakene våre har en løpende risikovurdering og en løpende korrektiv funksjon. Dette henger også sammen med det som Fagforbundet tok opp, nemlig at vi er nødt til å bruke all den informasjonen som vi faktisk samler inn, og sikre oss at vi får kvalitetsmålene koblet sammen med økonomimålene. Derfor er vi veldig glad for den satsingen som nå gjøres på kvalitetsregisteret, som er nødvendig for faktisk å finne ut av om vi gir helsegevinst, eller om vi ikke gir helsegevinst, for vi bruker mye penger på helse.

Møtelederen: SVs tid er dermed omme.

Det er Senterpartiets tur. Det er Heidi Greni som nå har 5 minutter, vær så god.

Heidi Greni (Sp): Jeg har merket meg at i den perioden som Riksrevisjonen omtaler, er det Helse Midt-Norge som har kommet best ut når det gjelder å styre økonomien uten underskudd de to siste årene som undersøkelsen omfatter.

Hva mener ledelsen har vært suksessfaktorene? Og har Helse Midt-Norge greid å oppnå dette uten å gå på akkord med de sentrale styringskravene når det gjelder pasientbehandlingen? Almlid kunne berolige oss med at i 2009 vil Helse-Norge samlet ha balanse i regnskapet. Er det slik at det fortsatt er store ulikheter mellom de enkelte helseforetakene, slik at pluss-minus går i null, eller er det slik at samtlige helseforetak nå er bortimot i balanse? Hvis det ikke er slik, hva blir da gjort for å utveksle erfaring mellom de enkelte regioner?

Kolbjørn Almlid: Til det siste først. Det er faktisk større likhet i 2009 enn i 2008, for tre av fire foretak kommer til å ha gode overskudd. Helse Sør-Øst, som er det yngste foretaket i denne sammenhengen, med store utfordringer, har i 2009 gjort en formidabel jobb, synes jeg. De kommer ut med et underskudd som er betydelig lavere enn året før. Samlet sett er foretaksgruppen i overskudd. Så spurte du om hva som er grunnen til dette. Det er en bredt sammensatt begrunnelse. Men jeg tror nok at samordningen mellom departementer, altså mellom overordnet styring og underordnet styring, helt ned på enhetsnivå, som jeg også pekte på innledningsvis, er grunnleggende. Det betyr at de som er på enhetsnivået, som jobber med pasienter, er med på å forstå grunnlaget for behovet for gode budsjettprosesser, og får på den måten si fra om hva de mener, helt oppgjennom systemet. Så dette er egentlig ikke noe stort hokusfokus. Det med involvering og muligheter til å si fra om hva de mener, er veldig viktig, og dessuten at vi har kvalitetsindikatorer med styringssystem, internkontroll og kostnadskontroll som bærende begrep i denne sammenheng. Men det er meget krevende, særlig når vi får de store investeringene. Vi er nok nokså eksponert for renten, bl.a. i det foretaket som jeg er leder i, etter at vi bygde St. Olav.

Møtelederen: Oddvard Nilsen.

Oddvard Nilsen: Gode overskudd og gode overskudd – det er hyggelig at det er overskudd også i Helse Vest, men jeg liker ikke uttrykket engang, for vi har i mange år nå måttet spise av vår egenkapital. Når man snakker om overskudd, spør det hvilket tidsperspektiv man snakker om. Det bør gå noen år. Jeg tror at vi absolutt er på rett vei, men det er åpenbart at det siste overskuddet, f.eks. i Helse Vest, burde ha ligget på mellom 300–400–500 mill. kr hvis man på en måte skal forvalte den kapitalen som ligger i bunnen, og fornye og investere.

Heidi Greni (Sp): Så til en annen ting. Fins det noen oversikt over hvor stor del av budsjettoverskridelsene som skyldes såkalte uforutsette forhold etter § 11 i bevilgningsreglementet, og hvor stor del som skyldes mangel på effekt av de omstillingstiltakene som har blitt satt i verk?

Møtelederen: Hvem vil svare på det?

Bjørn Kaldhol: Vi snakker jo om underskudd innenfor rammen av maksimum 2 pst. av omsetningen i denne perioden. Det er klart at det innenfor så store tall er en del uforutsette forhold. Det kommer vi ikke unna.

Så er det slik at noen av oss har slitt lenge med å få tilstrekkelig effekt av omstillingstiltakene. I 2007–2008 klarte våre foretak bare å levere rundt 40 pst. av det de skulle, det de hadde planer om. Dette forandret seg i fjor til 80 pst., en helt ny verden, og det ser vi på resultatsiden også. Dette har vært krevende, og Riksrevisjonen har helt rett i at dette har vært en del av det vi har slitt mest med. Men vi ser veldig gode prosesser nå, som antakelig også kommer som et resultat av at vi nå utdanner mange nye ledere, som blir gode ledere.

Møtelederen: Oddvard Nilsen, vær så god.

Oddvard Nilsen: Kan sidemannen min, Herlof Nilsen, få lov til å kommentere det spørsmålet som kom derfra?

Møtelederen: Herlof Nilssen, vær så god.

Herlof Nilssen: Heilt kort: Det er framleis slik at det kjem nokre ekstraordinære kostnader på slutten av året som me ikkje har føresetnader for å handtera. I år kom det altså knytt opp til pasientskadar, som kom relativt seint på året. For Helse Vest utgjorde dette ca. 27 mill. kr – eg trur på landsbasis ca. 150 mill. kr. Me har altså tidlegare år hatt denne typen ekstraordinære kostnader opptil 150 mill. kr, som kjem seint på året, og det er krevjande å handtera.

Møtelederen: Da er tiden ute.

Neste parti ut er Kristelig Folkeparti. Det er Hans Olav Syversen, som har 5 minutter. Vær så god.

Hans Olav Syversen (KrF): Takk for det! En forutsetning for sikkert å ha gode incitament for god økono-

mistyring er at man føler at de midlene man får, er tildelt på et noenlunde rettferdig grunnlag. I Riksrevisjonens rapport er det referert en caseundersøkelse der ledelse i de regionale helseforetak er intervjuet når det gjelder dagens fordeling, og Riksrevisjonen skriver her:

«Flere økonomidirektører (...) mener at skjevheter i ressursfordelingen mellom helseforetakene i for stor grad videreføres i inntektsmodellene. Dette fører til at kostnadseffektive helseforetak kan få store underskudd, mens mindre effektive helseforetak framstår som veldrevne.»

Jeg skulle gjerne høre om dette fra dere, som jo er revisjonens informanter på dette punkt.

Kolbjørn Almlid: Det kan jo hende at det blir forskjellige svar her. På den annen side var det jo Stortinget som satte ned det såkalte Magnussen-utvalget, som foretok en økonomisk beregning og gjennomgang av foretakenes overførte midler for forhåpentligvis å få en så objektiv og riktig fordeling mellom de ulike RHF-ene som mulig. Og Stortinget gjorde jo vedtak om det, og det er nå igangsatt og blir realisert. Jeg for min del har ikke noen grunn til å tvile på at det som ble gjort i den sammenheng, er riktig, så den informasjonen har ikke kommet fra Midt-Norge.

Møtelederen: Oddvard Nilsen, vær så god.

Oddvard Nilsen: Når det gjelder den regionale del, tror jeg dette er på plass. Det vi har gjort, er faktisk å bruke de samme folkene som var i Magnussen-utvalget, hos oss selv, til å se på hele vår region, og så har vi laget en modell som nærmest er en kopi av den nasjonale, til å fordele ressursene. Det er skapt en stor grad av forståelse for det, og også en forståelse av selve systemet. Så så langt synes jeg at det har fungert ganske godt.

Hanne Harlem: For vår del ville jeg ha vært overrasket hvis ikke undersøkelsen viste at vi syntes det var urettferdig, for på det tidspunktet spørsmålene ble stilt, hadde vi ikke gjort endringene i inntektsmodellen for Helse Sør-Øst, da hadde vi en gammel sør-modell og en gammel øst-modell. Det har vi nå gjort, slik at nå vil jeg håpe og tro at både direktører og økonomidirektører vil svare at det er en mye mer rettferdig fordeling. Men så kan jeg jo legge til at en del av dem vil sikkert samtidig si at det er momenter her som ikke er rettferdige. Det går bl.a. på den store fordelingen over landet, hvor de vil peke på, som vi gjorde, at forskning – som jo vi bruker 3 pst. av budsjettet på, 1,4 milliarder kr i året – ikke er tatt hensyn til på den måten det skal, og det samme vil de peke på når det gjelder storbyutfordringer. Den inntektsmodellen som nå er utviklet på basis av befolkningskriterier, sosiale kriterier osv., altså lignende Magnussen-utvalget, for bare Helse Sør-Øst, fører jo til at det skal flyttes penger ut av Oslo- og Akershus-området til innlandet og Sørlandet, og at det er folk i Oslo og Akershus som vil mene at det er problemstillinger knyttet til innvandrere og storbyutfordringer som ikke er tilstrekkelig hensyntatt.

Møtelederen: Bjørn Kaldhol, vær så god.

Bjørn Kaldhol: Jeg oppfatter Riksrevisjonens kommentar på dette punkt og Syversens spørsmål som om det gjaldt de regionale helseforetakenes fordeling til sine foretak. Da kan jeg si at vi tok tak i det i 2005–2006, gjennomførte fra 2007 en ny modell, som var omforent, etter et omfattende arbeid for å få fram en ny modell. Så er det slik at du finner ingen objektiv sannhet her, du må bruke noen kriterier og bli enige om kriterier. Hos oss er ikke dette noe tema lenger som vi observerer.

Hans Olav Syversen (KrF): Da fortsetter jeg kort, og da gjelder det forholdet mellom de regionale helseforetakene og foretakene under de regionale. Her står det at flere av informantene opplever at oppdragsdokumentet som dere gir til de respektive foretak – og dette er ganske ens over hele linjen – er «unødvendig» detaljert, at «kravene i oppdragsdokumentet er motstridende», og at de i realiteten motvirker hverandre. Det er et stort flertall, fra 50 til 70–80 pst. av foretakene under dere, som mener at de styringsdokumentene dere gir, oppfattes slik.

Møtelederen: Da har dere 15 sekunder til å svare.

Kolbjørn Almlid: Det vil jo bestandig være et spørsmål om autonomi; hvor mye automoni skal det være på HF-nivå? Jeg tror at vi som sender ut disse direktivene til de underliggende HF-ene, skal ta dette signalet meget alvorlig. Vi ønsker å finne en forståelse mellom oss, vårt nivå, og neste nivå som er resonnabel og oppfattes på en lojal og fin måte.

Møtelederen: Takk for det.

Da er det Trine Skei Grande og Venstre som er siste parti ut, med 5 minutter. Vær så god, Trine Skei Grande.

Trine Skei Grande (V): Jeg har egentlig litt lyst til å stille spørsmål om det finnes noe som ikke fungerer helt optimalt sånn som det er nå – men jeg skal ikke bruke tida mi på det.

Det var flere av organisasjonene tidligere som tok fram at budsjettprosessene ikke fikk dratt med seg hele organisasjonen i budsjettarbeidet. En del av styrelederne har kommentert det. Jeg skulle gjerne hatt en runde blant direktørene for at de skal komme med svar på hvordan man engasjerer hele foretaket i en inkluderende budsjettprosess, og hvilke tanker direktørene gjør seg om akkurat det.

Møtelederen: Gunnar Bovim, vær så god.

Gunnar Bovim: Det er selvfølgelig en veldig krevende og omfattende prosess, og jeg merker nok at – jeg har bakgrunn fra et HF-lederskap tidligere, og da var jo det å treffe ansatte rett på – en av de kulturendringene som har skjedd, og som jeg synes også de ansattes organisasjoner pekte på, er at man har gått fra å diskutere om rammene er riktige, til å diskutere hvordan vi skal oppfylle dem. Og

det er en ganske stor endring som har gjort at min opplevelse er at vi har kommet i mer konstruktive debatter nå, parallelt med at troen på at det kommer ekstrabevilgninger hvis vi bare hyler høyt nok, har blitt redusert.

Jeg oppfatter at vi har gode og omfattende prosesser, men jeg oppfatter også at vi alltid kan bli bedre på det, og da er dette med tidlig start og gjennomgående drøftinger ganske viktig og veldig krevende.

Herlof Nilssen: Eg deler synspunktet til Gunnar Bovim. Så har eg lyst til å seia at i forkant av denne prosessen hadde me ein internrevisjonsprosess der me eigentleg gjekk gjennom heile budsjettprosessen vår og forståinga av dei økonomiske rammene, og kunnskapen ned i organisasjonane. Då fekk me ut langt på veg dei same resultatane som det som er synleggjort i Riksrevisjonen sin rapport.

Me har sett i gang opplæringstiltak, me har sett i gang tiltak for å sikra at dei heilt ned på det lågaste budsjettnivået har kunnskap og kompetanse, og me ser at det er bevegelse på dette. Det å kvalitetssikra dette, at det på mange måtar er samsvar mellom dei som brukar pengane og som eigentleg skal halda budsjettet, har vist seg å gi resultat. Så i kombinasjon med at me no har starta tidlegare budsjettprosessar, er dette blitt mykje betre.

Lars Vorland: Vi er nok langt på vei enige med Helse Vest. Fra oss ned til HF-ene, altså direktører og klinikk-sjefer, fungerer det godt, men ute i avdelingene sliter vi nok fortsatt en del med å få godt nok fundament. Og det er vi opptatt av, bl.a. ved hjelp av ledelseskursing og utdanning. Men fortsatt er vi nok ikke helt i mål når det gjelder å få aktivert avdelingsledelsen og de enda lenger ned i systemet.

Bente Mikkelsen: Det er vel veldig mye det samme svaret du får.

Spørsmålet er: Var det mye bedre før? Det er også et interessant spørsmål. Jeg tror vi er kommet veldig mye lenger med nettopp reformen som en ansvarsreform, at vi har fått tydeliggjort at ansvar og myndighet på en måte må forefinnes på samme sted. Så det er erfaringsutveksling, opplæring, veldig aktiv bruk av konsernrevisjon og åpenhet om hva som ikke fungerer. Og det er et stykke igjen. Det tror jeg vi godt kan si.

Møtelederen: Takk for det.

Da er det satt av 5 minutter til oppklarende spørsmål, og da vil jeg presisere at spørren stiller ett spørsmål om gangen, og at svarene er usedvanlig korte, slik at vi kommer gjennom lista.

Da er det først Martin Kolberg. Vær så god.

Martin Kolberg (A): Jeg velger å stille et spørsmål til Oddvard Nilsen.

Nå har vi hørt de forklaringer som er gitt, og vi har selvfølgelig fra Stortingets side betydelig respekt for hvor komplekst dette kan være – selvfølgelig har vi det. På den annen side vet dere veldig godt, som det er blitt sagt, at ingen sektor har fått så mye penger som denne sektoren,

og altså er betydelig dyrere enn den var for ganske få år tilbake. Det betyr at vi har et problem.

Nå sa Bente Mikkelsen akkurat at vi har et stykke igjen å gå. Tiden er vel inne til å få kontroll med dette nå. Da er spørsmålet til Oddvard Nilsen, etter alt vi har hørt: Hvorfor har det tatt så lang tid?

Oddvard Nilsen: Det er et vanskelig og omfattende spørsmål. Jeg skal forsøke å være kort. Jeg tror at det har manglet systemer i bunnen. Jeg tror det er hovedårsaken, rett og slett. For å ta et lite eksempel: Når det gjelder Helse Vest, er det altså 4,5 millioner vakter i løpet av ett år. Det er 15 millioner transaksjoner relatert bare til lønn. Dette systemet var ikke på plass. Det er på plass nå. Det betyr at vi på en måte er på den veien, og det forklarer litt det du spør om.

Jeg tror det har vært en mangel på systemer i bunnen, slik at man kunne kontrollere, gjennomføre og få det på plass. Der synes jeg på mange måter også departementet har vært klar og tydelig, nemlig at dette må være de systemene man forsøker å bygge og få på plass. Og jeg føler at vi nesten er i havn, men ikke helt. Men vi har kommet et godt stykke på vei med å bygge systemer. Jeg tror vi må bygge sten på sten. Og en av grunnene til at det har vært slik, er altså at disse systemene kanskje ikke har vært til stede.

Møtelederen: Øyvind Vaksdal, vær så god.

Øyvind Vaksdal (FrP): Kan etter deres mening økningen i ventetid og ventelister som vi nå ser flere steder, tilskrives speilvendingen av 40–60 innsatsstyrt finansiering, og vil en ytterligere reduksjon til 30 pst. kunne forsterke en slik tendens?

Kolbjørn Almlid: Det var jo 60, det ble 40, og det er spørsmål om hva det blir.

Hvis vi hadde fått knesatt arbeidsprinsippene i hele organisasjonen, med felles mål og felles arbeidssystem, tror jeg for så vidt at det ville være bærende. Men det er ikke til å legge skjul på at det har vært betydelig og viktig i den første tiden at en hadde et ideal å strekke seg mot, altså at en kunne tjene på å være effektiv. Jeg tror at den effektivitetsøkningen vi har sett, også har kommet på grunn av det. Men jeg tror ikke at det har avgjørende betydning i framtiden, uten at jeg skal si noe nærmere om det. Men det har hatt betydning – det er min påstand.

Møtelederen: Hallgeir H. Langeland, vær så god.

Hallgeir H. Langeland (SV): Legeforeningen var litt oppteken av å plassera svaret i Stortinget for manglende løyvingar – når det stadig vekk blir tildelt nye oppgaver, men ikkje nye midlar. Kan de kommentera det?

Kolbjørn Almlid: Er det noe vi har fått, så er det mye penger. Vi har jo 100 pst. økning fra 2002 til 2007. Så tror jeg det har en bredere forklaring enn bare en forbruksforklaring. Men vi er helt klar over at vi ikke kan regne med

at disse økningene står ved lag framover. Vi må finne nye måter å se på dette på, med enda mer omstilling. Vi må inn i strukturdebatten, vi må inn i veldig mange debatter for å møte de krav som stilles til oss når det gjelder kostnadseffektivitet.

Det som er den store utfordringen vår, er at vi kommer til å ha færre ansatte pr. pasient framover. For pasientgrunnlaget øker ganske formidabelt, mens antall ansatte ikke øker i tilsvarende grad. Dette er en utfordring som vi står framfor.

Møtelederen: Heidi Greni, vær så god.

Heidi Greni (Sp): Under høringen som gjaldt Samhandlingsreformen, mente Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten at vi fortsatt har store gevinster å hente ut ved å samle og systematisere og utveksle kunnskap mellom alle ledd i helsetjenesten. Det er jo også påpekt i den rapporten vi behandler her i dag. Hvilke prioriteringer mener dere må gjøres for at vi skal klare å ta ut disse gevinstene i form av mer helse for pengene og bedre kvalitet i helsetjenesten?

Møtelederen: Oddvard Nilsen, vær så god.

Oddvard Nilsen: Jeg skal være veldig kort. Det er et veldig vesentlig spørsmål! Jeg tror at dette med å være lærende bedrift der vi lærer av hverandre og overfører kunnskap – jeg synes vi har gått ganske mange steg framover i løpet av de par siste årene når det gjelder det. Det er der løsningen ligger. Vi må sørge for at der det er en god idé, tar vi den videre til neste år – og går sammen om det du spør om. Jeg tror det er en utfordring, men det er åpenbart at vi ikke kommer til å løse problemene i framtiden uten at vi får det der til.

Møtelederen: Takk for det.

Da er tiden ute, og det er lagt inn 5 minutter til en oppsummering fra dere. Jeg vet ikke om dere er samkjørt i oppsummeringen? Hvis dere er det, så er det, så vidt jeg forstår, Almlid som skal kjøre de siste 5 minuttene også. Vær så god!

Kolbjørn Almlid: Disse årene som revisjonsrapporten omfatter, har vært veldig vanskelige år. Det skjedde en dramatisk endring i måten å drive sykehusene på i 2002 og framover. Reformen er ung, og det var store vanskeligheter i begynnelsen, da vi hadde tre skarpe krav, nemlig korridorpasienter, ventelister og økonomi. De to første tingene fikk større oppmerksomhet enn den siste. Den siste, nemlig økonomien, fikk et stekt påtrykk fra 2006 og framover, og vi ser resultater av det nå. Vi står imidlertid framfor store utfordringer, der vi ser at vi møter en demografisk utfordring rundt 2020, og det er kort tid fram dit. Vi må forberede oss. Vi må se på strukturen, vi må se på utdanning, vi må se på spredning av kompetanse. Og vi kan heller ikke regne med, sånn som vi ser det, at vi kommer til å ha en større del av den nasjonale kaken enn det vi har i dag, samlet sett. Så kunne vi kanskje ønske det, men

vi må rasjonere i forhold til en forståelse av at vi iallfall ikke skal bruke mer penger enn vi har, og vi står derfor framfor store utfordringer. Dette med investeringer er en ganske stor historie, der vi har betydelig større ønsker enn det vi i de regionale foretakene kan greie å møte. Så er det heller ikke sånn at vi kan velge alt selv, vi må jo holde oss til det som kommer av forutsetninger fra annet hold. Og så føler vi at vi har fått en betydelig bedre – og god – samhandling mot sentrale myndigheter etter hvert, med en robust styringsstreng helt ned til enhetsnivå. Jeg tror det er det viktigste vi har oppnådd. Men vi ser fram til å få helsetjenesten til å omfatte både spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten på kommunenivå, og alle våre disposisjoner framover nå av omstillingskarakter og strukturell karakter kommer til å ha et sideblikk mot det å samordne dette.

Møtelederen: Tusen takk for deres bidrag. Vi kommer selvfølgelig til å ta med oss dette videre i vår behandling av saken. Takk for at dere kom!

Vi tar en pause fram til kl. 15.30.

Høringen ble avbrutt kl. 15.10.

Høringen ble gjenopptatt kl. 15.30.

*Høring med tidligere helse- og omsorgsminister
Sylvia Brustad*

Møtelederen: Da er vi klare til å starte opp igjen, og jeg vil få ønske tidligere helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad velkommen.

Med seg har hun som bisittere

- ekspedisjonssjef Hans Knut Hauge, budsjett- og økonomiavdelingen
 - ekspedisjonssjef Bjørn Erikstein, spesialisthelsetjenesteavdelingen
 - ekspedisjonssjef Per Bleikelia, eieravdelingen
 - avdelingsdirektør Frode Myrvold, eieravdelingen
- Velkommen også til dere.

Da er det lagt opp slik at den tidligere statsråden har 10 minutter til å innlede. Vær så god, Sylvia Brustad.

Sylvia Brustad: Takk for det.

Og kjære komité: Da jeg overtok i 2005, på høsten, var det etter en periode med vedvarende store underskudd i helseforetakene, og det var en trend som fortsatte inn i mitt første år, i 2006. Det var derfor helt nødvendig å sette krav om en rekke tiltak, og som jeg mener også har bidratt til at vi er der vi er nå – slik det har vært redegjort for for de regionale helseforetakene – sammen med at det er gjort en fantastisk jobb, slik jeg ser det, blant dem som styrer de regionale helseforetakene, og blant ansatte i departementet. Og noen av dem har jeg med meg her i dag.

Jeg satte økonomi på dagsordenen, og jeg vil referere til hva jeg sa fra Stortingets talerstol – sjøl om jeg regner med at det er kjent for alle som er her. Jeg siterer:

«Når helseforetak nå sier at de må kutte i kostna-

dene, er en vesentlig årsak til det at en del over tid har brukt mer penger enn det Stortinget har stilt til disposisjon. Slik kan ikke helsetjenesten fortsette. Det er grunnleggende udemokratisk. Tenk om de som har ansvaret for veier, skoler eller kommuner, skulle gjøre det samme – nei, vi har bare lyst til å bruke en milliard til! Sånn går det ikke an å holde på. Orden i økonomien er viktig for alle, også for helsetjenesten.»

Vi gikk også i rette med dem som spekulerte i at underskuddene skulle bli løst i form av tilleggsbevilgninger i etterkant. Budsjett én gang i året var det som helseforetakene skulle forholde seg til. Men jeg visste at det ikke var gjort over natta, jeg visste at dette kom til å ta tid.

For å få orden i økonomien er det, slik jeg ser det – og slik jeg så det da – helt avgjørende at det er etablert styringssystemer nedover i organisasjonen, avgjørende at det er tilstrekkelig økonomisk kompetanse i alle helseforetak, og da spesielt på det lavere ledernivået, som samlet har et stort økonomisk ansvar. Ansvarlige og avdelingsledere med god kompetanse og med riktige holdninger var, slik vi så det, helt avgjørende dersom vi skulle oppnå kostnadskontroll i denne sektoren, og også sterke ledere i helseforetakene og i styrene. Derfor ble det i min statsrådsperiode etablert mye strammere og gjennomgående styrings- og rapporteringsopplegg, hvor Helse- og omsorgsdepartementet hver måned var løpende oppdatert om den økonomiske utviklinga helt ned på helseforetaksnivå. I tillegg innførte jeg månedlige oppfølgingsmøter med alle de regionale helseforetakene, hvor både styreleder, administrerende direktør og den som hadde ansvar for økonomi, ble innkalt. Jeg forlangte også at de månedlige rapportene skulle styrebehandles før de ble sendt til departementet. Vi gikk også svært langt når det gjaldt detaljstyring på enkelte områder der vi så det var store mangler – mye lenger enn det som strengt tatt var ønskelig.

Et eksempel her er at jeg påla styrene å få kontroll på bemanninga. De regionale helseforetakene skulle sikre at fullmakter til å ansette eller opprette stillinger skulle ligge på et høyere nivå, eller samme nivå som tildelt budsjettansvar. Tilsvarende skulle gjelde for bruk av innleid arbeidskraft og godkjenning av overtid.

De regionale helseforetakene ble videre pålagt å sørge for at det ble etablert et utvalg for hvert av de underliggende helseforetakene som skal godkjenne alle nyopprettede stillinger og ansettelser i vakante stillinger i helseforetaket. Og ved styreutnevningene både i 2006 og i 2008 benyttet jeg muligheten til å styrke styrene på flere måter, ikke minst når det gjaldt økonomikompetanse.

Jeg har som kjent også grepet inn overfor enkeltregioner. Da jeg kom inn i regjeringskontorene, var økonomien i Helse Midt-Norge, og særlig ved St. Olavs hospital – slik Kolbjørn Almlid har redegjort for – ikke under god nok kontroll. Jeg sa til dem at det er ett sett med penger, og dere må forholde dere til det som alle andre. Hva er situasjonen i dag? De har fått skuta på rett kjø i forhold til økonomien, de har fått bedre kvalitet i behandlinga, de behandler flere pasienter, de har færre korridorpasienter, og de har opparbeidet seg noen penger som de kan bruke til nye investeringer – til forskning og til mer kvalitet i pasientbehandlinga.

Dette er viktig. Orden i økonomien legger til rette for å utvikle pasientbehandlinga enda mer. Det viste seg at med ei fast holdning og klare styringsbudskap fra vår side nytta det også å snu den skuta som var mest ute av kurs. Vi la også sterk vekt på at planlagte omstillingstiltak faktisk ble gjennomført og fulgt opp.

Jeg var som kjent også ansvarlig for sammenslåinga av tidligere Helse Sør og Helse Øst. Her mente vi at det lå et stort potensial for bedre ressursutnyttelse og bedre samordning av tjenestetilbudet. Det gjaldt bl.a. i forhold til samordning av fag- og forskningsmiljøer, bedre utnyttelse av personell, sjukehusarealer, medisinsk utstyr, IKT, støt-tefunksjoner og investeringer. Det var, slik jeg ser det, et riktig grep, sjøl om det sjølsagt tar tid å realisere de positive effektene av en så stor sammenslåing som dette faktisk var. Men jeg er overbevist om at det kommer til å komme, og jeg er overbevist om at det kommer til å komme pasientene til gode. Og det er det som har vært førende hele veien.

På investeringssiden fikk jeg i 2008 igjennom en bevilgning på 1,670 milliarder kr, slik at helseforetakene for første gang siden reformen kom i gang, hadde tilstrekkelig med midler i basisrammene sine til å dekke avskrivningskostnader – en varig økning. Helseforetakene ble da satt i stand til å ivareta en svært viktig premis for hele denne reformen, nemlig det helhetlige ansvaret for både drift og investeringer i sjukehus. Med denne styrkinga ble også de framtidige behovene for låneopptak redusert med tilsvarende beløp. Det igjen medførte sjølsagt mindre renteutgifter og dermed mer penger til aktiv pasientbehandling.

Jeg mener også at en viktig forutsetning for å få helseforetakene til å ta økonomiutfordringa på største alvor, er at de får realistiske budsjettammer å forholde seg til. Fram til og med 2007 var det som kjent etter reformen ikke lagt inn forventninger om aktivitetsvekst i helseforetakenes budsjetter, sjøl om det fra politisk hold var store forventninger om å kutte køer og å få ned ventetider. Alle visste at aktivitetsøkninga kom, men den ble bare kompensert i etterkant gjennom tilleggsbevilgninger på ISF-posten som i perioden etter reformen som kjent har variert mellom 40 og 60 pst. Det gjorde Stoltenberg I-regjeringa noe med. I 2008 ble det lagt inn en forventet aktivitetsvekst på 1,5 pst. Denne forutsatte veksten ble fullfinansiert ved at både ISF og basisrammen ble styrket.

Jeg vil også fra min statsrådtid trekke fram oppfølginga av NOU 2008:2, som alle her kjenner til, nemlig fordeling av inntekter mellom de regionale helseforetakene, Magnussen-utvalget. Jeg opplevde at det i en svært lang periode, før min tid, var en evig diskusjon rundt skjevfordeling og urettferdighet i fordelinga av ressurser mellom helseforetakene. Et rettferdig inntektsfordelingssystem er kanskje en av de faktorene som har mest å si for både langsiktighet og forutsigbarhet i tjenesten og for likeverdig pasientbehandling rundt omkring i hele landet. Det gjorde vi noe med.

Avslutningsvis vil jeg si at kontroll med økonomien, slik jeg ser det, ikke er noe mål i seg sjøl. Men det er en svært avgjørende og viktig forutsetning for å kunne bruke mest mulig penger på å behandle pasienter, bruke mer pen-

ger på forskning, som gjør at vi kan behandle enda flere, på medisiner og på nødvendig og nytt utstyr for dem som trenger det – rett og slett for å kunne yte kvalitativt gode helsetjenester til hele befolkninga.

I min periode var det – fordi situasjonen var slik da vi kom inn i regjeringskontorene – helt påkrevd å ha svært stor oppmerksomhet rundt det å få orden i økonomien. Da er det hyggelig å høre at i det året vi har lagt bak oss, har for første gang de regionale helseforetakene samlet sett gått med et lite overskudd. Det viser at det nytter. Når det var viktig, var det for å kunne gi enda flere mennesker i dette landet et bedre pasienttilbud. Så skjønner jeg sjølsagt at ikke alt er perfekt. Det gjenstår fortsatt utfordringer på dette området. Men i den perioden jeg hadde ansvar for, 2005–2008, ble det gjort svært mye som viser at flere får behandling, underskuddene har gått ned, og man er iallfall på riktig kurs.

Møtelederen: Takk for det. Da gir jeg ordet til saksordføreren, Bendiks H. Arnesen, som har 10 minutter til disposisjon – vær så god.

Bendiks H. Arnesen (A): Takk skal du ha.

Takk for en kjapp og grei redegjørelse. Du var inne på dette med holdninger til tilleggsbevilgninger. Du sa at du hadde gått i rette med dem. Likevel har jeg lyst til å spørre: Hvordan mener du at de tilleggsbevilgningene, som nesten automatisk har vært gitt, har påvirket holdningen blant ansatte i helseforetakene? Har de sittet og ventet, og tenkt at det ikke er så viktig med den omstillingsprosessen, fordi tilleggsbevilgninger vil komme uansett? Mener du at det har påvirket prosessen?

Sylvia Brustad: For det første har jeg ikke lyst til og ingen grunn til å ta alle ansatte under ett. Jeg har også veldig lyst til å understreke at mitt inntrykk er at de gjør en fantastisk jobb rundt omkring i hele landet for å hjelpe flest mulig mennesker. Men det ble etter hvert en øvelse for enkelte at den som ropte høyest, skulle få mer penger fra storting og regjering. Det mener jeg var uheldig. Det var det vi måtte få en slutt på. Det er klart at det gjorde noe med budsjett disiplinen. For når de visste at det sannsynligvis kom til å komme penger likevel, hvorfor skulle de da gjøre de tiltak som var nødvendig for å få orden i økonomien? Så jeg mener det var helt nødvendig å sette ned foten, si det vi gjorde, og sette i gang de tiltak vi faktisk gjorde.

Så har det noen ganger vært nødvendig å gi noen tilleggsbevilgninger. Men at man nå er der man er, mener jeg har gjort noe med hele budsjett disiplinen og med holdninger. Jeg har også med glede hørt på hva som er sagt i de regionale helseforetakene, at det nå utdannes og gis mer kompetanse ikke minst på økonomiområdet, og det er viktig.

Bendiks H. Arnesen (A): Takk skal du ha.

Jeg vil også henlede oppmerksomheten på det rapporten sier om rapportering. Riksrevisjonen påviser at helseforetakene bruker mye tid på å rapportere alle krav som

stilles i oppdragsdokumenter og i foretaksmøtene. Dette gir økonomimedarbeiderne mindre kapasitet til å bistå de budsjettansvarlige lederne i de kliniske enhetene. Var dette en problemstilling som ble forelagt deg i din tid som statsråd?

Sylvia Brustad: Jeg kan ikke si at det var en spesiell problemstilling. Vi var sjølsagt klar over at det alltid er et dilemma – hvor mange krav skal man stille, også innen helsesektoren. Samtidig må jeg si at til en sektor som vi da jeg sluttet som helseminister i 2008, bevilget om lag 90 milliarder kr til – nå bruker vi om lag 100 milliarder – er det klart man må stille krav. Det var det vi var helt nødt til å gjøre for å få orden på økonomien. Vi måtte gå inn og stille betydelig sterkere krav, helt ned i organisasjonen, for å få systemer som jeg nå skjønner er på plass i de fleste helseregioner, iallfall langt på vei på plass. For det var først da man kunne få orden på økonomien. Jeg mener at Helse Midt-Norge er et glanseksempel på at det nyttet. På et tidspunkt var det mer enn 700 mill. kr i underskudd. Det er nå snudd til noe helt annet, fordi det er tatt tak og laget systemer. Det er en annen kultur, det er andre holdninger, og det er sjølsagt realistisk budsjettering. Det mener jeg avgjørende. Det har ført til at det har blitt bedre pasientbehandling. Det er sjølsagt det som teller i det lange løp.

Bendiks H. Arnesen (A): Nå er det jo vår oppgave å være tilbakeskuende i denne sammenheng, og derfor spør jeg også i forhold til at Riksrevisjonen påpeker at det har vært mangel på kontinuitet i ledelsen i helseforetakene. Det påvises svært store utskiftninger av direktører og økonomidirektører. Var du som helseminister kjent med dette, og ble dette oppfattet som et problem i forhold til å få i gang omstilling og få på plass en skikkelig økonomistyring?

Sylvia Brustad: Det er jo helt klart at for å få til omstillinger som virker, eller nødvendige endringer, er kontinuitet sjølsagt viktig. Men jeg vil nok si, som jeg hørte én av styrelederne si her tidligere, at det var nødvendig å skifte ut noen av dem som hadde ansvar for økonomi. Men jeg tror, når det er andre styringssystemer på gang og ting er mer på plass, at det er lettere å få kontinuitet, som sjølsagt er viktig i tida framover for at dette skal gå så bra som vi alle ønsker at det skal.

Bendiks H. Arnesen (A): Du var i innledningen din inne på at du grep inn overfor foretak i en del sammenhenger. Det er litt interessant å vite hvordan du ser på mulighetene for å kunne gripe inn – er de tilstrekkelig til stede? Har vi et system som virker slik at departementet kan gripe skikkelig inn når det er behov for det?

Sylvia Brustad: Jeg mener at det viktigste departementet bør gjøre, og som vi prøvde å legge vekt på, er å sette sammen styrer som man mener er gode nok og sterke nok til å styre denne viktige sektoren som dette faktisk

er. Styresammensetningen i alle regionene brukte vi mye tid på.

Så – unnskyld, hvis du bare kan gjenta det siste?

Bendiks H. Arnesen (A): Det jeg ønsker å vite, er om det er på plass, slik at departementet kan gripe inn når det er skikkelig nødvendig.

Sylvia Brustad: Jeg mener det. Foretaksmøtene er det redskapet vi kan bruke. Og jeg mener man har muligheter til å gjøre det hvis man mener det er nødvendig. Det var ikke mange ganger jeg mente det var nødvendig, men noen ganger mente jeg det var nødvendig. Nå kan jeg ikke uttale meg om det. Men det er klart at slik situasjonen var i Helse Midt-Norge, og ved ett spesielt sjukehus som var meget krevende, var det helt nødvendig å gjøre det. Jeg mener at jeg ikke hadde gjort jobben min hvis jeg ikke gjorde det. Så gjorde vi endringer i styresammensetningen, som kjent, og fikk på plass en ny styreleder. Det var helt avgjørende for hvordan dette har gått videre.

Bendiks H. Arnesen (A): Da er jeg ferdig.

Møtelederen: Mange takk for det.

Da er det Ulf Erik Knudsen som skal stille spørsmål på vegne av Fremskrittspartiet. Du har 5 minutter til disposisjon, vær så god.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Takk, leder.

Det høres ut fra redegjørelsen til den tidligere statsråden ut som om hun har gjort en betydelig jobb for å rydde opp i sektoren. Det harmonerer dårlig med slik jeg leser rapporten. Den sier noe om akkumulerte underskudd, om dyp gjeld, om lite lojalitet hos de ansatte til budsjettene, om ledere som rømmer eller blir sparket ut, om lange ventetider, og vi vet jo alle at på det tidspunktet som vi snakker om her, var en kvart million nordmenn i venteliste. Samtidig har vi også i denne perioden sett en bratt økning av dem som helt har mistet tilliten til det norske helsevesenet og tegnet private sykeforsikringer. Så det er en forskjell på det bildet den tidligere statsråden tegner, og det bildet som rapporten tegner. Har den tidligere statsråden forståelse for at jeg finner grunn til å ta opp den problemstillingen, og hvordan vil hun kommentere det?

Sylvia Brustad: Jeg har sjølsagt den største forståelse for at kontrollkomiteen i Stortinget og Stortinget som sådant engasjerer seg i en riksrevisjonsrapport om økonomien i helseforetakene. Men jeg kan jo bare svare for min tid, og størstedelen av det akkumulerte underskuddet i helseforetakene skjedde jo før min tid – og det er det andre som må svare for, ikke jeg. Jeg svarer for den tida jeg har hatt ansvaret. Da var underskuddet mindre, og det har blitt mindre og mindre hvert år til det nå samlet sett er et overskudd. Det jeg også kan si, er at i den perioden har det vært vekst i pasientbehandlingen, og det har siden 2002 blitt om lag 12 000 flere ansatte i denne sektoren. Jeg sier ikke at alt er perfekt, men jeg sier at i den perioden jeg hadde ansvaret, og i den regjeringa jeg satt, tok vi

mange grep som jeg tror har vært en medvirkende årsak til at en er der en er i dag.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Det fremgår også av rapporten at overskridelsene har variert fra år til år, men samtidig slår også rapporten fast, bl.a. på side 8, at de regionale helseforetakene overskred eiers økonomiske styringskrav i hele perioden, også inkludert de tre årene som Brustad ledet departementet.

I lys av de feil og mangler som vi har sett på dette feltet, har den tidligere statsråden – i etterkant av sin statsrådspriode – på dette området gjort seg noen refleksjoner om en annen finansierings- og styringsmodell kunne ha gitt bedre resultater, både i faglig form og bedre økonomistyring og kostnadskontroll?

Sylvia Brustad: Jeg tror ikke det er en annen styringsmodell som er svaret, sett fra mitt ståsted. Nå får jo nåværende politikere svare mer på det enn jeg, kanskje. Men i den perioden jeg hadde ansvaret, var det helt åpenbart at det ikke var gode nok systemer på plass, eller gode nok kulturer eller holdninger, og heller ikke – fram til da – gode nok økonomiske rammer slik at det var realisme i de penger som ble overført. Jeg har ikke tro på at det er en annen modell, slik representanten spør om, som er svaret på utfordringene videre.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Men i andre deler av statsforvaltningen velger vi jo en klarere modell, med én sjef. For eksempel innen Nav, innen Politiet og innen Forsvaret er det én sjef som svarer direkte til en statsråd. Ville ikke det være å foretrekke i stedet for den pulveriseringen som man har pr. i dag, og som kanskje er noe av problemet i forhold til denne sektorens utfordringer?

Sylvia Brustad: For det første finner jeg det riktig at nåværende statsråd kanskje svarer på dette. Men jeg vurderte det slik, i den tida jeg hadde ansvaret, at det ikke var modellen det var noe galt med, det var mer systemer – manglende realistisk budsjettering, at det ble gitt for store lovnader i forhold til hva som var mulig å innfri, og enkelte steder var det ikke en god nok kultur eller gode nok holdninger til dette. Det var det vi forsøkte å gjøre noe med.

Møtelederen: Takk for det.

Da er det Høyres tur. Per-Kristian Foss har 5 minutter til disposisjon, vær så god.

Per-Kristian Foss (H): Ja, i motsetning til andre har jeg betydelig sans for dine mange tordentaler om budsjettansvar, så det skal du ha all honnør for! Men spørsmålet er hvor lenge det holdt. For i november 2008 var vi altså et knapt år unna neste stortingsvalg, og da kom du med en tilleggsbevilgning på 0,5 milliard kr til helseforetakene. Hva var det ekstraordinære ved det?

Sylvia Brustad: Da må jeg nesten be noen av de andre svare, for da var jeg en annen minister. Så jeg vet ikke hvem av dere – Frode Myrvold?

Frode Myrvold: Da ble det vel gitt en tilleggsbevilgning knyttet til de omstillingsutfordringene som helseforetakene hadde for å komme i balanse.

Per-Kristian Foss (H): Ja – var det noe ekstraordinært?

Frode Myrvold: Det var jo en vurdering av situasjonen på det tidspunktet ...

Per-Kristian Foss (H): ... med en ny statsråd. Da skal vi la det ligge, og så stille spørsmålet om... Det er vel og bra med budsjettdisiplin, men fra helseforetakene ble det jo også spilt inn forslag – og det var under din tid. Et utvalg med representanter fra de regionale helseforetakene leverte i 2007 en rapport til departementet om muligheter for en mer effektiv drift, som det het, av støttefunksjoner i en nasjonal samordning, bl.a. innenfor områdene helse, miljø, lønn, økonomi, regnskap og innkjøp. Så vidt jeg kan forstå, skjedde det ikke noe mer med denne rapporten under din statsrådstid. Ville det ikke vært naturlig å gripe fatt i en sånn mulighet, når helseforetakene selv peker på mulighetene for at en bedre nasjonal samordning vil kunne gi innsparingseffekt på kostnadssiden?

Sylvia Brustad: Jeg tror jeg overlater ordet til Per Bleikelia på den saken.

Per Bleikelia: Det ble gjort en utredning på stabs-/støttefunksjoner knyttet til de regionale helseforetakene, og det er et arbeid som vi har videreført og har fokus på. Grunnen til at det så langt ikke er gjennomført, er at vi nå ser på de økonomiske og administrative forholdene rundt det, og har bedt om å få det utredet før vi tar en endelig stilling til saken.

Per-Kristian Foss (H): Er ikke statsråden enig i at det tar litt lang tid – altså, når helseforetakene selv spiller inn mulighet for innsparingseffekter, og de sitter med skoen på? Fra departementet har det p.t. ikke kommet noe ut av dette – ikke noen proposisjon til Stortinget eller noen andre systemforandringer. Og vi er nå i februar 2010. Er ikke dette vel tregt, tatt i betraktning at man styrer en etat som var – som den tidligere statsråden helt riktig sa, jeg er enig i det – i et økonomisk uføre da du overtok? Burde det ikke da vært mer hast på reformtiltak på kostnadssiden?

Sylvia Brustad: Jeg mener det er gjort mye, som jeg har forsøkt å redegjøre for, i den perioden. Men når det gjelder den rapporten, så kan ikke jeg svare noe mer for det nå, men jeg skjønner jo at det jobbes det med. Per, kan du fylle ut mer på det?

Per Bleikelia: Ja, det er slik at hver av helseregionene har etablert en del stabs-/støttefunksjoner. Før denne reformen hadde hvert enkelt sykehus sitt lønningskontor, sitt regnskapskontor, osv. Man har jo sett, som det blir pekt på her, at det vil være store effekter av å kunne samle dette, og Sykehuspartner – Helse Sør-Øst er da et sånt eksempel. Det har vist stor og god effekt. Det er mulig at dette

kunne gå fortere, men fra regionene er det bedt om – før man eventuelt går til det skritt å oppskalere dette til en nasjonal virksomhet – å få se de administrative og økonomiske konsekvensene av det. Vi har altså fått dette på plass i hver enkelt av helseregionene, men ønsker å se på dette videre.

Per-Kristian Foss (H): Tidligere statsråd Bjarne Håkon Hanssen har ved flere anledninger påpekt av Samhandlingsreformen er avgjørende for en bedre helseøkonomi. Saken ligger nå i Stortinget, og vi skal få se hva som blir utfallet av den. Men allerede da du overtok som statsråd, lå det en komitéutredning, Wisløff-rapporten, som pekte på de samme utfordringene, og som hadde en del løsninger. Hva gjorde du i din statsrådstid med Wisløff-rapporten og Samhandlingsreformen?

Møtelederen: Du har ca. 20 sekunder til å svare.

Sylvia Brustad: Vi jobbet jo på ulikt vis med Samhandlingsreformen også i min periode, det er det ingen tvil om. Men det er klart at det som måtte være hovedfokus i min periode, er det jeg nå nettopp har redegjort for; å få orden på økonomien, slik at vi fikk frigjort enda flere penger til pasientbehandling. Men vi jobbet også mye med hvordan vi skulle få til samhandlinga mellom kommunene og sjukehusene, noe som sjølsagt er kjempeviktig for å få dette til å gli enda bedre framover. Så jeg vil med interesse følge med på hva Stortinget kommer til å vedta også på det området, sjølsagt.

Møtelederen: Da er det SV som har 5 minutter, ved Hallgeir H. Langeland. Vær så god.

Hallgeir H. Langeland (SV): Takk for det.

Du legg stor vekt på at da me fekk ei fleirtalsregjering i 2005, med deg som helseminister, så *måtte* du inn og ta mange grep ved roret på grunn av at det på ein måte nærmast var ute av styring, slik eg tolkar deg. Eg vil gjerne at du deler nokre tankar om årsaka til dette. Det var jo ei sånn nyliberalistisk ånd over partia på begynninga av 2000-talet, når ein ønskte å gå i verk med denne reforma – og presse ho fort fram i tid, syntest mange av oss som var kritiske. Var reforma godt nok fundert, meiner du, eller var det på grunn av det som faktisk skjedde etterpå, når ein fekk ei mindretalsregjering, at helseministeren og finansministeren den gongen – fordi ein ikkje hadde ryggdekning – på ein måte blei pressa av den som roper høgast-syndromet her på Stortinget, og dermed måtte fortsetja med ein økonomi som då ikkje kom under kontroll?

Sylvia Brustad: Jeg tror ikke det er ett svar på det spørsmålet. Jeg mener for det første at reformen var godt nok fundert. Jeg mener at det ikke var der problemet lå, men jeg mener nok at representanten Langeland er har et poeng når han snakker om mindretalsregjering, for det hjalp nesten ikke hva en sa og gjorde så lenge det var en opposisjon som hele tida «bød over» og skulle ha mer penger. Sånn er det politiske systemet – det har jeg som kjent

vært en del av i mange år sjøl – men det er klart at det er en ekstra utfordring.

Så er det klart at det var begrenset handlingsrom med hensyn til strukturelle endringer. Det er alle som sitter her, godt kjent med. Jeg mener også at det fra noen steder var for dårlig styring. Det er det ingen tvil om. Det var for dårlig kompetanse, for dårlige holdninger og for dårlig kultur. Det er klart at når øvelsen ble «den som roper høyest, får mer penger», «det ordner seg nok», så er det ikke mulig å få orden eller å få disiplin inn i systemet. Det var det vi måtte ta et oppgjør med. Det var tøft, men det var helt nødvendig for å prøve å få orden på det. Jeg skal bare gi et lite bilde av hvordan det ser ut: Vi kom inn høsten 2005, etter det har pila gått opp. Det nytter å sette ned foten, og vi har fått inn mange gode medarbeidere og ansatte som har gjort en fantastisk jobb for at en nå er der en er, som ikke er viktig for oss som er involvert. Denne (hun holder opp en plansje for korrigert årsresultat) viser underskuddet som har blitt gradvis redusert. Vi kan starte i 2002: Minus 826 mill. kr var underskuddet, i 2003 nesten 2 milliarder kr, 2 milliarder kr i 2004, i 2005 var det 1,3 milliarder kr, så var det ned på 1,8 milliarder kr, så har det gradvis blitt redusert – til 1,4 milliarder kr, så til 700 mill. kr, og nå er vi altså i pluss.

Det viser at dette nytter, og det var nødvendig å gjøre det, av hensyn til at vi skal få mer pasientbehandling til dem som trenger det.

Hallgeir H. Langeland (SV): Vil du seia at styra i perioden 2001–2005 hadde som strategi å skrika høgt for å pressa Regjeringa for meir pengar, og dermed ikkje hadde fokus på eiga økonomistyring?

Sylvia Brustad: Nei, så sterkt vil jeg ikke si det. Det er sjølsagt forskjell på styrer, på hvor vi var i landet, på hvem det var. Dette har sammensatte årsaker. Men det ble i alle fall for meg helt galt når det noen steder var slik at en ikke hørte på det som ble sagt fordi en var vant til at dette bare ordnet seg, bare en aksjonerte nok og ropte høyest. Det måtte vi få en slutt på.

Hallgeir H. Langeland (SV): Til slutt eit spørsmål frå di eiga tid: Psykiatrien ser ut til å ha kome dårleg ut på grunn av at ein gjerne har teke pengar derifrå og gjeve til somatikken. Gjorde du nokre grep der for å sørgja for at ein ikkje gjorde for mykje av det?

Sylvia Brustad: Jeg tror, med respekt å melde, representant Langeland, at det ikke stemmer helt at det ble tatt fra psykiatrien til somatikken. Tvert imot styrket vi også psykiatrien i den perioden. Men jeg vil utfordre Bjørn Erikstein til å si litt mer om det.

Bjørn Erikstein: Det har vært svart på et par spørsmål bl.a. til Stortinget som går på at man har spurt om overføring av penger fra psykisk helse til somatikk. Da har svaret tilbake vært at det har vært bl.a. investeringspenger som man ikke har kunnet bruke i psykiatrien det ene budsjettåret, og som man så nærmest har lånt til somatikken, for

å tilbakeføre det til psykiatrien neste budsjettår. Det er i hvert fall dokumentert at slik har det vært. Det er ikke noe som tyder på at man har tatt penger fra psykiatrien. Tvert imot har man tatt fra somatikken i større grad og gitt til psykiatrien for å øke bevilgningene.

Møtelederen: Takk for det.

Da er det Senterpartiets tur. Heidi Greni har 5 minutter. Vær så god.

Heidi Greni (Sp): Takk for det.

En oversikt fra Stortingets kontor viser at helseministeren i perioden 2008–2009 besvarte langt flere interpellasjoner enn de andre statsrådene. Mange av disse spørsmålene handler om oppgaver som er overlatt til helseforetakene. Utgangspunktet for at opposisjonen stiller så mange spørsmål, tror jeg er at vanlige folk mener at vi som sitter på Stortinget, kan gripe inn mye mer enn det vi egentlig kan. Var du tilfreds med den politiske styringen du som helseminister hadde over utviklingen i helsetjenesten?

Sylvia Brustad: Jeg kan ikke svare for 2008 og 2009, i hvert fall ikke for siste halvdel av 2008. Men ja, jeg mener at vi gjorde ting som var nødvendige. Det kan sikkert diskuteres også en del av det jeg gjorde, men jeg mener det var riktig og nødvendig. Det er klart at det er dilemmaer. På den ene sida sier en at vi overlater ansvaret til helseforetak, dets styrer og dets ledelse, og hvis det da skjer ting – det opplevde jeg mange ganger, masse demonstrasjoner, enten det var nevrokirurgien som ble foreslått flyttet fra Stavanger til Bergen, som jeg mener var helt nødvendig og riktig av kvalitetshensyn, eller det var fødestue i Tinn kommune og masse protester der, eller andre ting, for det er sånn at når det kommer til det enkelte sted hvor det bor folk som er engasjert, og jeg forstår sjølsagt at folk er engasjert i helsetjenesten – blir det vanskelig for dem som er satt til å gjennomføre det, og da er det demonstrasjoner og protester med en gang. Det er dette evige dilemma en må være i når en har ansvaret for dette området, og det er ikke alltid så enkelt. Men jeg mener at det som er det viktigste, er alltid å ha kvaliteten for øye, det som gjør at vi kan gi innbyggerne i Norge best mulig kvalitet, og da må det noen tøffe grep til.

Heidi Greni (Sp): En del av dem som har vært på høringen her før i dag, har uttrykt at de har fått klare signal om hva det skal satses mer på, men de savnet klare signal om hva de skal gjøre mindre av. Har departementet vært flink nok til å klargjøre i styringsdokumentet ikke bare hva en skal satse tyngre på, men òg hva en da skal satse mindre på? Gitt at rammene er de samme, vil det nødvendigvis være nødvendig å nedprioritere noe, hvis en skal satse mer f.eks. på psykiatri.

Sylvia Brustad: Som jeg har sagt, mener jeg at innenfor budsjettammer på nå 100 milliarder kr, som vi skal bruke for å hjelpe folk som er sjuke – noe som er helt riktig – er det klart det er lov å stille krav og å ha forvent-

ninger. Det skulle bare mangle. Det har vi også innenfor andre sektorer.

Så mener jeg at jeg i hvert fall da jeg var politiker, hadde – men i hvert fall ikke nå som jeg skal i en annen posisjon, har – forutsetninger for faglig å si at de bør komme foran, eller de bør komme etter. Det er derfor vi har lover om rettighetspasienter og om de som ikke er det. Jeg mener at gjennom de oppdragsdokumenter som i hvert fall jeg kan svare for, ga vi tydelige styringssignaler for hva vi mente skulle prioriteres, og psykiatri var blant det. Jeg mener at sånn må det være. Vi har så masse dyktige ansatte, medarbeidere i norsk helsetjeneste som bedre vet nøyaktig hvem det haster mest med, og hvem det haster litt mindre med.

Heidi Greni (Sp): En av intensjonene med å gå over til denne foretaksmodellen var at vi skulle få mindre byråkrati og mer helse for hver krone. Er oppfatningen at vi har fått mindre byråkrati, eller har det heller gått i gal retning når det gjelder den siden?

Sylvia Brustad: Jeg mener at tallenes tale er klar. Vi får mer pasientbehandling nå. Vi har fått flere ansatte, som er nødvendig for å behandle flere pasienter og ha god kvalitet. Jeg mener at dette har absolutt gått i riktig retning.

Heidi Greni (Sp): Takk.

Møtelederen: Takk for det.

Da er det Kristelig Folkeparti og Hans Olav Syversen som har 5 minutter til disposisjon.

Hans Olav Syversen (KrF): Takk for det, leder.

Først til de tallene du henviste til, altså i Riksrevisjonens rapport. Når det går på det regnskapsmessige årsresultatet, er jo de største underskuddene der, i motsetning til det du henviste til, men det er kanskje en annen form for regnskap. Det er i 2006 og i 2007 henholdsvis 4,3 milliarder kr i minus i 2006 og 6,1 milliarder kr i minus i 2007. Men det har kanskje noe med fordeling av investeringer å gjøre – bare så det er nevnt. Det er noe som tyder på at den tordentalen som du mener du startet med da du kom inn i departementet, fikk virkning en del etter i tid.

Det jeg er litt interessert i å spørre om, er: Siden vi står overfor en sektor som fra 2002 til 2008 faktisk har hatt en realvekst hvert år på mellom 1 pst. og 4 pst., og på tross av det går med så betydelige underskudd, vil du si at det var en strukturell brist i Sykehus-Norge som sådan? Eller: Hvor i organisasjonen mener du at man hadde en laissez faire-holdning til budsjettstyring, slik du indirekte beskrev det i din innledning?

Sylvia Brustad: For å ta det siste først så mener jeg at det ikke er ett svar på det. Det er veldig mange forklaringer, slik jeg ser det – det er sammensatte ting. Det er forventninger som skapes også i det politiske miljø, om at dette skal vi greie, og dette skal vi ordne opp i. Det mener jeg også hører med til historien.

Så var det den ukulturen som vi fant noen steder – ikke over alt, men noen steder – om at det ordner seg nok, så

vi bare bruker det vi mener vi trenger uansett, og helse er så viktig for folk, så vi får det nok til.

Så var det noen steder for lite kompetanse på økonomiområdet og for lite oppmerksomhet fra ledelsen. Ledelsen må også være opptatt av det, det mener jeg er helt avgjørende, og det ser vi på alle områder. Hvis ikke ledelsen er opptatt av det som er viktig, nytter det ikke. Så må man få kompetanse i alle ledd. For eksempel: Når man vet at om lag 70 pst. av kostnadene, hvis jeg ikke sier noe galt, er personellkostnader, og vi så at det noen steder var helt ukontrollert – de som hadde ansvaret for budsjettet, var ikke de samme folkene som hadde ansvaret for å ansette folk, men noen andre ansatte folk – sier det seg sjøl at det regnestykket ikke kommer til å gå i hop. Her mener jeg det var mange forklaringer, og jeg mener, som jeg har prøvd å si – tordentale eller ikke, det har jeg også hatt, og det mente jeg var nødvendig – at det faktisk har nyttet.

Jeg vil kanskje be Frode Myrvold om å forklare litt hvordan de tallene egentlig er, for her er det mange elementer som ligger inne. Frode?

Frode Myrvold: Ja, du henviser nok til regnskapsmessige underskudd, men denne grafen som Brustad viste fram, gjelder jo i forhold til det styringskravet som er satt fra Stortingets side. For vi har i hele perioden hatt merkostnader knyttet til avskrivninger, som det først ble ryddet opp i fra 2008, og som lå i årene før, og i 2006/2007 kom det også en stor kostnad knyttet til pensjoner som også er bevilget i etterkant, men som det ble gjort unntak av fra resultatkravet i de årene.

Hans Olav Syversen (KrF): Jeg regner med at det er forståelse for at vi må forholde oss til den rapporten vi faktisk sitter med, og det er der jeg henter de tallene fra. Men det var greit å få en klarhet i det sett fra deres ståsted.

Jeg har lyst til å grave litt mer i dette spillet som tidligere statsråd reflekterte litt over. I perioden før 2005 satt det mindretallsregjeringer, og du nevnte selv at du hadde vært med i dette, som du sa. Er det slik at du følte at det var et samvirke i flere av disse periodene mellom interessenter på sykehussiden og – jeg holdt på å si – opposisjonen, som bidro til å svekke budsjettstyringen, og at ledelsesansvaret ble underordnet det samvirket vi her snakker om?

Møtelederen: Og det har du ca. ti sekunder til å svare på.

Sylvia Brustad: Det var jo et enkelt spørsmål. – Da jeg sa at jeg hadde vært med i dette, henspilte jeg på mindretallsregjeringer. Det har jeg også vært borti, for å si det slik. Det er krevende i forhold til det vi nå snakker om.

Så opplever jeg at de tallene som Riksrevisjonen opererer med, er helt sammenfallende med de tallene som vi opererer med, så det er ikke noen uenighet om det. Jeg vil overhodet ikke skjære alle over en kam, for det er det ingen grunn til. Men at noen ganske lenge drev med et spill for å få mest mulig penger uten at det nødvendigvis var logiske grunner til det, er helt sikkert.

Møtelederen: Da er tiden ute, godt og vel.

Da er det lagt inn fem minutter til oppklarende spørsmål fra komiteen. Jeg presiserer at en stiller ett spørsmål, og at svaret er desto kortere. Først ut er Martin Kolberg, deretter Ulf Erik Knudsen.

Martin Kolberg (A): Ja, det er i alle fall min mening at det er dokumentert utover enhver tvil at i din statsrådsperiode ble det satt i gang en politisk prosess for å få økonomien i foretakene under kontroll. Jeg tror vi også kan si at det er dokumentert at det har lyktes et stykke på vei. Nå har vi jo hørt styrelederne og direktørene rett før du kom inn her, og de sier jo det samme, uten at de gir dette det politiske stampelet.

Da blir spørsmålet: Hva er din refleksjon eller mening om at dette har tatt såpass lang tid, som det tross alt har tatt siden reformen kom på skinnene?

Sylvia Brustad: Jeg mener jo at dette burde det ha vært meget økt bevissthet om fra dag én. Men det har det i hvert fall ikke vært fra alle. Jeg kan ikke svare for andre enn meg sjøl.

Det andre er jo at dette er svært. Det er utrolig mange ansatte rundt omkring i hele landet, og det å endre til dels kulturer, til dels holdninger og samtidig få på plass penger som gjør at det er økonomiske realistiske budsjetter, tar tid – ting tar tid. Men når jeg ser meg tilbake, mener jeg likevel at det ikke er kjempelang tid fra 2005 og til nå. Fra 2005 til nå har vi altså samlet sett et overskudd til beste for pasientene. Men dette er svære organisasjoner, og mange – jeg vil si nesten alle – har en mening om helsetjenesten. Media spiller også en viktig rolle, på godt og vondt, i forhold til dette, som altså gjør at ikke allting er så enkelt som en skulle ønske at det var.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Styremedlemmenes kvalifikasjoner og bakgrunn er alltid viktig for en virksomhet. Den tidligere statsråden hadde jo med seg en plansje. Jeg har også med en plansje, som sier noe om styremedlemmenes tilknytning partimessig. Hvis man ser denne ganske høye søylen nærmest meg, en grå søyle, så er det folk med bakgrunn fra Arbeiderpartiet. Den bitte lille grå søylen her er folk med bakgrunn fra Fremskrittspartiet. Den røde, som jeg har plusset på her, viser antallet styremedlemmer Fremskrittspartiet skulle hatt dersom man hadde vært behandlet på samme måten som Arbeiderpartiet. Den høye søylen som strekker seg nesten helt opp til toppen av arket, er antallet representanter med rød-grønn bakgrunn i sykehusstyrene, og den som rekker nesten halvparten opp der, er alle ikke-sosialistiske partier til sammen. Av ordinære styremedlemmer er det altså 17 stykker med rød-grønn bakgrunn og ti stykker med bakgrunn fra de partiene som er omtrent like sterke på Stortinget. Dette er en utvikling som bare har forsterket seg over tid.

Mitt spørsmål til den tidligere statsråden er: Hva er det som gjør rød-grønne politikere så veldig mye bedre kvalifisert til å sitte i disse sykehusstyrene enn representanter fra Kristelig Folkeparti, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre?

Sylvia Brustad: La meg først si at jeg har ikke sett den oversikten der. Jeg vil bare si at da vi satte sammen styrene, var vi sjølsagt opptatt av å prøve å finne en balanse, først og fremst på kompetanse – altså: Hvilke folk trengte vi i disse styrene? Jeg har nevnt økonomi som én ting, men sjølsagt er det ikke bare det, langt derifra. Hele landet representeres, og det er også politisk representasjon. Jeg tror ikke de tallene skal tolkes dit hen at en mener at folk som stemmer Fremskrittspartiet, er dårligere skikket til å sitte i styrer enn folk som stemmer SV, for å si det på den måten. Blant styrelederne er det sånn, meg bekjent, at én er fra Arbeiderpartiet, én er fra Senterpartiet og én er fra Høyre. Den fjerde vet jeg ærlig talt ikke. Så vi har også vært opptatt av å prøve å speile den politiske sammensetninga. Jeg kan ikke svare mer konkret enn det, men vi mener altså ikke at folk fra Fremskrittspartiet er diskvalifiserte til å sitte i styrer. Det vil jeg heller ikke tro den nåværende statsråden mener.

Møtelederen: Jeg registrerer at det var litt uenighet om akkurat det på denne siden.

Sist ut er Per-Kristian Foss. Vær så god.

Per-Kristian Foss (H): Jeg er glad statsråden aldri har brukt noen partipolitisk kvotering for utnevnelser til styrer.

Mitt spørsmål gjaldt dette spillet du omtalte tidligere, spillet om revidert, for å si det som det er, og gjerne også litt senere attpåklatter. Jeg tror det er en riktig beskrivelse at det er en særlig utfordring for en mindretallsregjering. Men har du noen gang som Arbeiderpartiets stortingsrepresentant stemt mot noen tilleggsbevilgning til helseforetakene?

Sylvia Brustad: Det tør jeg ikke å svare på.

Per-Kristian Foss (H): Det går vel an å huske det, kanskje, så sterke som tordentalene dine var i ettertid?

Sylvia Brustad: Det stemmer sikkert at jeg har stemt for tilleggsbevilgninger når det har vært mindretallsregjeringer, uten at jeg husker alle de avstemningene nøyaktig. Så jeg sier ikke at jeg i så fall ikke også har svin på skogen.

Det jeg prøver å gi et bilde av, er at mange har ansvaret for at den situasjonen var. Det er enklere å få til orden med flertallsregjeringer enn med mindretallsregjeringer. Jeg mener at vi som politikere – da inkluderer jeg også meg sjøl, som tidligere politiker – også har et ansvar når vanskelige ting oppstår som vi har satt folk til å ordne opp i, enten det er en avdeling her eller der, som sikkert er populær, for å stålsette oss litt, ellers går det ikke i hop.

Møtelederen: Da sier vi takk så langt.

Så er det lagt opp slik at den tidligere statsråden får 5 minutter til oppsummering hvis hun ønsker det. Sylvia Brustad, vær så god.

Sylvia Brustad: Jeg vil bare gjenta at jeg mener det var helt nødvendig å gå mye tettere ned i organisasjonen, få langt bedre rapporteringssystemer enn det vi hadde, få en

enda bedre oversikt. Det var helt nødvendig å få på plass forutsigbare rammebetingelser for helseforetakene. Derfor var det som kom i 2008, med 1,5 pst. aktivitetsvekst, veldig viktig. For alle visste jo at den aktiviteten kom, og derved ble det også tilleggsbevilgninger når de pengene ikke var der.

Jeg mener også at det å ha fått på plass en realvekst på 4,3 milliarder kr i denne sektoren i de årene jeg hadde ansvaret i min regjering, har vært viktig. Å få på plass pensjonskostnadene – over 4,5 milliarder kr – sette i gang Magnussen-utvalget, slå sammen Helse Sør og Helse Øst, som jeg er helt sikker på vil bli bedre for pasientene på sikt, er eksempler på at det går an å få til ting. Jeg vil også – ikke minst – understreke at det å ha en nær dialog med helseforetakene, styrer og de som er ledere, og ikke minst ansatte og ansattes organisasjoner og sjølsagt også pasientorganisasjonene, også er en avgjørende forutsetning, tror jeg, for å lykkes videre. Det mener jeg det er startet mye på. Jeg er glad for at vi er der vi er i dag, og jeg ønsker alle politikere lykke til videre!

Møtelederen: Mange takk for det, og takk for dine bidrag under denne åpne kontrollhøringen. Vi kommer til å ta det med oss videre i vår fortsatte behandling av saken. Vi har da en kort pause til kl. 16.30.

Høringen ble avbrutt kl. 16.21.

Høringen ble gjenopptatt kl. 16.30.

Høring med helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen

Møtelederen: Da er vi klare til å starte opp igjen, og jeg vil ønske helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen velkommen til oss. Hun har med seg som bisittere ekspedisjonssjef Hans Knut Hauge, budsjett- og økonomiavdelingen, ekspedisjonssjef Bjørn Erikstein, spesialisthelsetjenesteavdelingen, ekspedisjonssjef Per Bleikelia, eieravdelingen, og avdelingsdirektør Frode Myrvold, eieravdelingen. Velkommen igjen til dere.

Det er lagt opp slik at statsråden har 10 minutter til innledning, vær så god.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Takk for det, komitéleder og ærede komité.

Helseforetakene forvalter betydelige verdier på vegne av fellesskapet. Dette krever god eierstyring, ledelse og oppmerksomhet på hvordan krav og forventninger fellesskapet har til virksomheten, skal fanges opp og møtes. Dette er et ansvar for styrene og ledelsen i helseregionen og er vesentlig for å sikre bærekraftig utvikling, omdømme og oppslutning om offentlige helsetjenester.

Et viktig aspekt i dette bildet er god økonomistyring. Kontroll med sykehusbudsjettet er en forutsetning for å opprettholde og videreutvikle helsetjenestene i den retning vi ønsker. God økonomistyring er viktig og en forutsetning for at den enkelte pasient opplever en kvalitativt god behandling til rett tid. Dette er hovedmålet. Gjennom opp-

dragsdokumentet til de regionale helseforetakene stiller vi en rekke krav til hvordan tjenesten skal være, og hvordan den skal utvikles.

Riksrevisjonens undersøkelse tar for seg årene 2002–2008. Helseforetakene har frem til 2008 hatt et høyere kostnadsnivå enn det som har vært lagt til grunn når Stortinget har bevilget midler til spesialisthelsetjenesten. I sum har driftsresultatene overskredet styringskravene med om lag 10 milliarder kr, eller om lag 2 pst. i forhold til de inntektene som helseforetakene har hatt til disposisjon. Selv om 2 pst. kan synes lite, er 10 milliarder kr et betydelig beløp. Dette er selvsagt ikke akseptabelt, noe som også har vært understreket av tidligere helseministre.

Den økonomiske situasjonen i helseforetakene har vært tema i Stortinget tidligere, bl.a. gjennom tidligere statsråd Brustads redegjørelse i Stortinget 26. februar 2008. Siden redegjørelsen har det vært en positiv utvikling i de fire regionenes økonomi. Dette skyldes flere forhold, ikke minst at det i styringslinjen fra mitt departement til styrene for de regionale helseforetakene og videre derfra til helseforetakene er stilt økte krav til økonomistyring gjennom et formalisert og gjennomgående rapporteringsopplegg, som lojalt er fulgt opp av styrene på de to nivåer.

I rapporteringsopplegget er økonomi sett i sammenheng med bemanning, aktivitet og kvalitet. Resultatet er at vi for 2009 nå ser ut til å gå med et lite regnskapsmessig overskudd samlet sett for de regionale helseforetakene. En viktig forutsetning for 2009-resultatet er at opplegget i statsbudsjettet er realistisk i forhold til de krav som blir stilt. Dette har ikke alltid vært tilfellet. De første årene etter reformen var det store forventninger til helseforetakene om å redusere køer og korte ned på ventetider, uten at dette gjenspeilet seg i helseforetakenes budsjetter. Da ble det ikke lagt inn midler til aktivitetsvekst i budsjettene. Det skjedde først fra og med 2008, da denne regjeringen i forkant la inn forutsetninger om en fullfinansiert aktivitetsvekst i statsbudsjettet.

Det uheldige med tilleggsbevilgninger er etter min mening at det fester seg en oppfatning om myke budsjetttrammer, dvs. at det skapes forventninger om at også fremtidige budsjettoverskridelser skal dekkes med tilleggsbevilgninger. Dersom en ser bort fra investeringsmidler knyttet til finanskrisen og pandemi, ble det i fjor samlet sett ikke tilleggsbevilget midler til de regionale helseforetakene. Dette tror jeg har hatt en positiv virkning.

Jeg har forstått det slik at de regionale helseforetakene har sagt seg enig i mange av de påpekninger som Riksrevisjonen har gjort. I departementets styring av de regionale helseforetakene er det de siste årene grepet fatt i flere av de områdene som Riksrevisjonen har trukket frem, og som er formidlet i form av styringskrav til styrene gjennom foretaksmøtene. For å synliggjøre dette vil jeg her nevne noen av de styringskrav som er stilt i de siste årene.

De regionale helseforetakene skal gjennomføre begrensede tertialvise revisjoner av avvik i forhold til eierstyringskrav. De regionale helseforetakene skal rapportere månedlig til departementet på helseforetaksnivå.

Det er hyppige oppfølgingsmøter mellom departement og styreleder og ledelse fra de regionale helseforetakene

for å sikre at rapporteringen blir fulgt opp. I 2009 var det månedlige oppfølgingsmøter med alle de fire regionale foretakene.

Styret skal sørge for at administrasjonene på ulike nivåer har tilstrekkelig kompetanse og gjennomføringsevne for å sørge for en god økonomistyring. Det skal rapporteres til departementet om hvilke tiltak som er iverksatt for å øke kompetansen og sikre en tilfredsstillende ledelse. Styret må sikre god internkontroll og systemer for risikostyring, som skal forankres ledelsesmessig i organisasjonen. Styret skal ha en revisjonskomité, tidligere var det styrets kontrollkomité.

Helseforetakene skal ha en fullmaktsstruktur, slik at fullmakter til å ansette eller å opprette stillinger samt til å leie inn arbeidskraft og godkjenne overtid skal ligge på høyere nivå eller på samme nivå som den som er tildelt budsjettansvar. Det er etablert et utvalg for hvert av helseforetakene som skal godkjenne alle nyopprettede stillinger og ansettelser i vakante stillinger i helseforetakene. Det er etablert rutiner for at egne ansatte blir omdisponert på tvers av divisjoner, avdelinger og poster, slik at bruken av innleid personell kan reduseres. De regionale helseforetakene må sikre at helseforetakene følger etablerte rutiner ved ansettelse, oppretting eller omdisponering av stillinger som er omfattet av legefordelingssystemet. Bemanningen må være sammensatt på en hensiktsmessig måte i forhold til foretakets oppgaver. Det skal utarbeides gode og realistiske prognoser for forventet årsresultat ved alle periodeavslutninger. Det skal foreligge en plan for omstilling i hvert helseforetak med konkrete og gjennomførbare tiltak, konsekvensbeskrivelser og en realistisk fremdriftsplan.

Omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv drift på lang sikt, skal prioriteres fremfor kortsiktige engangseffekter. Nye tilbud eller utvidelser skal behandles av helseforetakenes styre. Det skal foreligge en konsekvensvurdering der omfang, økonomi, fremdrift og endringer i tjenestetilbudet for brukerne skal fremkomme.

Det skal foreligge rutiner for alternative tiltak ved manglende måloppnåelse. Styrene skal bidra til erfaringsutveksling om økonomisk styring og kontroll mellom de regionale helseforetakene. Dette gjelder bl.a. temaer som budsjettering, periodisering, omstilling og oppfølging. Det er etablert kompetansenettverk for økonomistyring mellom de regionale helseforetakene. Det er etablert kompetansenettverk for likviditetsstyring mellom de regionale helseforetakene. For 2010 skal det settes i gang et prosjekt for å bedre effektiviteten innad i sykehusene, herunder logistikk, pasientflyt, kvalitet osv.

For 2010 har jeg bedt de regionale helseforetakene om å ha en gjennomgang av Riksrevisjonens rapport i styret, og at styret forsikrer seg om at de punktene som Riksrevisjonen har tatt opp, blir fulgt opp i de enkelte helseforetakene i regionen. Jeg har bedt om tilbakemelding om resultatet av denne oppfølgingen i første tertialmøte i år.

Når dette er sagt, er jeg den første til å innrømme at det ikke er nok å stille krav i foretaksmøtene, heller ikke at det holdes hyppige oppfølgingsmøter om de krav som blir stilt. Riksrevisjonens rapport viser at det nå først og fremst er på helseforetaksnivå utfordringene ligger, og rap-

porten gir mange nyttige innspill til hva som bør gripes fatt i.

Helseforetakene er store organisasjoner som det er krevende å styre, og endringer av kultur og holdninger i disse virksomhetene er et langsiktig arbeid som ikke er gjort over natten. Ikke minst gjelder dette på økonomifeltet, hvor det ikke alle steder har vært kultur for at de styrings-signaler som blir gitt på økonomiområdet, etterleves nedover i organisasjonen. Det finnes også eksempler på at informasjon fra ledelsen i helseforetakene heller ikke når ut til dem som sitter i ansvarsposisjoner på ulike nivåer nede i organisasjonen.

En forutsetning for å lykkes på dette feltet, er at helseforetakene har stabile og gode ledere. Riksrevisjonens undersøkelse viser at det har vært mange utskiftninger i ledelsen i helseforetakene. Jeg er enig i dette, men samtidig er det slik at utskiftning av ledere også i noen tilfeller er helt nødvendig nettopp for å kunne oppnå god økonomistyring og kostnadskontroll.

Jeg er enig med Riksrevisjonen i at forutsigbarhet og langsiktighet må vektlegges. Det er her grunn til å understreke at de regionale helseforetakenes rammebetingelser historisk sett må sies å ha vært svært stabile over tid. I oppdragsdokumentet blir midlene Stortinget har bevilget, stilt til disposisjon for de regionale helseforetakene. Vi er derfor avhengig av Stortingets behandling av statsbudsjettet før endelig oppdragsdokument ferdigstilles. Oppdragsdokumentet for 2010 ble for første gang sendt ut før jul, det vil si nokså umiddelbart etter at budsjettbehandlingen i Stortinget var avsluttet.

I fjor høst ble det avholdt møter med de regionale helseforetakene umiddelbart etter at forslag til statsbudsjett for 2010 ble lagt frem. De regionale helseforetakene fikk informasjon om aktivitetsforutsetningene i budsjettet og signaler om hva oppdragsdokumentet for kommende år kunne inneholde. De fikk på vanlig måte et utkast til oppdragsdokument for 2010 i høst, etter at budsjettet var lagt fram for Stortinget.

Møtelederen: Takk for det.

Da gir jeg ordet videre til Bendiks H. Arnesen, som er sakens ordfører. Han har 10 minutter til disposisjon, og det er han selv som styrer tiden og spørsmålene. Vær så god!

Bendiks H. Arnesen (A): Det var en god innledning. Jeg har allerede haket ut flere av de spørsmålene jeg hadde, så jeg tror det går ganske fort, dette.

Til det statsråden sier: Jeg har lyst til å vise til det som står i Riksrevisjonens undersøkelse om at det er en svært uensartet styring mellom kliniske enheter i samme helseforetak. Riksrevisjonen framholder at en mer helhetlig internkontroll vil bidra til bedre kostnadskontroll. Da spør jeg om statsråden nå har forvissnet seg om, slik det står i rapporten, at styrene har sørget for at slike ledelsesoppgaver blir prioritert i framtiden?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Vi har i hvert fall overfor de regionale helseforetakene understreket

sterkt det som er kommet frem i Riksrevisjonens rapport.

Når det gjelder styrene og styrenes oppgaver, er det helt klart at det å ha en god økonomistyring, det å sørge for at styrets strategi blir fulgt opp, og det å sørge for internkontroll, ikke minst, er viktige styreoppgaver som må etterfølges på alle plan. Dette er noe som presiseres hele tiden i den styringsdialogen vi har med de regionale helseforetakene.

Bendiks H. Arnesen (A): Så påviser Riksrevisjonen at helseforetakene bruker mye tid på å rapportere på alle krav som stilles i oppdragsdokumentet og i foretaksmøtene. Dette gir økonomimedarbeidere mindre kapasitet til å bistå de budsjettansvarlige ledere i de kliniske enhetene. Hvordan ser statsråden på dette, og kan det være behov for forenklinger på dette området?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Jeg vil si at når det er så store foretak som det her er snakk om – de regionale helseforetakene er noen av de største bedriftene i Norge – så skulle det bare mangle at man ikke skulle ha en skikkelig rapportering og styring.

Jeg har forståelse for at det av og til kan oppleves som krevende å måtte rapportere, men jeg tror også at hvis vi ikke har krav til streng rapportering på økonomi og på kvalitet, vil vi heller ikke oppnå det vi ønsker, nemlig en god økonomistyring og en god kvalitetsforbedring i foretakene.

Bendiks H. Arnesen (A): Så er det også slik at mange utskrivningsklare pasienter ofte blir liggende svært lenge på sykehus fordi kommunene mangler tilbud til disse. Dette opptar ofte viktig kapasitet i sykehusene. Hva slags betydning mener statsråden at dette har hatt for mulighetene for god økonomistyring i foretakene og for forutsigbarheten for driften?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Det at sykehusene har liggende utskrivningsklare pasienter, er klart en kostnadsulempe for sykehusene – det er det ikke tvil om. Men først og fremst vil jeg jo si at det også er en veldig stor ulempe for de pasientene som kunne ha hatt et annet tilbud enn det å være på sykehus. Derfor er det også blitt lagt så sterk vekt på det at man skal kunne ha en type institusjoner, distriktsmedisinske sentre med døgnplasser, i kommunene, som gjør at kommunene kan ta tilbake pasienter som kanskje krever mer enn det de kan få ved å være hjemme, men som krever mindre enn det tilbudet de får på sykehusene. Så dette har en kostnadsside. Men jeg vil si at det ikke minst har en side som dreier seg om hensynet til pasientene, som derfor har vært veldig vektlagt i forbindelse med Samhandlingsreformen, og som jeg vil si de også har vært veldig gode på å få til i deler av landet og i noen foretak. Jeg har vært i Trøndelag og sett på flere av de tilbudene de har der. I Finnmark har de vært flinke på dette med å ha en ekstra sengepost f.eks. i tilknytning til sykehjemmet, sånn at man kan ta imot pasienter som trenger ekstra omsorg istedenfor å bli sendt direkte hjem.

Bendiks H. Arnesen (A): Så var det et siste spørsmål. Vi har under høringen tidligere i dag hørt – vi kan nesten si at det begynner å bli en solskinnshistorie – at det går den rette veien. Men så registrerer jeg en viss uro over fremtiden. De regionale helseforetakene har opparbeidet en stor gjeld, og har et stort behov for investeringer. Hvordan påvirker dette økonomistyringen og forutsigbarheten for foretakene? Og føler statsråden seg trygg på at planene for nedbetaling og investeringsbehovene ikke vil skape nye problemer for økonomistyringen i fremtiden?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Det er klart at dette krever en forutsigbarhet både fra oss som eiere av helseforetakene og av sykehusene. Men det krever selvfølgelig også at man fremdeles har fokus på god økonomistyring, god omstilling. Jeg har forståelse for at det oppleves som at det er store forventninger til investeringer, ikke minst, og investeringene i sykehusene er noen av de største investeringene vi kan gjøre på fastlandet. Men her tror jeg at det aller viktigste er at det er forutsigbarhet både fra oss på myndighetsnivå og fra foretakene, som må jobbe med stram økonomistyring og prioritering av hvilke investeringer som gjennomføres.

Møtelederen: Da går vi videre til Fremskrittspartiets utspører, Ulf Erik Knudsen, som har 5 minutter til disposisjon. Vær så god, Knudsen.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Mange takk, leder. Jeg vil tilbake til den første delen av høringen vår i dag, hvor vi hadde legeförening, sykepleierforbund og fagforbund på besøk. Alle sammen etterlyste mer forutsigbarhet og langsiktighet i budsjetteringsprosesser, økonomi og hva man skal jobbe etter. Særlig Legeföreningen tok frem dette som en viktig del.

I politikken har vi jo noe som heter en kommuneproposisjon. Vi får på våren noen muligheter til å gi noen styringssignaler i forbindelse med denne proposisjonen, og det gir jo noe å jobbe med for kommunene fremover. Kan tilsvarende, en sykehusproposisjon, sikre en langsiktighet som etterlyses fra de enkelte ansattes organisasjoner? Eller er det andre modeller statsråden kan tenke seg når det gjelder å sikre den nødvendige langsiktighet og forutsigbarhet?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Nå vil jeg jo si at denne sektoren har ganske forutsigbare rammer. Nå har det vært en realvekst på 2 pst. i de årene som ligger bak, og det som på en måte er usikkerheten, er mellom 0 og 2 pst. realvekst. Det er det man egentlig kan se for seg.

Så skjønner jeg veldig godt behovet for forutsigbarhet og langsiktighet. For selv om veksten kan være liten i forhold til de store tallene, er det veldig forståelig at når man skal disponere pengene for ett år, ønsker man å gjøre det så tidlig som mulig. Jeg har også sittet og lyttet på foretakene, og jeg er kjent med at budsjettprosessene der begynner ganske tidlig. Vi har ikke noen planer om en sykehusproposisjon, som kommuneproposisjonen, selv om jeg har forståelse for det, fordi det er store tall det dreier seg

om. Men det ville jo da binde opp store deler av statsbudsjettet veldig tidlig på året. Det som er viktig fremover, er jo nettopp å se økonomien i hele helsesektoren under ett.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Hva er da alternativet?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Det er jo å jobbe med et statsbudsjett sånn som vi gjør, legge frem et statsbudsjett og ha god dialog med foretakene i budsjetteringen. Samhandlingsreformen ligger jo i Stortinget, og vi håper at den skal bli vedtatt og gjennomført. Da er det viktig at vi ser helse- og omsorgssektoren ...

Ulf Erik Knudsen (FrP): Jeg tror kanskje jeg prøver et annet spørsmål.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Men jeg vil bare få svare på det. Helse- og omsorgssektoren må ses under ett. Du kan ikke bare trekke ut sykehusene som én del av en helse- og omsorgssektor. Da blir det feil at vi skal ha en egen sykehusproposisjon for en del av dette.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Tusen takk!

Tidligere i høringen vår sier fagorganisasjonene at man i helsesektoren over lengre tid har tatt fra psykiatrien for å saldere somatikken – det sa vel alle fagorganisasjonene som var innom – mens når vi stiller tilsvarende spørsmål til styrelederne, sier de nei, det har ikke skjedd, slik har man ikke gjort i sektorene. Jeg tror alle helseforetakene sa at det har ikke skjedd. Hva er det riktige? Er det de ansatte som tar feil, eller er det lederne som tar feil?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Min oppfatning er at det har vært en sterk vekst i psykiatrien i de siste årene. Den opptrappingsplanen som har vært for psykiatri og for psykisk helse, har vært fulgt opp over hele landet. Det har vært en vekst i psykiatrien som har vært dobbelt så stor som veksten i somatikken. Så det er ganske uforståelig at man her skal ha tatt penger fra psykiatrien. Nå har det også vært lagt inn ekstra penger til psykiatrien. Det har vært brukt store penger til investeringer over det ganske land.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Er konklusjonen at de ansattes påstand er feil?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Nei, altså, jeg sier ikke det. Dette er et spørsmål om hvordan man oppfatter ting. Men faktum er at det har vært en opptrappingsplan for psykisk helse som har vært fulgt opp år for år. Så er jeg kjent med én sak, som dreier seg om Sørlandet, hvor det var snakk om at man brukte noen penger fra psykiatri på somatikk. Men det er helt klart at når tallene telles opp i ettertid, så skal...

Ulf Erik Knudsen (FrP): De ansatte påstår at dette gjøres i stor grad i alle helseforetakene.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Vi får gå etter det. Men det som vi har fått av erfaringstall, og jeg kan gjerne få...

Møtelederen: Tiden er ute, så hvis det er behov for ytterligere presiseringer, kan det i tilfelle gjøres skriftlig.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Vi kan godt gjøre dette skriftlig, men det er faktisk slik at det har vært en sterk opptrapping av psykiatrien, og det har vært høyst nødvendig.

Møtelederen: Det er Per-Kristian Foss som er neste ut, Høyres representant – 5 minutter, vær så god!

Per-Kristian Foss (H): Mitt spørsmål er hvorfor statsråden er motstander av nøytral moms i staten. Ville ikke det ha vært en fordel for helseforetakene? Sammenligner vi med situasjonen i Sverige, hvor slik som vaskeritjenester, kantine og renhold settes ut på anbud, får man betydelige innsparinger. Det er lagt frem beregninger som kan tyde på at man kan frigjøre vel 3 milliarder kr til pasientbehandling ved en slik reform. Hvorfor er statsråden motstander av nøytral moms i staten?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Jeg må bare si at det at vi kunne spare 3 milliarder kr i sykehusene ved en slik momsreform, stiller jeg meg litt uforstående til.

Per-Kristian Foss (H): Hvorfor det?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Når det gjelder akkurat det spørsmålet, må jeg få komme tilbake til det, for å se på hvordan det vil ha innvirkning på budsjettene til helseforetakene.

Per-Kristian Foss (H): Men jeg trodde i og for seg at statsråden var kjent med at som medlem av Regjeringen var noe av det første hun gjorde å legge til side et forslag om nøytral moms i staten. Der forelå beregninger – også for helsesektoren – av hva man på den måten kunne spare. Så var ikke statsråden seg bevisst da hun i sitt første halvår som statsråd i regjeringen høsten 2005 endret et forslag fra den foregående regjering som hadde hatt vesentlige virkninger for helsesektoren?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Som sagt vil jeg gjerne komme tilbake til akkurat det spørsmålet, for jeg har ikke gått inn i det forslaget og sett på hvilke konsekvenser det ville fått for helsesektoren. Jeg skal ikke gå inn og verken polemisere mot det eller noe annet. Jeg vil gå inn og se på hvilke konsekvenser dette ville hatt. Slik som det ble sagt her, at dette ville vi tjent 3 milliarder kr på, stiller jeg meg noe uforstående til, men jeg skal komme tilbake til det.

Per-Kristian Foss (H): Det er ikke så vanskelig å forklare, hvis man kan få et anbud uten moms og staten selv slipper moms.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Jeg skjønner at dette er et politisk spørsmål.

Per-Kristian Foss (H): Nei, unnskyld statsråd, det er et økonomisk spørsmål.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Nei, det er ikke bare et økonomisk spørsmål, det er også et politisk spørsmål, i aller høyeste grad, som en tidligere finansminister faktisk – tror jeg – har stilt meg en gang tidligere i samme komité. Men når det gjelder hvilke konsekvenser dette ville hatt for helsesektoren, vil jeg be om å få komme tilbake til det.

Per-Kristian Foss (H): Nettopp fordi jeg har stilt det tidligere, er jeg litt overrasket over at statsråden ikke ser virkningene også for helsesektoren av dette. Men da har jeg ikke noe mer å spørre om når det gjelder det spørsmålet.

Da vil jeg spørre om hva du har gjort med andre forslag som ligger på bordet ditt – innspill fra helseforetakene selv, som i 2007 leverte en rapport som pekte på at det er store beløp å spare. De pekte selv på en mulighet for å spare 1 milliard kr gjennom bedre samordning av støttestrukturer som regnskap og innkjøp. Mitt spørsmål er: Hva har statsråden gjort med den rapporten?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Jeg tror Per Bleikelia skal få svare på det, siden jeg ikke har behandlet den de tre siste månedene.

Per Bleikelia: Denne statsråden har tatt opp dette i foretaksrådet for 2010. Og som jeg svarte under forrige utspørring, vil vi nå få en tilbakemelding fra helseregionene om de økonomiske og administrative konsekvensene av dette, hvor vi skal se på de beregningene som er lagt til grunn for lønnsomheten i et slikt prosjekt.

Per-Kristian Foss (H): Hvilken statsråd var det som tok opp dette, sa du, i foretaksrådet?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Det var faktisk meg. Da forstår jeg hva representanten spør om!

Per-Kristian Foss (H): Jeg hadde liksom ventet at statsråden grep dette begjærlig med litt større kraft og fart når helseforetakene selv sier at de kan spare penger på støttestrukturer som ikke går ut over pasientene, selvfølgelig.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Det dreier seg, så vidt jeg forstår, om dette med stabs- og støttestrukturer. Det å kunne samordne det mer blant de fire helseforetakene, er noe som det selvfølgelig også vil være fokus på videre fremover, for det kan være områder hvor det kan være fornuftig. Innkjøp kan være en del, men IKT kan være et område hvor det kan være viktig å samarbeide.

Per-Kristian Foss (H): Da har jeg fått svar på det. Jeg bare peker på at helseforetakene selv mener at 1 milli-

ard kr, i tråd med departementets tall, kan gi 50 000 flere behandlinger. Så sånt hjelper jo på.

Til slutt: Hva er statsrådets oppfatning av Riksrevisjonens påpekning av at de store akkumulerte underskuddene kan reise behov for økt egenkapital? Eller kan de reise behov for å revurdere reglene for regnskapsmessige avskrivninger for helseforetakene?

Møtelederen: 15 sekunder!

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Jeg kan ikke svare på et sånt spørsmål på 15 sekunder. Jeg mener at sånn som de underskuddene nå er håndtert, kan de regionale helseforetakene leve med situasjonen sånn som den er. Det er klart at det er tungt for dem som har brukt driftskreditt, å ta det inn igjen. Like fullt er dette en situasjon som jeg mener er fullt ut akseptabel.

Møtelederen: Beklager, men tiden er ute!

Per-Kristian Foss (H): Kunne det være mulig å anmode om et skriftlig svar på spørsmålet?

Møtelederen: Det går an å få et godt skriftlig svar også på det spørsmålet.

Da er det Sosialistisk Venstreparti tur. Hallgeir H. Langeland har 5 minutter, vær så god.

Hallgeir H. Langeland (SV): Takk for det, leiar.

Eg vil gjerne at du kommenterer ein påstand frå meg om at ein no er i ferd med å bevega seg lenger og lenger vekk frå det som var reforma sitt utgangspunkt, nemleg at marknaden på ein måte skulle styra meir og meir av sjukehussektoren. Mens ein hadde ein periode frå 2001 med ein mindretalsregjering, der finansminister Foss måtte forhandla med Framstegspartiet og desibeldemokratiet fungerte, sånn at det heile vegen blei meir pengar, så har ein frå 2005, med Brustad, sørgja for at ein har begynt å ta fleire og fleire styringsgrep, av og til òg detaljerte styringsgrep. Det du sa tidlegare i dag, tyder på at du òg på ein måte er på det nivået at ein må ha meir styring med denne sektoren for å få økonomien til å gå opp. Kan du kommentera den påstanden?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Det er ikke tvil om at det har vært behov for stram styring av en så stor sektor som forvalter så store beløp, for det skal lite til før underskuddene kan bli store tall hvis det går feil vei. Det har jo vist seg i tidligere år. Samtidig vil jeg si at tidligere statsråd Sylvia Brustad gjorde en kjempejobb med å få bevilgninger til helseforetakene som var troverdige ved både å gjøre noe med de store pensjonskostnadene som lå der, og også sørge for at det var en sammenheng mellom aktivitet og budsjett.

Det er nødvendig at vi styrer sentralt fra departementet, men det er også viktig at de regionale helseforetakene har en tett oppfølging av sine foretak, både på styrenivå og på ledelsesnivå. Det er mitt inntrykk at det er et ansvar som nå tas veldig alvorlig, og at

man tar fatt i de foretakene som ikke har vært i balanse.

Hallgeir H. Langeland (SV): Ein del rapportar viser at sjukehusvesenet i Skottland har betydeleg suksess med omsyn til at ein går vekk frå dei prinsippa som Noreg forsøkte seg på på det tidspunktet reforma vart vedteken. Ser statsråden på erfaringar i Skottland?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Ja, jeg har vært i Skottland og hatt møte med den skotske helseministeren, og det er ikke tvil om at i Skottland har de økt budsjettene betraktelig – det har også vi gjort – men de har økt budsjettene betydelig. De rammestyrer og rammefinansierer på hele sykehusbudsjettet. Det er klart at det er en fascinerende tanke, men samtidig tror jeg nok erfaringen – i hvert fall vår erfaring – er at et visst forhold mellom aktivitetsbudsjettering og rammebudsjettering er bra. Balansen mellom de to har vært ulik i ulike år. Nå er den 40/60. I forbindelse med Samhandlingsreformen er det foreslått 30 pst. ISF, altså innsatsstyrt finansiering, og 70 pst. ramme. Det kan være riktig, men jeg tror det har vært veldig viktig for å øke aktiviteten til sykehusene at dette har ligget der. Samtidig – hvis man går for langt i en slik type aktivitetsstyring – kan vi risikere at fokuset blir feil og at man bare gjør det som lønner seg. Og her er det jo store områder, som rus, psykiatri og rehabilitering, som ikke er innenfor ISF-ordningen, så her må det være en balanse som gjør at man både blir kostnadsbevisst og fokuserer på aktivitet, men samtidig også fokuserer på hele bildet, for det er tross alt pasientene dette dreier seg om. Det er derfor vi driver sykehusene våre.

Hallgeir H. Langeland (SV): «No further questions», leiar.

Møtelederen: Takk for det!

Da er det Senterpartiets tur. Det er Heidi Greni, som har 5 minutter til disposisjon – vær så god.

Heidi Greni (Sp): Takk, leder!

Først vil jeg komme litt tilbake til det som Fremskrittspartiet var inne på når det gjaldt fordeling av midler – psykiatri og somatikk. Jeg oppfattet ikke organisasjonene som var inne her i dag, slik at de mente at det var overført midler. I den grad de midlene ikke har gått til psykiatrien, var det fordi at de ikke har klart å skaffe nok kompetanse i de stillingene som faktisk var utlyst, stillinger som var opprettet på grunn av disse psykiatrimidlene. Kan statsråden klargjøre om det er jeg som har oppfattet rett – eller om det er andre i panelet som har misforstått?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Det er slik, som jeg sa, at det har vært betydelig mer midler til psykiatri de senere årene enn det har vært til somatikk. Det har hatt sin delvise årsak i at vi har hatt denne opptrappingsplanen som nå har gått over ti år, hvor det år for år har vært lagt inn mer penger.

Så er det helt klart at den store utfordringen innenfor

mange områder er å skaffe tilstrekkelig kompetanse. Men det betyr ikke at man tar penger vekk fra feltet. Dette er noe som vi fokuserer veldig på, at når det har vært en opptrappingsplan, skal også de pengene ha gått til det feltet som trengte opptrapping. Det er gjort mye positivt her, og det er mer behandling innenfor dette feltet, psykisk helse, nå enn det har vært tidligere. Det er også noe som jeg har tatt opp i oppdragsdokumentet for 2010 – at man skal øke behandlingsskapiteten på noen områder innenfor psykiatri.

Igjen vil jeg si at jeg vil komme tilbake til disse tallene, men det som ligger i opptrappingsplanen, har vært 4,7 milliarder kr på drift og 6,3 milliarder kr på investering – og det er 1998-kroner. Så det har vært en betydelig satsing og vekst.

Heidi Greni (Sp): Jeg oppfattet også organisasjonene dit hen at de satt med den samme virkelighetsoppfatningen.

Så til en annen ting. Til slutt i Riksrevisjonens uttalelse påpeker de at departementet må forvise seg om at det vil bli en helhetlig internkontroll i økonomistyringen i samtlige helseforetak. Nå har vi jo hørt i dag at likhetene er mye større enn de var i 2007 og 2008, og det er veldig bra. Betyr det at vi nå er kommet i mål med dette arbeidet? Er det slik at de systemene som fungerer, er overført til de helseforetakene der det ikke fungerte før? Og: Er vi kommet i mål, eller er det fortsatt muligheter for rasjonalisering og et enklere system for internkontroll?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Jeg har bare lyst til å si, helt overordnet, at hvis det er noe jeg synes er viktig i et foretak og i en enhet, er det internkontroll og fokus på internkontroll. Mitt inntrykk er at det er et godt fokus på det. Likevel ser vi at enkelte ting kan gå galt. Men jeg tror Per Bleikelia, som kjenner den daglige styringen best, skal få utdype det.

Per Bleikelia: Ja, det har vært lagt stor vekt på å standardisere og harmonisere disse systemene fra dag én. Det var nok relativt ulikt, det var jo 19 fylkeskommuner, to store statlige sykehus og noen små sykehus som kom inn med litt ulike systemer. Så har man jo tatt tak i dette. For at rapporteringen skulle få den kvaliteten man ønsket seg, har man laget felles økonomistyringssystemer gjennom dette, noe som vi har utviklet selv som heter ØBAK, økonomi, budsjett, aktivitet og kvalitet – det er de fokusområdene vi har. Dette har nok gitt gode resultater i form av at det har vært betydelig enklere å sammenligne situasjonen i det enkelte foretak mot det andre foretaket, pluss at vi har fått en lik tilbakerapportering til departementet som gjør styringsstrengen betydelig sterkere.

Når det gjelder fokuset på internkontroll, så har det vært svært betydelig, og vi har lagt stor vekt på – som sikkert har vært sagt tidligere i dag også – at styrene har innrettet seg som profesjonelle styrer med en revisjonskomité, og i tillegg at ledelsen har fokus på internkontroll som system og derfor også har etablert en internrevisjon knyttet direkte opp til revisjonskomiteen som foretar frie revisjo-

ner utenom de øvrige revisjonene som også foregår i dette systemet. Så det har vært en kvalitetsforbedring, men vi kan helt klart også fortsette. Det ville være helt feil å si at vi ikke kan forbedre oss, så vi kommer også til å forbedre oss på dette området.

Møtelederen: Takk for det, og der er tiden ute også, så det passet fint!

Da er det Kristelig Folkepartis tur, Hans Olav Syversen, som har 5 minutter – vær så god.

Hans Olav Syversen (KrF): Takk for det, leder. En del av det som Riksrevisjonen bruker litt tid og krefter på, er hvordan departementet styrer de regionale foretakene. Riksrevisjonens vurdering er jo at oppdragsdokumentet er svært spesifisert. Hvis man ser på responsen blant foretakene, kan det vel tyde på at de er av samme mening. Departementet argumenterer for så vidt i sitt tilsvarende for at sånn må det være – man har ikke mye å gi her. Så vises det til det dokumentet som skal komme for 2010. Mitt spørsmål er: Er det fortsatt på samme nivå i detaljeringsgrad?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Det er mindre detaljrikt, det oppdragsdokumentet som er for 2010, enn jeg opplever at det har vært tidligere år. Jeg forstår samtidig at man kan synes at det er mange krav og mange ting å rapportere på, men like fullt må det jo være slik at vi som eiere kan sette en del krav og kreve rapportering på det. Det er mindre omfattende enn det har vært – jeg har faktisk oppdragsdokumentene med meg her. Det er mindre omfattende, og det er jo nettopp fordi at vi har tatt noen av de signalene som har kommet fra Riksrevisjonen på dette, at det har vært for omfattende og for detaljert.

Hans Olav Syversen (KrF): Så nå opplever man at det er, hva skal vi si, en tilnærmet enighet mellom dere og foretakene om hva man skal rapportere om og hvorfor?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Jeg har ikke opplevd noen protest fra foretakene, men samtidig vil jeg si at det må jo være vårt privilegium å kunne stille krav i oppdragsdokumentet, og det gjør vi her. Det går bl.a. på hvor vi ønsker f.eks. å få mer fokus, mer vekst. En ting som vi har tatt opp, er f.eks. ventetider – det burde jo ikke overraske noen – og samtidig at vi vil øke noen typer behandling innenfor psykisk helseområde. Altså mer fokus over på ambulante tjenester. Det er en del ting som er tatt opp i dette oppdragsdokumentet som jeg mener er viktige styringssignaler fra oss – helt nødvendig.

Hans Olav Syversen (KrF): Jeg er helt enig i at privilegier bør man hegne om så langt man kan. Så over til noe annet.

Vi hadde et spørsmål med styrelederne i forhold til fordelingen av midler. Skal man drive godt, så er det en viktig forutsetning at man føler at de penger man får seg tildelt, er fordelt rettferdig. Fra Helse Sør-Øst ble det bl.a. pekt på at man fortsatt mener at det er en skjevfordeling når det gjelder forskning, og det en kan kalle mer storbyrelaterte

utgifter. Er statsråden tilfreds med hvordan systemet nå fungerer eller er det noen justeringer på dette?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Vi mener jo at Magnussen-utvalget anga noen korrigeringer som var viktige og riktige. Det er det overordnede. Så er det noen områder som vi ser videre på. Det ene er forskning og en del andre områder som går på en del kostnadsforskjeller mellom helseforetakene. Ja, det har vært noen kriterier det har vært noe diskusjon om, men spesielt dette med forskning er noe som vi ser på videre, for jeg har også hørt at det ble tatt opp.

Hans Olav Syversen (KrF): Da er jeg ferdig.

Møtelederen: Takk for det!

Da er vi kommet til runden hvor det skal stilles oppklarende spørsmål fra komiteen. Dette er en 5-minutters seanse, og vi ber derfor om korte spørsmål og korte svar. Først ut er Martin Kolberg, vær så god.

Martin Kolberg (A): Et spørsmål til statsråden om forholdet mellom departementet og foretakene. Vi har jo et regelverk her, og etter hvert etableres en praksis. Spørsmålet fra min side er da: Føler du nå at du har det regelverket som trengs for at du kan gripe inn når det er nødvendig overfor foretakene, og hvordan utvikler praksisen seg på dette området?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Jeg mener at vi har det regelverket og det styringsverktøyet som vi trenger for å kunne styre helseforetakene. Jeg vil si at styringsdialogen er preget av både åpenhet og det at vi stiller krav. Vi har jo nylig gjennomført foretaksmøtene – altså de store foretaksmøtene som er på begynnelsen av året – og oppdragsdokumentet er også førende for virksomheten. Jeg opplever at det er veldig god dialog mellom departementet og helseforetakene, men samtidig ikke så god at ikke man har en styrer- og eierrolle.

Møtelederen: Ulf Erik Knudsen, vær så god.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Jeg har, i likhet med kollegaen fra Senterpartiet, registrert at man har kommet frem til at man har trøbbel med å rekruttere til psykiatritjenesten. Men jeg ser frem til en redegjørelse fra statsråden – skriftlig – på et senere tidspunkt når det gjelder påstanden hvorvidt man har overført penger fra psykiatri til somatikk. Det har jeg forstått at vi får en redegjørelse om, og det er jeg veldig glad for.

Når det gjelder styring og statsrådens muligheter for å gripe inn osv., er det et spørsmål som jeg tok opp med tidligere statsråd Brustad, men som jeg føler kanskje også den nåværende statsråden bør stille seg spørsmål om. Man sitter med denne modellen vi har i helsesektoren, med fire styrever. På andre viktige samfunnsområder, Nav, politi og forsvar, som også statsråden kjenner godt, har man én sjef som svarer direkte til statsråden. Ville det ikke vært en bedre og enklere ordning – re-

ner kommandolinjer, for å si det slik – med en sånn modell?

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Dette er jo noe som jeg har hørt har vært tatt opp. Skulle man ha hatt et sykehusdirektorat istedenfor de regionale helseforetakene?

Landet vårt er veldig forskjellig. Det er veldig ulike behov i ulike deler av landet, ulik geografi, ulik struktur, og derfor tror jeg at den modellen med regionale helseforetak som direkte styrer helseforetak under seg, er en modell som er god til å styre denne sektoren som er så stor og så omfattende, og som betyr så mye for folk. Jeg kan ikke se at et sentralt direktorat i Oslo skulle ha hatt noen bedre forutsetning for å styre Helse-Norge – tvert imot, vil jeg si. Jeg mener at vi er bedre tjent med de helseforetakene som er. Og slik som situasjonen har utviklet seg, med økonomistyring, med oppfølging, med styringsdialog, så mener jeg at det fungerer godt. Vi har mange områder som vi kan forbedre i sykehussektoren. Vi har mange områder, spesielt når det gjelder kvalitet, som skal forbedres, men på det overordnede, grunnleggende, når det gjelder økonomi, når det gjelder styring, når det gjelder det at man skal ha på plass internkontrollsystemer og alt det som er nødvendig for å drive godt og riktig, mener jeg at den strukturen er på plass. Nå gjelder det bare å forbedre innholdet.

Møtelederen: Ulf Erik Knudsen – til oppfølging.

Ulf Erik Knudsen (FrP): Jeg har forståelse for at Norge er et land med forskjellige utfordringer, avhengig av geografi osv. Men vil ikke akkurat det tilsvarende, ut fra argumentasjon her, være tilfellet når det gjelder Nav, politi osv.? De har jo også sine regionale særpreg, som er ganske vesentlige.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Jeg ser jo at det også er andre som har store utfordringer når det gjelder å styre – og at man godt kan sammenligne.

Vi har 81 sykehus i Norge. Vi har 130 000 ansatte i sykehussektoren. Det å finne en god og effektiv modell for styring av sykehussektoren er helt sikkert ... Det kan godt

hende at det kan finnes andre modeller, men jeg mener at det er en god modell vi har nå.

Møtelederen: Da er tiden ute, og statsråden har anledning til en 5-minutters oppsummering, hvis hun ønsker det.

Vær så god, statsråd Strøm-Erichsen.

Statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen: Jeg vil kanskje bare si at jeg selvfølgelig er tilfreds med at 2009 viste at helseforetakene går i balanse, at man er på rett vei, i hvert fall i tre av fire foretak, og at det fjerde også absolutt er på rett vei – bare for å ha sagt det.

Stram økonomistyring er ikke noe mål i seg selv, men det er så viktig for at vi skal kunne ha fokus på det som er viktig for sykehusene, nemlig kvalitet i pasientbehandlingen, det å kunne bruke mer penger på forskning, det å kunne bruke til nødvendige investeringer landet over, det at vi kan ha fokus på å jobbe med ventetid, for selv om ventetiden de senere årene har gått ned dramatisk i forhold til tidligere, så vi jo i 2009 at det var en svak oppgang. Det er en utvikling som vi ikke er tilfreds med, og som vi skal jobbe hardt med for å komme på rett vei.

Jeg vil også legge til at selv om vi nå har et år hvor man har vært i balanse, skal jeg fortsatt fokusere på det som har vært viktig: økonomistyring, kvalitet og mer pasientbehandling, for det er derfor vi styrer denne sektoren.

Møtelederen: Da vil jeg takke for dine bidrag til denne åpne kontrollhøringen. Og når det gjelder de spørsmålene som komiteen gjerne vil ha svar på, og som statsråden har sagt hun vil komme tilbake til skriftlig, gjør jeg særskilt oppmerksom på at saken skal avgis 2. mars, og at eventuelle tilbakemeldinger bør komme i god tid for avgivelse.

Da er denne høringen slutt. Jeg vil takke alle som har deltatt. Komiteen skal fortsette sitt arbeid med saken og vil bl.a. bruke opplysningene og synspunktene som er kommet frem i dagens høring, i sitt arbeid med innstillingen til Stortinget.

Høringen slutt kl. 17.20.
