

Helse- og omsorgsdepartementet

Desember 2011

# Høringsnotat

**Forslag til endringer i helseforetaksloven**

**Høringsfrist: 20. mars 2012**

## Innhold

1	Innledning .....	5
2	Sammendrag .....	7
3	Helseforetaksmodellen .....	9
3.1	Målsettingen med innføring av helseforetaksmodellen .....	9
3.2	Beskrivelse av helseforetaksmodellens hovedprinsipper med vekt på styringssystemet .....	11
3.2.1	Foretak som eget rettssubjekt .....	12
3.2.2	Regionale helseforetaks ansvar og oppgaver .....	13
3.2.3	Helseforetakenes ansvar og oppgaver .....	15
3.2.4	Foretakenes styringsorganer .....	15
3.2.5	Sammensetning og valg av styre .....	17
3.2.6	Regnskap og revisjon .....	18
3.2.7	Demokratisk kontroll med foretakenes virksomhet .....	18
3.3	Nærmere beskrivelse av den nasjonale styringen av spesialisthelsetjenesten	18
3.3.1	Statens styring gjennom lovgivningsmyndigheten .....	18
3.3.2	Statens styring gjennom planer .....	19
3.3.3	Statens styring gjennom budsjettmyndighet og økonomiske incentiver ..	19
3.3.4	Statens eierstyring .....	20
4	Forslag om endringer i helseforetaksloven .....	22
4.1	Kritikken mot helseforetaksmodellen .....	22
4.2	Den nasjonale og den politiske styringen av de regionale helseforetakene ..	23
4.3	Saker av vesentlig betydning .....	25
4.4	Ledelse av foretaksmøtene .....	26
4.5	Åpne for ett felles foretaksmøte for alle de regionale helseforetakene .....	27
4.6	Organisering av nasjonale oppgaver innenfor helseforetaksmodellen .....	28
4.7	Utvikling av helseforetaksmodellens organisatoriske valgmuligheter .....	29
4.7.1	Dagens valgmuligheter .....	29
4.7.2	Vurdering av behovet for utvidelse av organisatoriske valgmuligheter .....	31
4.8	Omdanning til tilknytningsform innenfor helseforetaksmodellen .....	34
4.9	Begrensning i foretakenes adgang til å ta opp lån .....	34

4.10	Private tjenesters rolle i helseforetaksmodellen .....	35
4.11	Styrets og daglig leders tilsyn med helseforetak - Internrevisjon .....	36
4.11.1	Lovpålegg .....	36
4.11.2	Krav fra eier .....	37
4.11.3	Formålet med og rekkevidden av tilsyn og konsernrevisjon.....	39
4.11.4	Lovfesting av styrets revisjonskomité og internrevisjonen .....	40
4.11.5	Innsyn i interne og i taushetsbelagte opplysninger .....	40
4.12	Åpne styremøter .....	43
4.13	Ansatte styremedlemmers tilstedeværelse i styremøter .....	47
4.14	Telefonmøter .....	47
5	Forslag til endring i pasientrettighetsloven .....	48
6	Økonomiske og administrative konsekvenser .....	49
7	Merknader til de enkelte bestemmelsene i forslaget til lovendringer .....	50
7.1	Merknader til forslaget til endringer i helseforetaksloven .....	50
7.2	Merknader til forslaget til endringer i pasientrettighetsloven 55	
7.3	Merknader til forslaget til endringer i helsepersonelloven .....	56

# 1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender med dette notatet på høring forslag til endringer i helseforetaksloven.

Fra 1. januar 2012, er det ti år siden staten overtok sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten og eierskapet til virksomhetene, som ble organisert som foretak. I de ti årene som har gått, er det foretatt større og mindre endringer i organiseringen av spesialisthelsetjenesten og innenfor de ulike fagområdene uten at det har vært nødvendig med lovendringer. Det er gjennomført omfattende endringer i oppgave- og funksjonsfordelingen mellom sykehusene i samsvar med intensjonene i reformen. Videre er det gjennomført store effektiviserings- og omstillingstiltak i sektoren, tjenestetilbudet er utviklet og styrket på en rekke områder og de siste årene er det oppnådd vesentlig bedre kontroll med økonomien og ressursutnyttelsen for øvrig. Investeringsnivået er mer enn doblet siden fylkeskommunene eide sykehusene, samtidig som det er etablert respekt for krav om langsiktig økonomisk bærekraft også for investeringer. Det er gjennomført betydelige forbedringer med hensyn til internkontroll og risikostyring. Det er også gjennomført betydelig oppgradering og samordning innenfor IKT, og det er gjennomført flere store reformer som omstrukturering av det psykiske helsevernet, rusreformen og overtakelse av ansvaret for pasientreiser.

Det har således skjedd omfattende modernisering og omstilling som gjør spesialisthelsetjenesten bedre rustet til å følge med på den rivende medisinske utviklingen med bedret overlevelse for store pasientgrupper. Nå lever nesten to tredjedeler av pasientene mer enn fem år etter en kreftdiagnose, mens det for to tiår siden var under halvparten. Antallet som dør av hjerte- og karsykdommer er redusert med over en tredel i samme perioden. Nå dør det 7000 færre pasienter av hjerte- og karsykdommer hvert år enn på begynnelsen av 1990-tallet. Det er en kraftig økning i antall pasienter som behandles. At det er større grad av kontroll over økonomien gir rom for nye satsinger innenfor blant annet kvalitet, pasientsikkerhet og overfor sårbare grupper som kronikere, rusavhengige og psykisk syke.

Resultatene taler for fortsatt statlig eierskap og en videreføring av de sentrale elementene i foretaksmodellen. Det har imidlertid vært rettet en del kritikk mot styringssystemet i helseforetaksmodellen. Kritikken har ofte dreid seg om at modellen ikke legger til rette for tilstrekkelig grad av politisk styring og det er blitt påstått at det dermed er et demokratisk underskudd i modellen, særlig på regionalt nivå. Noen konkretiserer kritikken dithen at det regionale nivået dels ikke er politisk styrt, dels at det ikke er behov for de regionale foretakene, eller at de har utspilt sine rolle. Mye av kritikken har kommet i forbindelse med strukturendringer

på helseforetaksnivå, ved endring av oppgaver innenfor og mellom sykehus. Kritikken har også dreid seg om mangel på lokalpolitisk påvirkning i styrene i helseforetakene og det er blitt påstått at de regionale helseforetakene er et unødvendig byråkratisk mellomledd. I følge OECD-tall bruker Norge 0,8 pst av totale helseutgifter til administrasjon av helsetjenesten. Dette er lavt i OECD-sammenheng og andelen har vært stabil siden 2003. Snittet i OECD er 3 pst.

I Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) under punkt 6.1 om videreutvikling av helseforetaksmodellen fremgår følgende:

”Det er snart ti år siden helseforetaksmodellen ble gjennomført. På grunnlag av de erfaringene som er gjort til nå, vil det bli gjort en gjennomgang med sikte på mulige forbedringer i modellen og tilpasninger/endringer i lovverket, herunder vurdering av styringspraksis, og regional og lokal forankring. Det tas sikte på at gjennomgangen gjøres i denne stortingsperioden.”

I innstillingen til meldingen viser komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, til Soria Moria II-erklæringen som omhandler foretaksmodellen, og som slår fast at spesialisthelsetjenesten er et statlig ansvar, og at det vesentlige av tjenestene bør utføres gjennom de statlige eide helseforetakene. Flertallet mener at eierstyringen av foretakene som hovedregel bør konsentreres om overordnede forhold, men slår fast at dagens helseforetaksmodell ikke setter noen begrensning på eiers rett til å styre. Det vil alltid være politiske myndighet som har øverste beslutningskompetanse og ansvar for hvilke saker som skal styres politisk.

Komiteen støtter at det skal gjøres en gjennomgang og en evaluering med sikte på forbedringer av helseforetaksmodellen og nødvendige endringer/tilpasninger i lovverket. Komiteen mener det er nødvendig at gjennomgangen gjøres i denne stortingsperioden. Komiteen mener at det i denne gjennomgangen og evalueringen må legges vekt på rolle, størrelse, befolkningsgrunnlag, funksjon og hvordan styrene fungerer, styrenes legitimitet, samt regional og lokal forankring.

Departementet mener at det på to områder er spesielt behov for å fremskaffe et bedre faktagrunnlag før det foretas en nærmere vurdering av om det bør foretas mer omfattende endringer av modellen. Det er ønskelig med en ekstern, uavhengig kartlegging av de regionale helseforetakenes roller, funksjon og ressursbruk innenfor systemet før det tas standpunkt til det regionale nivåets fremtidige rolle. Styrene har ansvaret for oppnåelsen av de helsepolitiske målsettingene som settes for foretakene. Styrene skal bidra til å skape legitimitet for de regionale helseforetakene og helseforetakene som selvstendige virksomheter.

Det vil derfor bli gjennomført en evaluering for å belyse om styrene faktisk bidrar til å fylle rollene de var tiltenkt i modellen og hvilken merverdi dette gir i et

styringsmessig perspektiv. I denne sammenheng er det aktuelt å vurdere styrenes sammensetning og om prosessen for utnevning av flere aktive politikere bidrar til økt legitimitet og bedre lokal og regional forankring. Det er foretatt utlysning av oppdrag om "Kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk" og "Evaluerings av rolle og funksjon for styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene". Det var frist for å komme med tilbud 1. desember 2011. Det forventes at arbeidet ferdigstilles før sommeren 2012.

De forslagene til endringer i helseforetaksloven som det er aktuelt å høre i denne omgang, er basert på erfaringer med helseforetaksmodellen i praksis. Det er blitt foretatt noen endringer i modellen uten at det har vært nødvendig med lovendringer, for eksempel krav om åpne styremøter. Departementet foreslår at disse endringene blir tatt inn i loven slik at loven selv kan gi et helhetlig bilde av helseforetaksmodellen. I tillegg foreslås det å utvide de organisatoriske valgmulighetene som det i praksis har vist seg at det er behov for, for eksempel åpne for mer omfattende bruk av helseforetak som alternativ til ansvarlig selskap. Når det gjelder organisering av utskilt virksomhet som ikke er spesialisthelsetjeneste, har regjeringen ikke konkludert i spørsmålet om slik virksomhet kan organiseres som helseforetak. Det foreslås også at den nasjonale styringen av spesialisthelsetjenesten i større grad synliggjøres i helseforetaksloven. Dessuten foreslås noen endringer i lovteksten av teknisk, ikke innholdsmessig, karakter.

I forbindelse med vedtakelsen av kommunale helse- og omsorgstjenesteloven som vil gjelde fra og med 1. januar 2012, ble det også gjort endringer i annen helselovgivning. I dette høringsnotatet er bestemmelsene omtalt med den betegnelsen de har inntil den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven trer i kraft.

## **2 Sammendrag**

*Punkt 1* omtaler kort viktige endringer som har skjedd og hvilke resultater som er oppnådd innenfor spesialisthelsetjenesten etter at staten overtok eierskapet 1. januar 2002 og organiserte virksomhetene som foretak. Videre omtales forholdet mellom den planlagte evalueringen av helseforetaksmodellen og de lovendringene som foreslås i dette høringsnotatet.

*Punkt 3* omtaler bakgrunnen for og målsettingen med at spesialisthelsetjenesten ble organisert i helseforetak. Videre beskrives hovedprinsippene i helseforetaksmodellen slik den er regulert i helseforetaksloven, med særlig vekt på styringssystemet. Deretter beskrives den nasjonale, politiske styringen av foretakene gjennom blant annet statens lovgivningsmyndighet, budsjettmyndighet og eierstyring.

I *punkt 4* omtales departementets forslag til lovendringer.

I punkt 4.1 innledes det med en kort omtale av kritikk som er reist mot helseforetaksmodellen.

I punkt 4.2 foreslås å synliggjøre departementets styring av foretakene ved å lovfeste at departementet skal avholde foretaksmøte i januar/februar hvert år der økonomiske og organisatoriske krav og rammer fastsettes. Videre foreslås å formalisere departementets ansvar for å holde seg orientert om økonomien og andre viktige styringsdata i foretakene ved innkalling av skriftlig informasjon og innkalling til rapporteringsmøter utenom foretaksmøte.

I punkt 4.3 foreslås en klargjøring av bestemmelsen om hvilke saker som skal avgjøres av eier i foretaksmøte.

I punkt 4.4 foreslås at eier skal lede foretaksmøtene selv.

I punkt 4.5 foreslås å åpne for at eier kan holde felles foretaksmøte for flere foretak.

Helseforetaksloven regulerer ikke organiseringen av nasjonale oppgaver på tvers av helseregionene og regionale helseforetak. I punkt 4.6 drøftes behovet for nye organisatoriske løsninger for slike oppgaver.

I punkt 4.7 foreslås at helseforetaksloven åpner for at man i større utstrekning enn i dag kan organisere virksomhet knyttet til spesialisthelsetjenesten innenfor helseforetaksmodellen. Det foreslås å åpne for at foretak som ønsker å eie virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste sammen, skal kunne organisere den som helseforetak. Videre drøftes om virksomhet som ikke i seg selv yter spesialisthelsetjeneste, men som er en sentral forutsetning for at spesialisthelsetjeneste kan ytes, også bør kunne organiseres som helseforetak. Her er det ikke konkludert.

I punkt 4.8 foreslås at reguleringen av foretakenes adgang til å ta opp lån skal skje gjennom nærmere bestemmelser i vedtektene.

I punkt 4.9 foreslås at private tjenesteyteres rolle i spesialisthelsetjenesten skal synliggjøres.

I punkt 4.10 foreslås at de regionale helseforetak skal pålegges i helseforetaksloven å etablere internrevisjon. Tre styremedlemmer skal utgjøre styrets revisjonskomite og det skal ansettes internrevisor som også utfører internrevisjon av de helseforetakene det regionale helseforetaket eier. Videre foreslås det lovregulering av internrevisjonens adgang til å få innsyn i taushetsbelagte opplysninger.

I punkt 4.11 foreslås det å lovfeste at styremøter som hovedregel skal være åpne. Det må gjøres unntak når dette følger av lovfestet taushetsplikt, men det foreslås også at styret kan vedta å behandle en sak for lukkede dører i en del unntakstilfeller som er bygget på offentleglovas prinsipper om hvilke opplysninger som kan unntas offentlighet.

I punkt 4.12 foreslås å videreføre vedtektsreguleringen av deltagelse i styremøter for styremedlemmer valgt av og blant de ansatte. Vedtektsbestemmelsen foreslås forankret i loven.

I punkt 4.13 foreslås det å lovfeste at foretaksmøter skal kunne holdes som telefon- og videomøter når det er nødvendig.

I *punkt 5* foreslås å lovfeste at det skal fremgå av avtale mellom regionale helseforetak og privat tjenesteyter som omfattes av ordningen med fritt sykehusvalg, at avtalen gir samme valgrett for pasienter fra hele landet.

I *punkt 6* omtales økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslagene.

### **3 Helseforetaksmodellen**

#### **3.1 Målsettingen med innføring av helseforetaksmodellen**

Den statlig eide spesialisthelsetjenesten er i sin helhet organisert innenfor helseforetaksmodellen. Helseforetaksmodellen er en tilknytningsform som er spesielt tilpasset offentlig virksomhet som har sektoransvar og som ikke driver næringsvirksomhet i et marked. Til forskjell fra enkelte andre tilknytningsformer som er utviklet for offentlig eierskap til virksomheter med sektoransvar, som for eksempel statsforetaksformen, er helseforetaksmodellen utviklet spesielt for statlig eierskap til virksomheter som yter spesialisthelsetjeneste.

I løpet av 1990-årene ble det gjennomført mange større utredningsarbeider innenfor helsetjenestemrådet. I 2000 ble det vedtatt fire nye helselover som fikk stor betydning for driften av spesialisthelsetjenesten. Det var spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Pasientene fikk en sterkere rettsstilling gjennom lovfesting av materielle og prosessuelle rettigheter overfor helsetjenesten. Dette sterke innslaget av brukerorientering stilte nye krav til spesialisthelsetjenesten.

Rettighetsfestingen og den generelle utviklingen i retning av at befolkningen blir stadig bedre i stand til å skaffe seg kunnskap om sin egen helsetilstand og de mulighetene som finnes for behandling, har medført at spesialisthelsetjenesten er blitt stilt overfor pasienter med vesentlig større forventninger og større evner og vilje til å stille krav enn tidligere. Den raske utviklingen innen medisinsk og teknologisk metode krever også et helsevesen med evne til omstilling og fleksibilitet og evne til å endre tjenestetilbudet i takt med utviklingen og pasientenes forventninger om bruk av nye metoder.

Sykehusene er en sentral del av spesialisthelsetjenesten. Moderne sykehus er komplekse organisasjoner både med hensyn til størrelse, spesialisering, kompetanse og teknologi. Denne typen kunnskapsbedrifter med høyt kvalifiserte ansatte, stiller store krav til styringen av den daglige virksomheten, både når det gjelder styringskompetanse og autoritet.



På denne bakgrunn pekte Sørensenutvalget i NOU 1999:15 *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus* på at den offentlige sykehussektoren særlig sto overfor følgende styringsmessige utfordringer:

- Sykehusledelsen trengte videre fullmakter og økt handlefrihet innenfor personalfeltet
- Sykehusledelsen trengte videre fullmakter og økt handlefrihet innenfor økonomi
- Det var behov for bedre styring av kostnadene

Dersom ledelsen skal få større autoritet, så utvalget det som avgjørende at eierstyringen ikke skjer løpende gjennom direkte styring av den daglige driften. Utvalget foreslo derfor en tilknytningsform for offentlige sykehus der sykehus ble egne rettssubjekter. Den konkrete tilknytningsformen som utvalget foreslo, ble aldri satt ut i livet. Men prinsippene for de reformene i eierstyringen som utvalget anbefalte, ble i hovedsak videreført gjennom foretaksreformen for spesialisthelsetjenesten.

Før innføringen av helseforetaksmodellen var det relativt store forskjeller i hvorledes sykehuseierne (fylkeskommunene) utøvde eierskapet til sykehusene. Noen sykehus hadde vide fullmakter i driften, mens andre sykehuseiere drev omfattende styring av driften og lite overordnet styring knyttet til prioriteringer og struktur. Det ble konstatert store forskjeller i ventetid for behandling av samme lidelse i forskjellige fylker. Det var også store geografiske variasjoner i medisinsk praksis innenfor enkelte fagområder.

Foruten uklarhet i ansvars- og rollefordeling mellom eier og virksomhetene, var det også en uklarhet i ansvarsfordelingen mellom de ulike politiske nivåene, staten og fylkeskommunen. Staten hadde det alt overveiende ansvaret for finansieringen av virksomhetene, for forskning og utdanning av helsepersonell, mens fylkeskommunene hadde ansvar for eierskapet og driften av sykehusene. Staten kunne dermed styre gjennom juridiske og økonomiske virkemidler mens fylkeskommunene drev eierstyring. Dette førte i en del situasjoner til uklare ansvarsforhold. Overfor media og omverden for øvrig fremsto også de politiske ansvarsforholdene som uklare.

For å kunne realisere et solidarisk helsevesen, mente daværende regjering (Regjeringen Stoltenberg I) at det var nødvendig å samle ansvaret og styringsvirkemidlene overfor helsetjenesten på én hånd gjennom statlig overtakelse av sykehusene. Dermed kom staten i en helhetlig ansvarsposisjon overfor sykehusene og kunne ta sterkere styringsgrep, for eksempel i forhold til struktur og

funksjonsfordeling. I tillegg var det å kunne organisere alle offentlige sykehus i hele landet i foretak en viktig premiss for den statlige overtakelsen.

Målsettingen med å overføre ansvaret og eierskapet til spesialisthelsetjenesten til staten og å organisere spesialisthelsetjenesten i en helseforetaksmodell, var først og fremst å klargjøre rollefordeling og ansvarsfordeling innenfor spesialisthelsetjenesten og med det gjøre spesialisthelsetjenesten bedre både med hensyn til tjenestetilbud og tilgjengelighet. Stortinget gjennomførte denne klargjøringen av ansvar og roller ved å overføre eierskapet til spesialisthelsetjenesten til staten og organisere spesialisthelsetjenesten som foretak gjennom å vedta lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). Foretaksreformen ble satt i kraft i sin helhet 1.1.2002.

### **3.2 Beskrivelse av helseforetaksmodellens hovedprinsipper med vekt på styringssystemet**

Helseforetakmodellen er en av de særlovsregulerte tilknytningsformene. Helseforetaksloven regulerer eier- og utøverrollen ved at den regulerer forholdet mellom eier og foretakene og mellom styringsorganene innad i foretakene. Statens rolle som helsemyndighet er ikke regulert i helseforetaksloven. Det er heller ikke de regionale helseforetakenes sektoransvar eller helseforetakenes utøvelse av deres oppgaver. Dette er regulert i spesialisthelsetjenesteloven og den øvrige helselovgivningen.

Et særtrekk ved helseforetaksloven er at den regulerer tilknytningsformen i et eierhierarki med to nivåer med foretak. Det øverste nivået er de regionale helseforetakene som eies av staten ved departementet. De regionale helseforetakene eier helseforetakene som er det lavere utøvende nivået. Hverken de regionale helseforetakene eller helseforetakene er underordnede forvaltningsnivåer. De er selvstendige nivåer med foretak og datterforetak som styres gjennom eierstyring. Hensikten med å etablere et organisatorisk skille mellom eierrollen og driftsrollen er at ansvarsfordelingen skal komme klarere frem. Helseforetaksloven § 4 pålegger staten å organisere hele den offentlige spesialisthelsetjenesten i samsvar med bestemmelsene i helseforetaksloven. Virksomhetene som yter spesialisthelsetjenester, eier staten kun gjennom sitt eierskap til de regionale helseforetakene. Regionale helseforetak må opprettes av Kongen i statsråd, jf helseforetaksloven § 8. De regionale helseforetakenes styre oppretter selv sine helseforetak, jf helseforetaksloven § 9.

I og med at både navnet på de regionale helseforetakene og helseforetakene omfatter ordet "helseforetak", har helseforetaksloven etablert begrepet foretak som et felles begrep for begge nivåene. Mange av bestemmelsene i loven er felles for de

to foretaksnivåene. I stedet for å dublere disse bestemmelsene, benyttes begrepet foretak, og bestemmelsen gjelder da både for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Samme betydning har begrepet foretak i dette høringsnotatet.

Helseforetaksloven § 4 fastsetter at hele riket skal være inndelt i helseregioner. Det er i dag inndelt i fire helseregioner som er Helseregion Nord, Helseregion Vest, Helseregion Midt-Norge og Helseregion Sør-Øst. I hver helseregion skal det etableres ett regionalt helseforetak som besluttes opprettet ved kongelig resolusjon. De regionale helseforetakene er i dag Helse Nord RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF.

### **3.2.1 Foretak som eget rettssubjekt**

For å klargjøre virksomhetenes rolle og ansvar, var en av målsetningene med innføringen av helseforetaksmodellen å sikre at virksomhetene selv tar mer ansvar for drift og økonomi. For å realisere dette målet, har lovgiver fastsatt i helseforetaksloven § 6 at foretakene på begge nivåer er egne rettssubjekter. I dette ligger at de kan inngå bindende avtaler og selv har partsposisjon for domstolene og i forvaltningssaker. Foretakene er selv arbeidsgiver for de ansatte og kan styre denne viktige ressursen i forbindelse med driften av virksomheten. Både de regionale helseforetakene og helseforetakene har dessuten sin egen økonomi og treffer selvstendige beslutninger på økonomiområdet. De forvalter også selv de inntektene de har. Foretakenes ledelse har et selvstendig ansvar for virksomhetenes drift og resultater. Det vil si at de selv i utgangspunktet bestemmer hvordan midlene skal brukes for å oppfylle de oppgavene de har fått. Foretakene blir selv ansvarlig for gjeld. På den annen side forvalter de sin egen kapital. Dette gir muligheter til å styre kostnadssiden selv. Posisjonen som eget rettssubjekt gir virksomhetene mulighet til å ta et selvstendig ansvar for drift og resultatet og styre virksomheten på en helhetlig og mer fleksibel måte enn de ville hatt som offentlige forvaltningsorgan.

Foretakene har ansvar for virksomheter som har avgjørende betydning for befolkningens velferd. Det vil ikke være akseptabelt om virksomheten ved et sykehus blir helt eller delvis stanset av økonomiske årsaker. Det er derfor fastsatt i helseforetaksloven § 5 at foretakene ikke kan gå konkurs eller være gjenstand for tvangsinnndrivelse. Man kan heller ikke risikere å komme i en situasjon der omgivelsene mister tilliten til foretakenes økonomi og for eksempel leverandører ikke tar sjansen på å levere til et sykehus. Det er nødvendig at omgivelsene kan ha tillit til virksomhetens økonomiske soliditet. Lovgiver valgte derfor å gjøre foretakene til ansvarlige selskaper. Dette fremgår av helseforetaksloven § 7 som fastsetter at eier har ubegrenset ansvar for foretakets økonomiske forpliktelser.

For di foretakene er ansvarlige selskaper og fordi eier har ubegrenset ansvar for helseforetakets økonomiske forpliktelser, har lovgiver til tross for at foretakene er egne rettssubjekter, sett det nødvendig å begrense deres økonomiske frihetsgrad. Etter helseforetaksloven § 33 har de ikke anledning til å treffe beslutninger som kan medføre at de tar økonomisk risiko som først realiserer seg i fremtiden. Foretakene har ikke anledning til å stille garantier for andres gjeld, som ved å kausjonere. I tillegg begrenser loven foretakenes muligheter for å belaste sin fremtidige økonomi med lån. Helseforetaksloven nedlegger i § 33 forbud mot at foretakene tar opp lån uten eiers tillatelse.

### **3.2.2 Regionale helseforetaks ansvar og oppgaver**

En del av målsettingen om klarere ansvarsdeling og rollefordeling er realisert ved lovfesting av ulike roller for de to foretaksnivåene.

Helseforetaksloven § 2 definerer de regionale helseforetakene som foretak som skal legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, som medisinske støttetjenester og andre støttetjenester. De regionale helseforetakene har det utøvende sektoransvaret for statens helsepolitikk på spesialisthelsetjenestens område innenfor de aktuelle helseregionene. Det fremgår uttrykkelig av bestemmelsen at foretakene kan bli pålagt andre oppgaver gjennom lovgivning. Dessuten må staten som eier ha anledning til å pålegge de regionale helseforetakene ansvar for andre helsetjenester som står i naturlig sammenheng med spesialisthelsetjenesten uten at det er nødvendig å foreta lovendring.

I oppgavene med ”å legge til rette for” ligger et overordnet ansvar for planlegging og styring innenfor sin helseregion. I planlegging ligger både et faglig og organisatorisk ansvar. De regionale helseforetakene skal sørge for en hensiktsmessig organisering av virksomheten i regionen, herunder har de fått myndighet til å opprette helseforetak og strukturere den offentlige spesialisthelsetjenesten innenfor helseregionen. De regionale helseforetakene skal samordne spesialisthelsetjenesten i regionen ved å styre helseforetakene og utnytte de samlede ressursene som eier stiller til rådighet på best mulig måte for å oppfylle de nasjonale helsepolitiske målene. De må dessuten vurdere hva som skal ytes i egen regi og hva som eventuelt skal anskaffes fra private og fra andre offentlige tjenesteytere.

De fire regionale helseforetakene bærer sektoransvaret for spesialisthelsetjenesten og har det overordnede ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester til innbyggerne i de respektive helseregionene. Dette ansvaret er pålagt dem i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Som spesialisthelsetjenester nevner bestemmelsen uttrykkelig sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester,

radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste med bil, båt, fly og helikopter, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, sykefrakt og transport av helsepersonell. Bestemmelsen er imidlertid ikke uttømmende. I tillegg til det ansvaret som er nevnt uttrykkelig i spesialisthelsetjenesteloven § 1-2a, er de regionale helseforetakene dessuten blant annet pålagt ansvaret for å sørge for en del andre tjenester som helsemessig beredskap, sykehusapotek, behandlingshjelpemidler til bruk i hjemmet, samordning av nasjonal kompetanse for sjeldne funksjonshemninger, opptreningsinstitusjoner og helsesportssentre og inngåelse av avtale med private spesialister.

De regionale helseforetakene har ikke adgang til å yte helsetjenestene selv men skal sørge for at det foreligger et tilbud. De regionale helseforetakene sørger i hovedsak for spesialisthelsetjenester ved at tjenestene ytes i egenregi av de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier. Men som nevnt, kan de regionale helseforetakene også sørge for spesialisthelsetjenester ved å anskaffe tjenestene fra private tjenesteytere, som for eksempel private sykehus, private opptreningsinstitusjoner, private rusinstitusjoner, private avtalespesialister eller ved å samarbeide med andre offentlige tjenesteytere, som kommuner.

Det overordnede ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester til innbyggerne som er pålagt de regionale helseforetakene, er et totalansvar. Det fremgår av helseforetakslovens definisjon av regionale helseforetak at de skal legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette. At de skal legge til rette vil si at de selv har ansvaret for å planlegge tjenestene basert på innbyggerens nåværende og fremtidige behov. Det fremgår dessuten av et nytt tredje ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a som trer i kraft 1.1.2012, at de har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. De har ansvaret for at planlegging av tjenestene er forsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Dessuten pålegger ny § 3-4 a, som trer i kraft 1.1.2012, enhver som yter spesialisthelsetjenester å sørge for at virksomhetene arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette stiller også krav til forvaltningen av sektoransvaret, ikke minst i forhold til innføringen av nye metoder i spesialisthelsetjenesten som nye legemidler, medisinsk/teknisk utstyr og diagnostiske tester og medisinske prosedyrer. Departementet vil innføre et nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, med bruk av systematisk metodevurdering (health technology assessment) lokalt (mini-HTA) og regionalt (HTA) som omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan i Meld. St. 16 (2010-2011). For at sikre effektiv ressursutnyttelse er det lagt til grunn at de regionale helseforetakene skal

koordinere hvilke nye metoder som krever en mer omfattende systematisk metodevurdering (HTA). Det enkelte regionale helseforetaket vil ha det endelige beslutningsansvaret for innføringen av nye metoder.

De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å sørge for at virksomheten som drives til enhver tid er i samsvar med lover og forskrifter på området. Det vil si at det ikke er tilstrekkelig at virksomhetene følger helselovgivningen, de regionale helseforetakene må også påse at de følger all annen relevant lovgivning, som for eksempel arbeidsmiljøloven. Helseforetaksloven § 37 pålegger i tråd med dette daglig leder av regionale helseforetak en særskilt plikt til å føre tilsyn med det regionale helseforetakets helseforetak.

### **3.2.3 Helseforetakenes ansvar og oppgaver**

Helseforetakene skal yte spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning og tjenester som står i naturlig sammen med dette, eller er pålagt i lov. Helseforetakene er det utøvende nivået i helseforetaksmodellen. Dette har lovgiver klargjort i § 9 i helseforetaksloven som fastsetter at virksomheten i spesialisthelsetjenesten skal foregå på helseforetaksnivå. Det vil si at det er helseforetakene som er tjenesteytere innenfor spesialisthelsetjenesten. Hvilke oppgaver det enkelte helseforetaket konkret er pålagt, fremgår av helseforetakets vedtekter. I vedtektene er også eiers formål med å opprette helseforetakene tatt inn. Helseforetakene kan ikke drive med virksomhet som ikke er omfattet av det formålet som eier har fastsatt. Eier pålegger også helseforetakene oppgaver gjennom krav knyttet til årlig bevilgning og i foretaksmøte.

### **3.2.4 Foretakenes styringsorganer**

#### *Styrets ansvar og myndighet*

En viktig del av lovreguleringen av tilknytningsformen for den statlige spesialisthelsetjenesten er at helseforetaksloven fastsetter hvilke styrings- og beslutningsorganer foretakene skal ha. Lovfestingen bidrar også til klar rolle- og ansvars plassering.

Helseforetaksloven fastsetter at foretakene skal ha tre styringsorganer. Det øverste er eiermøte, kalt foretaksmøte. I de regionale helseforetakene er foretaksmøtet departementet ved statsråden eller den hun har gitt fullmakt. I helseforetakene er foretaksmøtet styret for det regionale helseforetaket som eier helseforetaket. Foretakene skal ha to ledelsesorganer, styre og daglig leder. De lovpålagte styringsorganene er de samme i de regionale helseforetakene som i helseforetakene. Styret for de regionale helseforetakene har to roller. Foruten å

være styre for det regionale helseforetaket, er det eiermøte for alle helseforetakene som det regionale helseforetaket eier.

Foruten å fastsette hvilke styringsorganer foretakene skal ha, er styringsorganenes myndighet fastsatt i helseforetaksloven. Dette bidrar også til klarere roller og ansvarsposisjoner. Styrets ansvar er forvaltningen av foretaket i vid forstand. Det vil si at styret har ansvar for at foretakets samlede virksomhet er organisert på en tilfredsstillende måte. Styret skal dessuten fastsette foretakets endelige budsjett og virksomhetsplan. Det er styret som har resultatansvaret overfor eier og må føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene for den nasjonale helsepolitikken. Styret har også kontrolloppgaver overfor virksomheten. Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med lover og forskrifter. Dette ansvaret er nærmere regulert i forskrift 20. desember 2001 om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Videre skal det føres tilsyn med at eiers instruks etterleves i den daglige driften. Dessuten er styret pålagt et særlig ansvar for å kontrollere foretakets økonomi. Styret har ansvar for at foretakets samlede ressurser brukes på beste måte for å oppfylle virksomhetens formål. Styret må derfor etablere systemer som sikrer at det holder seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling, for eksempel sørge for at det etableres gode rapporteringsrutiner og rutiner for intern kontroll.

Fordi foretakene er tildelt ansvar for tjenester som er avgjørende for borgernes velferd og fordi de disponerer stor samfunnsressurser, har lovgiver bestemt at det skal være en tettere tilknytning mellom eier og foretak enn det som er vanlig innenfor selskapslovgivningen forøvrig. Derfor har helseforetaksloven en del bestemmelser som innskrenker styrets myndighet. Eier skal treffe vedtak i saker av vesentlig betydning for foretaket, i saker av prinsipiell betydning som kan ha vesentlige samfunnsmessige konsekvenser og eier skal treffe vedtak om salg av fast eiendom og fastsette låneramme for foretaket.

Styrets viktigste styringsvirkemidler er å ansette daglig leder og å instruere daglig leder.

#### *Daglig leders ansvar og myndighet*

Daglig leder har et selvstendig ansvar for den daglige driften av virksomheten. Også daglig leders myndighet er fastsatt i loven (legalkompetanse). Dersom denne skal begrenses må det besluttes konkret av styret. Myndigheten er negativt definert i helseforetaksloven § 37 som sier at daglig leder har myndighet i saker som ikke er av uvanlig art eller av stor betydning sett i forhold til foretakets vanlige virksomhet. Styret skal fastsette instruks for stillingen og føre tilsyn med daglig leder som må rette seg etter styrets instruksjon. Styret kan instruere daglig leder i alle saker og

har myndighet til å omgjøre daglig leders disposisjoner hvis ikke annet regelverk, som for eksempel forvaltningsloven § 35, er til hinder. Styret kan også instruere daglig leder direkte gjennom vedtak i den enkelte sak.

Daglig leder er i helseforetaksloven pålagt et særlig ansvar for regnskapsfunksjonen og for betryggende økonomiforvaltning. Som nevnt, er daglig leder i de regionale helseforetakene pålagt et særlig ansvar for å føre tilsyn med helseforetakene i regionen.

### **3.2.5 Sammensetning og valg av styre**

Det er eier som velger flertallet av styremedlemmer. Departementet velger medlemmer til de regionale helseforetakenes styrer og det regionale helseforetakets styre velger medlemmer til styrene i helseforetakene det eier. Valget skjer i foretaksmøte. Helseforetaksloven stiller ingen kompetansekrav eller andre formelle krav til styremedlemmene, men med bakgrunn i regjeringserklæringen fra 2005 (Soria Moria 1) er det etablert praksis at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene velges av og blant lokalpolitikere i kommuner og fylkeskommuner. Til styrene i regionale helseforetak velger eier et flertall styremedlemmer som har verv i kommunestyre, fylkesting eller Sametinget. Til styrene i helseforetak velges et flertall styremedlemmer som enten har eller har hatt politiske verv. Loven krever i § 21 at styret skal ha minst fem medlemmer og at eier skal velge styremedlemmer av hvert kjønn tilsvarende aksjelovens krav om representasjon av begge kjønn i styret. Etter den nye valgordningen fra 2005 har antallet styremedlemmer økt betydelig, fra tidligere ni styremedlemmer totalt til opp til 16 styremedlemmer. Helseforetaksloven fastsetter ingen plikt til å motta valg som styremedlem. Det enkelte styremedlem må selv gjøre seg opp en mening om hvorvidt hun/han vil ta det omfattende ansvaret som ligger i vervet. Eier kan når som helst bytte ut de styremedlemmene som eier selv har valgt. En slik beslutning krever ikke begrunnelse. Utskifting av ett eller flere styremedlemmer innenfor perioden forutsetter heller ikke at eier har fått mistillit til styremedlemmet.

Etter helseforetaksloven § 22 skal det velges styremedlemmer av og blant de ansatte til de regionale helseforetakenes styrer. Det følger av § 23 at de ansatte kan kreve at det også velges styremedlemmer av og blant de ansatte til helseforetakenes styrer. Gjennomføringen av de ansattes valg av styremedlem er regulert i en egen forskrift av 15. november 2002 *til helseforetakslovens bestemmelser om de ansattes rett til representasjon i de regionale helseforetaks og helseforetaks styrer*. Alle styremedlemmene er likeverdige styremedlemmer enten de er valgt av eier eller av de ansatte. De har de samme rettighetene og det samme ansvaret for de beslutninger som treffes av styret. Det skal styre til beste for foretaket som sådan.



Ingen av styremedlemmene kan ta særlige hensyn til de grupperingene de er valgt fra hvis det strider mot foretakets beste. Dette fremgår indirekte av bestemmelsen om styremedlemmers erstatningsansvar i helseforetaksloven § 49.

### **3.2.6 Regnskap og revisjon**

Helseforetaksloven § 43 pålegger foretakene å føre regnskap etter regnskapsloven. Hensikten med dette lovpålegget er at kostnadene ved et tiltak, særlig kapitalkostnadene, skal komme tydeligere frem enn da sykehusene var fylkeskommunalt eid, og regnskapet ble ført etter anordningsprinsippet som et bevilgningsregnskap. Etter regnskapslovens prinsipp belaster investeringer og kapitalkostnader regnskapet i hele investeringens levetid. Videre er ett av de grunnleggende prinsippene i regnskapsloven periodiseringsprinsippet. Regnskapet viser derfor forbruket av ressurser (arbeidskraft, kapital mv) i det enkelte året, uavhengig av når betaling skjer. Regnskapslovens prinsipper skal gi et bedre grunnlag for økonomistyring av virksomheten.

Helseforetaksloven § 44 pålegger foretakene å velge en ekstern revisor som velges av foretaksmøte.

### **3.2.7 Demokratisk kontroll med foretakenes virksomhet**

Foretakenes virksomhet er av vesentlig betydning for velferdsstaten. Det er derfor lagt til rette for åpenhet og innsyn i foretakenes virksomhet. Et viktig grunnlag for demokratisk kontroll med foretakene er etablert ved at offentleglova er gjort gjeldende for foretakene. Dette fremgår nå av offentleglova § 2 bokstav c. I tillegg utfører Riksrevisjonen kontroll med styringen av foretakene.

## **3.3 Nærmere beskrivelse av den nasjonale styringen av spesialisthelsetjenesten**

Gjennom helseforetaksreformen fikk staten mye større muligheter til å styre spesialisthelsetjenesten enn tidligere til tross for at virksomhetene er blitt organisert som foretak og egne rettssubjekter og som sådanne blitt mer fristilt enn de var som forvaltningsorganer.

### **3.3.1 Statens styring gjennom lovgivningsmyndigheten**

Stortinget styrer spesialisthelsetjenesten gjennom relativt detaljerte regler i helselovgivningen, for eksempel gjennom spesialisthelsetjenesteloven, gjennom eget regelverk for psykisk helsevern, gjennom helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Gjennom dette regelverket gis det overordnede rammer for foretakenes gjennomføring av den statlige helsepolitikken. Ut over

helselovgivningen finnes det et omfattende regelverk som ikke er spesifikt rettet mot helsetjenesten, men som allikevel er relevant for deler av virksomheten, som for eksempel arbeidsmiljøloven. Styring gjennom lovgivningen vil til dels skje på overordnet og generelt nivå. Stortinget har også mulighet til å overlate til staten ved Kongen i statsråd og departementet å foreta mer detaljert styring gjennom forskrifter.

### **3.3.2 Statens styring gjennom planer**

Regjeringen har som ambisjon å oppgradere Stortingets rolle i den politiske styringen av spesialisthelsetjenesten. Gjennom den nye nasjonale helse- og omsorgsplanen, jf. Meld. St. 16 (2010-2011), ble Stortinget invitert til å legge premissene for utviklingen av fremtidens spesialisthelsetjeneste sett i lys av omstillingskravene som følger av Samhandlingsreformen. I regjeringserklæringen er det sagt at den nye helse- og omsorgsplanen skal videreutvikles til bli et operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten og at den vil bli fulgt opp gjennom lovgivning og de årlige budsjettene. Det vil dermed bli mer synlig at Stortinget ikke bare styrer gjennom fastsettelse av foretakenes inntekter gjennom bevilgningene over statsbudsjettet og ved å fastsette vilkår for bevilgningene, men at Stortinget også foretar overordnede nasjonale prioriteringer og stiller krav til tjenestenes kvalitet innenfor hele helsesektoren. Planen forutsettes å ville sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helse- og omsorgstjenestene.

### **3.3.3 Statens styring gjennom budsjettmyndighet og økonomiske incentiver**

Foretakene driver ikke næringsvirksomhet og har ikke som formål å gå med økonomisk overskudd. Foretakene skal heller ikke dekke inn kostnadene sine ved å skaffe seg inntekter gjennom driften, slik næringsvirksomhet normalt må gjøre. Således skiller virksomhetene seg vesentlig fra de fleste virksomheter som er organisert og styres etter selskapsrettlige prinsipper. Staten har ansvaret for å finansiere den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Staten er dermed både eier av og finansierer foretakene.

Foretakenes virksomhet blir således så godt som fullt ut finansiert av staten, enten det skjer i form av rammetilskudd eller refusjon, som gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF). Ved at staten fullfinansierer foretakene, har staten et kraftfullt styringsvirkemiddel som ingen eiere av tilsvarende privat virksomhet innenfor spesialisthelsetjenesten eller på andre områder, har. Når en eier stiller midler til rådighet for en virksomhet, har han full rett til å stille vilkår for tildelingen av

midlene. Stortinget har således mulighet til omfattende styring av foretakene gjennom å stille vilkår i forbindelse med vedtakelsen av statsbudsjettet og revidert nasjonalbudsjett. Departementet må deretter videreføre Stortingets vilkår overfor foretakene og kan stille ytterligere vilkår ved tildelingen av tilskuddet til de enkelte regionale helseforetakene. På denne måten kommuniserer departementet de overordnede helsepolitiske målsettingene og nasjonale prioriteringene innenfor spesialisthelsetjenesten som krav til foretakene. Stortinget og departementet kan stille konkrete og detaljerte vilkår for tildeling av midler. Det vil si at staten kan foreta en konkret og tett styring av foretakenes virksomhet på områder der det er politisk ønskelig. Den helsepolitiske bestillingen og tildelingen av midler til de regionale helseforetakene skjer i hovedsak gjennom de årlige oppdragsdokumentene.

Det er i prinsippet ikke noe til hinder for at foretakene kan skaffe seg andre inntekter. Men for alle praktiske formål er tilskuddene over statsbudsjettet foretakenes inntekter. Til tross for at foretakene er egne rettssubjekter, kan staten gjennom tildelingen av tilskudd legge sterke føringer på hvorledes foretakene skal bruke inntektene og dermed legges det føringer på foretakenes grad av fristilling.

### **3.3.4 Statens eierstyring**

Helseforetaksloven fastsetter de rettlige rammene for den statlige eierstyringen som skal skje enten gjennom fastsettelse av vedtekter, oppnevning av styremedlemmer eller gjennom enkeltstående vedtak i foretaksmøte.

Helseforetaksmodellen forutsetter fullt ut offentlig eierskap. I helseforetaksloven § 2 er det fastsatt at staten skal eie de regionale helseforetakene fullt ut og at de regionale helseforetakene skal eie helseforetakene fullt ut. Etter helseforetaksloven § 32 er salg av offentlige sykehus dessuten forbudt med mindre salget først legges frem for Stortinget. Det er også etablert et indirekte forbud mot privatisering av den etablerte spesialisthelsetjenesten ved at salg av deler av virksomheter til private ikke kan gjennomføres fordi foretak ikke kan eie deler av virksomheter sammen med andre enn foretak. Foretak kan etter § 42 heller ikke organisere spesialisthelsetjeneste med begrenset ansvar. Disse bestemmelsene medfører at staten alene styrer spesialisthelsetjenesten gjennom eierstyring av de regionale helseforetakene og motvirker dessuten utskilling og privatisering.

Innenfor helseforetakslovens system styrer departementet de regionale helseforetakene gjennom foretaksmøte. De regionale helseforetakene styrer likeledes helseforetakene gjennom foretaksmøte. Eier kan instruere styret i foretaket i alle saker, både saker av generell karakter og enkeltstående saker. Dette

kan i prinsippet skje på ethvert stadium av saken, enten saken er under behandling av administrasjonen i foretaket eller har kommet frem til styrebehandling.

Men styringsmåten er formalisert. All eierstyring må skje i foretaksmøte. Beslutninger i foretaksmøte kan skje i to former, enten ved fastsettelse av eller endring av foretakets vedtekter eller i form av instruks. Departementet kan ikke styre helseforetakene direkte. All eierstyring som gjelder virksomhet i spesialisthelsetjenesten, må eventuelt skje gjennom foretaksmøte i de regionale helseforetakene, som igjen må avholde foretaksmøte i helseforetaket. Et viktig styringsvirkemiddel som eier har, er valg av styremedlemmer.

All eierstyring rettes mot styret, ikke direkte mot daglig leder. Det hindrer ikke at eier og daglig leder kan ha kontakt av informativ karakter. Men eier kan ikke instruere daglig leder direkte og følgelig heller ikke ansatte under daglig leder.

Før foretaksreformen kunne staten kun styre spesialisthelsetjenesten ved lovgivnings- og myndighetsstyring og gjennom øremerkede tilskudd. Dette er styringsvirkemidler av mer langsiktig karakter. Da foretaksmodellen ble innført, fikk staten i tillegg mulighet til å styre gjennom vilkår for tildeling av inntekter og gjennom eierstyring. Staten fikk dermed et videre spekter av styringsvirkemidler. Den formaliserte eierstyringen egner seg riktignok i utgangspunktet best for styring på prinsipielt nivå eller i saker av prinsipiell betydning, ikke i den løpende driften. Formaliseringen medvirker til å sikre at foretaket beholder en høy grad av fristilling i forhold til eier. Det er imidlertid ikke noe formelt rettslig hinder for at eierstyring kan benyttes til styring i enkeltsaker og på kortere sikt. Det vil si til "å gripe inn" i konkrete saker i planlegging eller drift av virksomheten gjennom eierstyring i foretaksmøte. Staten har derfor mulighet til å utøve omfattende styring med foretakene gjennom eierstyringen. Dette viser den organisatoriske fleksibiliteten som er bygget inn i helseforetaksmodellen.

Helseforetaksloven fastsetter dessuten at en del viktige beslutninger skal foretas av eier av de regionale helseforetakene. På disse områdene vil dermed staten ha full styring med foretakene. Dette er regler som sikrer et mye nærmere forhold mellom eier og virksomheter enn det som er vanlig når en virksomhet er organisert som et foretak eller selskap, for eksempel et aksjeselskap. Saker av vesentlig betydning for foretakets virksomhet, løsning av fastsatte målsettinger, saker som antas å ha prinsipielle sider og saker med vesentlig politisk betydning skal alle behandles av staten i foretaksmøte. Det samme gjelder salg av foretakets faste eiendommer. Av vesentlig finansiell betydning er at foretak ikke kan ta opp lån uten eiers tillatelse.

Staten styrer foretakene ved lov og forskrifter, gjennom vilkår knyttet til tildeling av budsjettmidler, vedtekter og instruks på foretaksmøte. Det vil si både som statlig

myndighet og som eier av statlige foretak. Styrene har ingen agenda ut over de mål som lovgiver, budsjettmyndighet og eier har fastsatt for virksomheten. At foretakene er foretaksorganisert medfører ikke at sykehusene og spesialisthelsetjenesten er markedsstyrt. Styringssystemet i foretaksmodellen er i modifisert form tatt fra ”privat sektor”, men foretaksmodellen åpner ikke for privatisering eller markedsstyring. Tvert i mot fremgår det uttrykkelig av helseforetaksloven § 1 at helseforetaksmodellen bygger på det omforente helsepolitiske solidaritets- og likhetsprinsippet. Statlig overtakelse av eierskapet til spesialisthelsetjenesten har således gitt muligheter for en sterkere nasjonal og overordnet politisk styring og kontroll med virksomhetene enn da de var fylkeskommunalt eid.

## **4 Forslag om endringer i helseforetaksloven**

### **4.1 Kritikken mot helseforetaksmodellen**

Som nevnt innledningsvis, har det kommet frem synspunkter i den offentlige debatten blant annet om at de regionale helseforetakene bør nedlegges og at helseforetaksmodellen bør endres til en modell med ett foretaksnivå. Det har også blitt stilt spørsmål ved om helseforetakene bør ha egne styrer. Når det er gjennomført ekstern kartlegging av de regionale helseforetakenes roller og funksjon innenfor systemet og evaluering av styrene for foretakene, kan det være aktuelt å vurdere enkelte endringer i modellen. Det foreslås derfor ingen endringer av denne karakter i dette høringsnotatet.

På bakgrunn av påstander om at det ikke er tilstrekkelig lokalpolitisk påvirkning på beslutninger som treffes av helseforetakene, ble det i 2006 innført en endring i sammensetningen av foretakenes styrer slik at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene nå velges av og blant folkevalgte i kommuner og fylkeskommuner, se nærmere omtale under punkt 3.2.5. I den senere tid har det kommet frem eksempler på at disse styremedlemmene opplever vanskelige interessekonflikter. Etter helseforetakslovens system skal alle styremedlemmer ved utførelse av oppgaven som styremedlem kun legge vekt på foretakets interesser. De kan og skal ikke legge vekt på interessene til andre grupperinger som de har tilknytning til. For en del av disse styremedlemmene kommer dette i konflikt med at partiet de er medlem av, har vedtekter som pålegger dem å følge partiets program ved utøvelsen av offentlige verv. På denne bakgrunn har regjeringen besluttet at evalueringen skal omfatte om styrenes sammensetning er hensiktsmessig og understøttende i forhold til styrenes oppgaver. Det foreslås ingen endringer knyttet til valg av styrene i dette høringsnotatet.

## 4.2 Den nasjonale og den politiske styringen av de regionale helseforetakene

I en god del av den kritikken som er kommet mot modellen argumenteres det med at det er for lite nasjonal styring og for lite politisk styring av spesialisthelsetjenesten.

Ved utviklingen av helseforetaksmodellen og vedtakelsen av helseforetaksloven ble det lagt stor vekt på å få klarere ansvars- og rollefordeling. Det ble etablert et klart skille mellom på den ene siden driften av tjenestene som ble lagt til helseforetakene, og på den annen side sektoransvaret, ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen, som ble lagt til de regionale helseforetakene. I helseforetaksloven ble de regionale helseforetakenes ansvar omtalt som å legge til rette for spesialisthelsetjenester. Det vil si å planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten, herunder sørge for strukturen, funksjons- og oppgavefordelingen mellom virksomhetene. Ved å flytte dette ansvaret fra fylkeskommunene til staten var hensikten å få en bedre overordnet og helhetlig styring av helsetjenestens struktur, for eksempel gjennom funksjonsfordeling.

Helseforetaksloven regulerer en tilknytningsform og konsentrerer seg dermed om forholdet mellom departementet og det regionale helseforetakets ledelse og mellom styre og daglig leder i det regionale helseforetaket. Dersom man ser på helseforetakslovens bestemmelser isolert, kan det se ut som helseforetaksmodellen egentlig dreier seg om organisering av det regionale nivået, fordi det regionale nivået rolle og ansvar er mye tydeligere enn det nasjonale. Det kan tilsynelatende se ut som om ansvaret ble flyttet fra fylkekommunen til kun det regionale helseforetaket, ikke både til staten *og* til det regionale helseforetaket. I alle fall fremgår det lite om det koordinerende ansvaret eier av regionale helseforetak, departementet, faktisk har i denne modellen. Det kommer ikke tydelig frem at ansvaret for gjennomføringen av den overordnede nasjonale helsepolitikken i stor grad er lagt til og skal skje på overordnet nasjonalt nivå gjennom blant annet overordnede prioriteringer.

Det fremgår av helseforetaksloven at staten har fullt ansvar for foretakenes økonomiske forpliktelser, mens det bare indirekte fremgår at staten har det overordede økonomiske ansvaret for spesialisthelsetjenesten og for den nasjonale koordineringen av ressursinstansen. At eier fullfinansierer både investeringer og drift i en virksomhet er svært uvanlig. Dette særtrekket er blant annet grunnen til at det ikke finnes vanlige utbytteregler i helseforetaksloven. Fullfinansieringen gir eier et særskilt sterkt styringsvirkemiddel som er lite synlig i helseforetaksloven. Helseforetaksloven gir dermed et noe skjevt bilde av hvorledes departementet styrer de regionale helseforetakene. Det foreslås derfor at tildeling av bevilgning som

styringsvirkemiddel skal synliggjøres på en bedre måte i loven ved at det kommer tydeligere frem at departementet styrer gjennom å sette vilkår for tildeling av den årlige bevilgningen, det vil si gjennom å styre foretakets inntekter. Det foreslås også å synliggjøre i loven at det avholdes foretaksmøte ved begynnelsen av hvert år der eier fastsetter økonomiske og organisatoriske krav og rammer.

Når statens styringsvirkemidler overfor de regionale helseforetakene ikke ble synliggjort i helseforetaksloven utover formalisering av eierstyringen, skyldes det at det ikke var nødvendig å lovfeste statens ansvar og oppgaver i sin helhet i og med at de følger av statsforfatningen og annet regelverk. Det fremkommer ikke at helseforetaksmodellen bygger på den forutsetning at de regionale helseforetakene er styrt på politisk grunnlag av en eier med parlamentarisk ansvar. Dette følger av at myndigheten til å foreta eierstyring er lagt til departementet som er politisk ledet og som iverksetter regjeringens nasjonale helsepolitikk på et politisk beslutningsgrunnlag. Dette skjer ikke bare gjennom eierstyringen, men også generelt gjennom iverksettelse av Stortingets og regjeringens beslutninger.

Både beslutninger i lovs form og bevilgninger over statsbudsjettet som vedtas av Stortinget og som er sentrale i statens styring av de regionale helseforetakene, er åpenbart politiske beslutninger. Det samme gjelder beslutninger i form av vilkår for tildeling av statlige tilskudd og beslutninger i form av vedtekter og instruksjoner truffet av departementet som eier. Uansett hvilken prosessuell form disse beslutningene er truffet i, er det beslutninger truffet på politiske grunnlag for å gjennomføre den nasjonale helsepolitikken. Departementet antar at det kan være hensiktsmessig at dette synliggjøres bedre gjennom en tydeliggjøring av styringssystemet i helseforetaksmodellen.

Ved innføringen av helseforetaksmodellen ble det forutsatt at de årlige meldingene om virksomheten, som de regionale helseforetakene etter helseforetaksloven § 34 skal legge frem for departementet, skulle gi grunnlag for utarbeidelse av meldinger til Stortinget. På dette grunnlaget har det vært innarbeidet en plan- og meldingsdel i Prop. 1 S om den nasjonale helsepolitikken. Stortingets mottar således samlet informasjon om utviklingen i spesialisthelsetjenesten gjennom forslaget til statsbudsjettet om høsten og eventuelt forslaget om revidert budsjett på våren.

Gjennom den nye nasjonale helse- og omsorgsplanen vil det bli mer synlig at Stortinget også får seg forelagt overordnede nasjonale prioriteringer og krav til tjenestenes kvalitet innenfor hele helsesektoren. Departementet har vurdert om dette bør synliggjøres ved at planen forankres i helseforetaksloven. I og med at planen skal gjelde for hele helse- og omsorgstjenesten, ikke bare for spesialisthelsetjenesten, har imidlertid departementet kommet til at det er mer hensiktsmessig at det å fremme en slik plan og blant annet bestemme hvilke tema

den til enhver tid bør inneholde, bør overlates til den til en hver tid sittende regjering.

Slik helseforetaksmodellen er regulert i helseforetaksloven, er det en meget fleksibel modell. Staten kan velge å foreta eierstyring tett på foretakene, så tett at foretaket nærmest blir som et underliggende forvaltningsorgan, eller staten kan opptre som en meget tilbaketrukket eier og kun holde foretaksmøte når loven pålegger det. En viktig årsak til at eier kan velge å være tilbaketrukket, til tross for at foretakene ivaretar et tjenesteområde som er ett av de viktigste for opprettholdelsen av velferdsstaten, er at staten disponerer andre styringsvirkemidler som regelverksstyring, myndighetsstyring og fastsettelse av vilkår for bevilgning av inntekt til det regionale helseforetaket. Hvor nært departementet til enhver tid vil styre de regionale helseforetakene som eier, er langt på vei et politisk spørsmål. Synet på hva som er riktig tilnæringsnivå kan endre seg over tid og med skiftende politisk ledelse. For ikke å undergrave styrets og daglig leders ansvar, har departementet vært relativt tilbakeholdent med å styre de regionale helseforetakene og gjennom dem, helseforetakene, i enkeltsaker.

Det har imidlertid vist seg at det er behov for tettere kontakt mellom departementet og de regionale helseforetakene, tettere enn det som er synlig i den formaliserte strukturen i loven. Departementet har særlig fulgt opp foretakene ved løpende rapporteringsmøter, særlig om økonomi, men også om aktivitet, ventetid og kvalitet. Disse rapporteringsmøtene representerer ikke en uformell styring av foretakene men en løpende rapportering på krav stilt i oppdragsdokument og foretaksmøter. Det foreslås at dette rapporteringssystemet forankres i helseforetaksloven. Det foreslås å synliggjøre departementets ansvar for å følge opp krav som er stilt til foretakene ved å formalisere arbeidet med jevnlig innhenting av data fra de regionale helseforetakene.

### **4.3 Saker av vesentlig betydning**

Fordi foretakene er tildelt ansvar for tjenester som er avgjørende for borgernes velferd og fordi de disponerer store samfunnsressurser, må det være en tettere styring mellom eier og foretak enn det som er vanlig for fristilte, egne rettssubjekter. Det er derfor bestemt i helseforetaksloven § 30 at en del viktige saker ikke kan avgjøres av styret for de regionale helseforetakene, men må undergis politisk behandling og derfor avgjøres av departementet i foretaksmøte. Dette gjelder saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet, saker som er av vesentlig betydning for løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver, saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning og saker som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Dette vil ofte være saker som har



stor politisk interesse og som får betydelig politisk og mediemessig oppmerksomhet.

Bestemmelsen er generelt formulert. Dette har skapt en del usikkerhet om hvorvidt aktuelle saker skal vedtas i foretaksmøte eller ikke. Dette har særlig vært tilfelle med saker som dreier seg om strukturelle forhold, blant annet endringer i sykehusstrukturen og endring av antallet helseforetak. Som eksempel på saker som omfattes av § 30, ble det i forarbeidene til helseforetaksloven blant annet nevnt vedtak som kan endre virksomhetens karakter, omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen, omfattende endringer i tjenestetilbudet og nedleggelse av sykehus. Andre beslutninger av samme karakter som i praksis har vist seg å være aktuelle, er endringer i antall helseforetak og vesentlige endringer i sykehusenes opptaksområder. Avgjørelse i slike saker bør oftest avgjøres av noen som er politisk ansvarlig for den nasjonale helsepolitikken. På bakgrunn av erfaringene har departementet kommet til at det kan være hensiktsmessig at bestemmelsen omformuleres for å bli noe mer konkret og foreslår at de nevnte beslutningene tas inn som eksempler på saker som skal behandles i foretaksmøte, men uten at bestemmelsen får karakter av å være uttømmende. Det er viktig at vi har en hensiktsmessig struktur når det gjelder antall helseforetak og tilstrekkelig pasientgrunnlag innenfor helseforetakenes opptaksområde. Det foreslås derfor å lovfeste at endringer i antall helseforetak og helseforetakenes geografiske opptaksområde skal vedtas av foretaksmøte.

#### **4.4 Ledelse av foretaksmøtene**

Foretaksmøtet i et regionalt helseforetak er et møte der staten som eier styrer foretaket gjennom å treffe beslutninger. Etter helseforetaksloven § 19 er det styreleder som leder foretaksmøtet.

For å synliggjøre den statlige politiske styringen av de regionale helseforetakene, har departementet kommet til at det bør fremgå tydeligere at foretaksmøtet er eiers møte. Det vil det gjøre dersom eier, i utgangspunktet statsråden, selv leder foretaksmøte.

Det foreslås derfor at bestemmelsen endres slik at statsråden skal lede foretaksmøtene i de regionale helseforetakene men slik at hun selv kan velge å overlate til styreleder å lede møtet.

## **4.5 Åpne for ett felles foretaksmøte for alle de regionale helseforetakene**

Helseforetaksloven legger i dag til grunn at staten forvalter eierskapet til de regionale helseforetakene som fire parallelle, men adskilte eierskap. Loven regulerer i liten grad den koordineringen som skjer fra departementets side av de fire eierskapene - til tross for at det var en av hovedtankene bak foretaksreformen at det var viktig å få til en nasjonal overordnet styring av spesialisthelsetjenesten slik at pasientene kan få et likeverdig tilbud uansett hvor i landet de bor.

I mange sammenhenger har foretakene ulike interesser og eier vil derfor måtte treffe ulike beslutninger i de respektive foretaksmøtene. I en del tilfeller behandler imidlertid eier samme saksområde og treffer samme type beslutning, til og med identisk beslutning, i foretaksmøter i alle de regionale helseforetakene. En praktisk styringsmessig konsekvens av at loven forholder seg til fire parallelle eierskap, er at departementet i slike tilfeller må avholde fire foretaksmøter. Selv om vedtakene ikke alltid er identiske, vil de sakene som behandles i foretaksmøtene ofte være de samme og de problemstillingene som ligger til grunn for behandlingen vil være like. I slike tilfeller er det lite effektiv bruk av ressursene at samme eier må gjennomføre fire møter med samme beslutningstema. Departementet foreslår derfor at det foretas en endring i helseforetaksloven som åpner for at eier kan avholde felles foretaksmøter for flere foretak. Dels vil dette være hensiktsmessig når de regionale helseforetakene pålegges nasjonale oppgaver og skal samarbeid på tvers av helseregionene og dels vil det effektivisere departementets arbeid.

Styreleder og daglig leder skal være til stede i foretaksmøte. De øvrige styremedlemmene kan være til stede. Dersom alle styremedlemmene kommer, vil det bli mange til stede på et felles foretaksmøte for alle fire foretakene. Dette er et forhold som departementet må ta i betraktning når det vurderer om det i det enkelte tilfellet er hensiktsmessig å avholde felles foretaksmøte. Etter departementets vurdering er det ikke rimelig å foreta en innskrenkning i styremedlemmenes rettigheter med den begrunnelse at det er uhenksmessig med mange tilstedeværende. Det foreslås derfor ikke noen begrensning i styremedlemmenes rett til å være til stede i tilfellene eier innkaller til felles foretaksmøter.

Det må komme frem av protokolleringen at det er avholdt felles foretaksmøte.

Det foreslås at det åpnes for den samme muligheten for felles foretaksmøte i helseforetakene.

Etter helseforetaksloven § 16 annet ledd kan departementet sette vilkår for tildeling av bevilgning uten å avholde foretaksmøte. Den samme muligheten har ikke de regionale helseforetakene som eier. Dette kan være uhenksmessig for regionale

helseforetak. Departementet kan ikke se at det er noen vesensforskjell mellom foretaksnivåene på dette området og foreslår at bestemmelsen utvides til også å gjelde når regionale helseforetak stiller vilkår ved tildeling av midler til helseforetak.

#### **4.6 Organisering av nasjonale oppgaver innenfor helseforetaksmodellen**

Helseforetaksloven forholder seg ikke til at noen oppgaver må løses på nasjonalt nivå. Den regulerer hverken hvorledes nasjonale oppgaver skal eller kan organiseres eller innen hvilken beslutningsstruktur de kan løses. Både pasientrettighetsloven (pasient- og brukerrettighetsloven fra 1. januar 2012) og spesialisthelsetjenesteloven bygger på et prinsipp om likeverdighet for pasientene. Dette prinsippet er også nedfelt i helseforetakslovens formålsbestemmelse i § 1. Men loven gir allikevel ingen anvisning på organisering av det arbeidet som kreves på tvers av regionene for å etablere en planleggings- og beslutningsprosess som sikrer at pasientene i alle helseregionene mottar likeverdige tjenester. Den har ingen særskilt organisatorisk løsning, innenfor helseforetaksloven, for oppgaver som må løses på overregionalt, nasjonalt nivå. Oppgaver som det særlig kan være aktuelt å løse nasjonalt, er utredning og utvikling, støttefunksjoner og helsetjenester som det ikke er hensiktsmessig å tilby flere steder.

En praktisk løsning som er blitt brukt, er at departementet i forbindelse med tildeling av bevilgning, legger til ett regionalt helseforetak å sørge for løsningen av den konkrete oppgaven eller legger føringer for at de fire regionale helseforetakene i samarbeid, men under ledelse av ett utpekt regionalt helseforetak, skal løse oppgaven. Denne løsningen har særlig vært brukt når det gjelder planlegging, utvikling av felles løsninger eller tiltak knyttet til forskning og nasjonale tjenester. Løsningen kan være mindre egnet når det gjelder ytelse av helsetjenester, fordi bostedsregionene har det finansielle ansvaret for tjenester til innbyggerne og ordninger med gjestepasientoppgjør kan være krevende å administrere. Nasjonale behandlings- og kompetansetjenester er imidlertid eksempler på oppgaver som løses på denne måten. Departementet regulerer opprettelse av nasjonale behandlings- og kompetansetjenester i de regionale helseforetakene. Når ett regionalt helseforetak tillegges ansvar for en nasjonal behandling, vil det innebære at pasienter kun kan motta behandlingen ved den godkjente nasjonale tjenesten. Nasjonale kompetansetjenester skal ivareta kompetanseoppbygging innenfor et medisinskfaglig område for alle de regionale helseforetakene. Det kan derfor være ønskelig å åpne for en alternativ organisatorisk løsning for nasjonale tjenester.

Innenfor luftambulansetjenesten og pasientreiser er det etablert ansvarlige selskaper eid av de fire regionale helseforetakene som ivaretar fellesfunksjoner og

sikrer likeverdige tilbud over hele landet. For å understøtte en enhetlig nasjonal og ressurseffektiv tjeneste innenfor for eksempel støttefunksjoner, IKT-drift og byggorganisasjon kan det være behov for at en organisatorisk enhet drifter fellesløsninger for alle helseregionene. Slike nasjonale tjenester skal godkjennes av departementet, jf. § 4-1 i forskrift *om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*.

Det kan tenkes flere lovforankrede løsninger på denne situasjonen. Her kan man enten tenke seg at det åpnes for at bevilgning til slike oppgaver går til det regionale helseforetaket som får oppgaven, og at ansvaret for å finansiere dette tilbudet for sine egne innbyggere faller bort for de øvrige regionale helseforetakene. Eller man kan tenke seg at eier kan pålegge de regionale helseforetakene å opprette et helseforetak som de eier sammen og som skal pålegges å løse de konkrete oppgavene.

## **4.7 Utvikling av helseforetaksmodellens organisatoriske valgmuligheter**

### **4.7.1 Dagens valgmuligheter**

Helseforetaksloven inneholder regler for etablering av regionale helseforetak og helseforetak. Foretak står ikke fritt til å velge hvordan spesialisthelsetjenesten skal organiseres.

Organisatorisk er regionale helseforetak virksomheter som er eiet av staten alene og som er opprettet i medhold av helseforetaksloven § 8. Regionalt helseforetak legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov, jf. § 2 annet ledd annet punktum.

Helseforetak er virksomhet som er direkte eiet av ett regionalt helseforetak og som er opprettet i medhold av helseforetaksloven § 9. Det er helseforetak som yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov, jf. § 2 tredje ledd annet punktum. Den utøvende virksomheten, det vil si den faktiske ytelsen av spesialisthelsetjenester mv. til befolkningen, skal altså organiseres som helseforetak, for eksempel er sykehus organisert i helseforetak. Regionalt helseforetak hefter ubegrenset for forpliktelsene til egne eide helseforetak, jf. § 7.

Regionalt helseforetak kan eie helseforetak, jf. helseforetakslovens § 2 tredje ledd første punktum. Helseforetak kan ikke eie helseforetak. § 42 oppstiller nærmere regler og begrensninger for hvordan virksomheter innunder foretak kan organiseres. § 42 har følgende ordlyd:

## ”§ 42 Ansvarsform for virksomhet eid av foretak

Foretak kan ikke eie hele eller deler av virksomhet som yter spesialisthelsetjenester og som er organisert med begrenset ansvar.

Foretak kan ikke eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med andre enn foretak. Dersom flere foretak eier virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen, skal virksomheten organiseres som et ansvarlig selskap i medhold av selskapsloven.

Når det er egnet til å fremme foretakets formål, kan foretaket eie virksomheter som ikke yter spesialisthelsetjenester alene eller sammen med andre. Slike virksomheter skal organiseres som selskaper med begrenset ansvar.”

Hvis et foretak ønsker å etablere ny virksomhet eller skille ut deler av eksisterende virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste, står ikke foretaket fritt til å velge organisasjonsform. Bestemmelsen i § 42 første ledd fastslår at foretak ikke har adgang til å organisere kjernevirksomheten som aksjeselskap. Forbudet mot å organisere deler av virksomheten med begrenset ansvar, gjelder virksomhet som yter spesialisthelsetjenester, det vil si kliniske funksjoner og medisinske og andre helsefaglige servicefunksjoner. Foretak kan heller ikke eie alle aksjene i et aksjeselskap som driver slik virksomhet.

Bestemmelsens annet ledd fastslår videre at foretak som i samarbeid med andre foretak vil danne en selvstendig virksomhet som omfatter kliniske funksjoner eller medisinske og andre helsefaglige servicefunksjoner, og som ønsker å organisere samarbeidet som et eget rettssubjekt, må organisere denne virksomheten som et ansvarlig selskap. Staten som eier av regionalt helseforetak og regionalt helseforetak som eier av helseforetak, vil dermed bli fullt ut ansvarlig for samarbeidsvirksomhetens forpliktelser. Ansvarlige selskap kan i teknisk forstand slås konkurs, men det er lite sannsynlig at en kreditor vil slå et ansvarlig selskap med kun statlige eiere konkurs, i og med at kreditor kan oppnå full dekning med en gang ved å gå direkte på likvid eier, som staten vil være. Adgangen til å organisere virksomhet som omfatter kliniske funksjoner eller medisinske og andre helsefaglige servicefunksjoner som ansvarlig selskap, foreligger bare dersom samtlige deltakere er foretak.

Etter bestemmelsens tredje ledd kan foretak skille ut ikke-medisinske funksjoner (det vil si funksjoner som i seg selv ikke er spesialisthelsetjeneste), men de må organiseres med begrenset ansvar. Foretak kan eie denne typen virksomheter alene eller sammen med andre. En grunnforutsetning for at foretak kan eie virksomheter som ikke yter spesialisthelsetjenester, er at det er egnet til å fremme foretakets

formål. Hva som er foretakets formål må ses i lys av vedtekter og pålagte oppgaver i det enkelte foretaket.

#### **4.7.2 Vurdering av behovet for utvidelse av organisatoriske valgmuligheter**

##### *4.7.2.1 Virksomhet som yter spesialisthelsetjenester*

Dersom et regionalt helseforetak etablerer en underliggende virksomhet som skal yte spesialisthelsetjenester *alene*, må denne etter gjeldende regelverk etableres som helseforetak. Sykehus er for eksempel etablert i helseforetak. Dersom *flere* regionale helseforetak eller helseforetak ønsker å etablere felles eide enheter som yter spesialisthelsetjenester, må enhetene etableres som ansvarlige selskap i medhold av selskapsloven. Et eksempel på et ansvarlig selskap som er etablert og eiet av de fire regionale helseforetakene i felleskap, er Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS, som har det flyoperative ansvaret for luftambulansetjenesten i Norge. Departementet har vurdert behovet for å åpne for at flere regionale helseforetak og helseforetak sammen skal kunne organisere virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste som helseforetak.

Helseforetak er en selskapsform som er tilpasset offentlig helsetjeneste med sterkere grad av eierstyring og som er begrunnet i en hensiktsmessig organisering av det offentliges ansvar for spesialisthelsetjenester. Helseforetak kan ikke gå konkurs og organisasjonsformen vil i større grad enn ansvarlige selskaper kunne gjøre at virksomheten vil fremstå som en naturlig og integrert del av den offentlige helsetjenesten. Slik organisering vil også bygge opp under behovet for samhandling og effektiv ressursbruk mellom de regionale helseforetakene. For ansatte i helsetjenesten kan det være en fordel at virksomheten etter eventuell utskilling fortsatt er lovpålagt statlig eid, at det offentlige fortsatt er fullt ut ansvarlig for virksomheten, at den ikke kan gå konkurs og at de ansattes betingelser ikke endres.

Utviklingen har vist at det er behov for flere organisatoriske valgmuligheter for å kunne løse spesialisthelsetjenestens oppgaver på en mer effektiv og hensiktsmessig måte. Som nevnt foran i punkt 4.6, er det behov for en organisatorisk løsning for nasjonale oppgaver som de regionale helseforetakene enten blir pålagt eller velger å løse innenfor felles virksomhet i stedet for å løse dem i alle de fire helseregionene. Dette dreier seg om offentlig oppgaver innenfor spesialisthelsetjenesten, som er en del av foretakenes kjernevirksomhet, som de regionale helseforetakene er ansvarlige for og som de allerede i dag finansierer fullt ut, som for eksempel kompetanse- og behandlingssentre for sjeldne sykdommer. Departementet mener at muligheten til å etablere felles eide helseforetak i organiseringen av spesialisthelsetjenesten, bidrar til en hensiktsmessig utvikling av helseforetaksmodellen.

Det foreslås å åpne for at de regionale helseforetakene i stedet for å organisere slik virksomhet som ansvarlige selskaper, skal kunne legge slike oppgaver til ett helseforetak som de eier i fellesskap. Eierstyringen av et slikt helseforetak må foretas av de eiende regionale helseforetakene i fellesskap i foretaksmøte som består av representanter fra hvert av de regionale helseforetakene.

Det foreslås også å åpne for at helseforetak kan eie og organisere virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste i helseforetak, det vil si i helseforetak eid av helseforetak. Videre foreslås at det åpnes for at flere foretak, enten flere regionale helseforetak eller flere helseforetak, kan eie virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste sammen og organisere den som helseforetak.

Departementet mener at det bør legges opp til en valgfrihet med hensyn til organisasjonsform, slik at foretak kan velge mellom organisasjonsformen ansvarlig selskap og helseforetak. Slik valgfrihet gjør at foretak ikke må omorganisere eksisterende ansvarlige selskap til helseforetak i de tilfeller foretaket mener at ansvarlig selskap fremdeles er den mest hensiktsmessige organisasjonsformen.

Det kan tenkes fag- og oppgaveområder innenfor spesialisthelsetjenesten som også tilbys av private i et marked, som for eksempel røntgenvirksomhet og ambulansetjenester. Dersom slik offentlig virksomhet organiseres som egne helseforetak, bør virksomheten så langt som mulig ikke omsette varer og tjenester i et marked til private, men kun betjene sine eieres behov. Dette skyldes først og fremst de lovfestede økonomiske fordelene som tilsvarende private virksomheter ikke har – skattefritak og statsgarantier.

#### *4.7.2.2 Virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjenester*

Innenfor spesialisthelsetjenesten finnes det funksjoner som underbygger helsetjenesten som ikke i seg selv er helsetjeneste. Dette gjelder blant annet støttefunksjoner som er nødvendige og sentrale forutsetninger for at det kan ytes spesialisthelsetjenester til befolkningen og at sektoransvaret kan ivaretas.

Dersom foretak, alene eller sammen med andre foretak, ønsker å skille ut virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste, og organisere denne virksomheten som et eget rettssubjekt, må den etter gjeldende regler etableres som selskap med begrenset ansvar. Et eksempel på en virksomhet som er organisert med begrenset ansvar i dag, er Helseforetakenes Innkjøpsservice AS. Virksomheten eies av de fire regionale helseforetakene. Virksomheten koordinerer felles innkjøpsavtaler for alle helseforetakene og har som målsetting å bruke samlet innkjøpsvolum for å generere besparelser for sykehusene.

Departementet vurderer om foretak alternativt bør kunne velge å organisere tjenester som er nødvendige og sentrale forutsetninger for utøvelse av

spesialisthelsetjenesten, i helseforetak i stedet for selskap med begrenset ansvar. Det kan være hensiktsmessig at regionale helseforetak i samarbeid etablerer enheter som skal ivareta slike sentrale oppgaver. Det å legge til rette for enhetlige løsninger av støttefunksjoner, vil kunne være ressursbesparende i og med at de regionale helseforetakene kan samle drift og utvikling av disse tjenestene og blant annet sikre at planer og lovverk forstås på samme måte over hele landet. Dette kan gjelde funksjoner som for eksempel regnskapstjenester, lønns- og personaladministrasjon, rekruttering og ansettelse, innkjøp og logistikk og eiendomsforvaltning. En konsekvens av å åpne for at slike funksjoner skal kunne organiseres som helseforetak, dersom de skilles ut fra et regionalt helseforetak eller helseforetak, kan være at de ansattes interesser ikke påvirkes av at virksomheten de arbeider i skilles ut. Regjeringen har ikke tatt endelig stilling til om det bør åpnes for at virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste, skal kunne organiseres som helseforetak.

Dersom virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste, organiseres som helseforetak, vil eier bli fullt ut økonomisk ansvarlig for virksomheten. Eventuell etablering av støttefunksjoner i helseforetak vil derfor måtte forutsettes å være en ren intern organisering. Slike helseforetak bør uansett ikke kunne opptre som markedsaktører. Hvis de gjør det, vil en slik organisering kunne utfordre anskaffelsesregelverket og reglene om statsstøtte.

Departementet ser at en eventuell åpning for bruk av helseforetaksorganisering av støttefunksjoner, utløser et spørsmål knyttet til etablert praksis for oppnevning av styre på helseforetaksnivå. Det er fra 2006 etablert praksis at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene velges av og blant nåværende eller tidligere folkevalgte i kommuner og fylkeskommuner. De demokratiske hensynene som lå til grunn for innføringen i helseforetak som yter spesialisthelsetjeneste, vil ikke nødvendigvis foreligge dersom det blir aktuelt å organisere virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste, i helseforetak.

Uansett om det åpnes for å organisere virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste i helseforetak, bør det legges opp til valgfrihet slik at foretak ikke må omorganisere eksisterende aksjeselskap til helseforetak i de tilfeller foretaket mener aksjeselskap fremdeles er den mest hensiktsmessige organisasjonsformen.

#### *4.7.2.3 Virksomhet som hverken yter spesialisthelsetjenester eller tjenester som er en sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjenester*

Foretak kan eie virksomheter som ikke yter spesialisthelsetjeneste og organisere den med begrenset ansvar, når det er egnet til å fremme foretakets formål, jf. § 42



tredje ledd. Hva som er foretakets formål må ses i lys av ansvar, vedtektene og oppgaver pålagt det enkelte foretaket.

Vurderingen om at foretak kan anvende organisasjonsformen helseforetak i større grad enn i dag, må ses i sammenheng med eiers ansvar for foretaks gjeldsforpliktelser og at foretak ikke kan gå konkurs, jf. lovens §§ 7 og 5.

Dersom foretak ønsker å skille ut virksomhet som hverken yter spesialisthelsetjeneste eller er en sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjeneste, må virksomheten fortsatt organiseres med begrenset ansvar. Foretakene og foretakenes eier innenfor helseforetaksmodellen bør ikke påta seg økonomisk ansvar for virksomhet som ikke er en sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjenester.

#### **4.8 Omdanning til tilknytningsform innenfor helseforetaksmodellen.**

Helseforetakloven § 50 regulerer virksomhetsoverdragelser av offentlig virksomhet etter at helseforetakmodellen trådte i kraft. Den bygger på et kontinuitetsprinsipp for omdanning og omorganisering. Den regulerer fordringshaveres og andre rettighetshaveres forhold til de forpliktelsene som overføres fra en offentlig eid virksomhet til foretak, eller mellom foretak etter helseforetaksloven. Bestemmelsen sikrer enklest og mest mulig smidig overgang fra en tidligere tilknytningsform til helseforetaksmodellen.

I lovteksten er kun nevnt det tilfellet at fylkeskommunal og statlig virksomhet omdannes til regionalt helseforetak eller helseforetak. Kommunal virksomhet er ikke uttrykkelig nevnt. Departementet kan ikke se noen grunn til at eventuell overføring av eierskap mellom en kommune og et helseforetak skulle skje på en mindre smidig måte enn mellom en fylkeskommune og et foretak. Årsaken til at fylkeskommunal virksomhet er uttrykkelig nevnt, og ikke kommunal, skyldes antakelig at loven ble vedtatt i forbindelse med at sykehusene, som var fylkeskommunale, ble overført til staten og omdannet til helseforetak. Det foreslås derfor at bestemmelsen endres slik at eventuell omdanning av kommunal virksomhet til foretak reguleres tilsvarende.

#### **4.9 Begrensning i foretakenes adgang til å ta opp lån**

Etter helseforetaksloven § 33 kan et foretak ikke ta opp lån.

Bestemmelsen åpner imidlertid for at eier kan gi foretaket adgang til låneopptak. Fullmakten må fastsettes i vedtektene og omfanget av lån må begrenses ved

fastsettelse av en låneramme. Begrensningen skal skje ved at det fastsettes en låneramme som fremgår av vedtektene.

Bestemmelsen er kortfattet. Den gir for eksempel ingen anvisning på om forbudet mot lån kun gjelder lån i tradisjonell og snever forstand eller om den og omfatter andre finansieringsformer som helt eller delvis tjener samme økonomiske formål som lån. Den gir heller ikke anvisning på hvilke andre vilkår eier kan sette for at foretaket skal få adgang til å ta opp lån enn at omfanget av lånet skal begrenses. At bestemmelsen er så kortfattet har skapt usikkerhet om hvorledes den skal forstås.

I spesialmerknaden til lånebestemmelsen i forarbeidene i Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) fremgår at når foretaksmøtet fastsetter en slik ramme for låneopptak, kan det også sette nærmere vilkår som låneformål, lånevilkår mv.

Departementet har forutsatt at når eier kan unnlate å gi foretaket adgang til å ta opp lån, må eier også kunne stille vilkår for at foretaket skal få adgang til å låne, for å begrense risikoen i en ansvarlig selskapsform. Det er derfor fastsatt i vedtektene til de regionale helseforetakene at låneopptak må skje etter de reglene som er fastsatt av eier. Låneopptak rammestyles ikke, men de regionale helseforetakene kan bare ta opp driftskreditt og lån til investeringsformål gjennom statens ordninger. Det foreslås at lovbestemmelsen endres til at foretak kan ikke ta opp lån med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene at det skal ha slik adgang og at nærmere bestemmelser om låneopptak fastsettes i vedtektene.

#### **4.10 Private tjenesters rolle i helseforetaksmodellen**

De regionale helseforetakene sørger i hovedsak for spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen ved at ett av helseforetakene som det regionale helseforetaket eier, yter tjenesten. Anskaffelse av private spesialisthelsetjenester er ikke regulert i helseforetaksloven, men det fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd at det er adgang til å oppfylle det offentlige ansvaret ved kjøp av private tjenester. Det er også en lang tradisjon for at private virksomheter, især virksomheter som er eid av ideelle organisasjoner, yter helsetjenester som et supplement eller korrektiv til de offentlige eide virksomhetene. Private sykehus og private rusinstitusjoner er eksempler på dette.

I helt spesielle situasjoner kan det tenkes at det er nødvendig å anskaffe tjenester fra private til enkeltstående pasienter eller en mindre gruppe pasienter. Det kan være aktuelt dersom frist til å yte helsehjelp som er fastsatt etter pasientrettighetsloven § 2-1, er i ferd med å gå ut for en eller flere pasienter, eller fordi det oppstår et uforutsett behov for en gitt type undersøkelse eller behandling som finnes som et privat tilbud. Bortsett fra i slike helt spesielle situasjoner anskaffes helsetjenester fra

private i hovedsak etter inngåelse av drift- og rammeavtaler fordi det er viktig at ressursene blir brukt på en god og målrettet måte.

Hvilke helsetjenester som skal leveres av det offentlige og hvilke og hvor omfattende tjenester som til enhver tid skal leveres av private tjenesteytere, er et ideologisk og politisk spørsmål som staten kan styre ved de vilkårene som stilles for tildeling av midler over statsbudsjettet eller som til enhver tid kan bestemmes gjennom eierstyring. Det synes imidlertid vanskelig og lite hensiktsmessig å regulere disse spørsmålene gjennom lovbestemmelser. Allikevel har noe av kritikken mot helseforetaksmodellen dreid seg om bruken av privat virksomhet i realiseringen av helsepolitikken. Kritikken har både dreid seg om at helseforetaksmodellen i for stor grad åpner for private løsninger og at den ikke i tilstrekkelig grad åpner for og tar hensyn til private tilbud.

Det at private tjenester ikke omtales i helseforetaksloven, kan imidlertid ha vært med på å skape usikkerhet om de private tjenestenes rolle i modellen. Innenfor rammen av det som staten har bestemt som eier, vil det være opp til regionalt helseforetak å vurdere hvorledes det skal sørge for innbyggernes behov for helsetjenester. Det vil si at regionalt helseforetak må vurdere hvilke helsetjenester som skal leveres av det offentlige og hvilke og hvor omfattende tjenester som til enhver tid skal leveres av private tjenesteytere.

De private virksomhetenes behov for langsiktige og forutsigbare rammebetingelser bør også ivaretas av hensyn til og respekt for organisasjonene og deres arbeidstakere. En bestemmelse som, i forbindelse med langsiktig planlegging, synliggjør foretakenes ansvar for å vurdere bruken av private tjenesteytere til å oppfylle sektoransvaret, vil kunne virke avklarende. Departementet foreslår at en slik bestemmelse tas inn i helseforetaksloven.

## **4.11 Styrets og daglig leders tilsyn med helseforetak - Internrevisjon**

### **4.11.1 Lovpålegg**

I helseforetaksloven § 28 er *styrene*, både for regionalt helseforetak og helseforetak, pålagt å føre tilsyn med at egen virksomhet drives i samsvar med helseforetaksloven § 1, eiers beslutninger i vedtekter og foretaksmøte og vedtatte planer og budsjetter. Dette er et pålegg om internkontroll med at eiers og styrets beslutninger iverksettes.

I tillegg pålegger loven at *styret* for regionale helseforetak skal drive tilsvarende tilsyn med foretaksgruppen, det vil si at det også skal drive tilsyn med

helseforetakene som regionalt helseforetak eier. Tilsynsansvaret er en viktig del av styrets hovedoppgave; å forvalte foretaket.

I helseforetaksloven § 37 er *daglig leder* for regionalt helseforetak også pålagt å føre tilsyn med helseforetakene som det regionale helseforetaket eier, og skal påse at virksomhetene drives i samsvar med vedtektene og vedtak truffet av foretaksmøte og styre. Sammen med plikten til å avgi jevnlig rapporter til styret om virksomheten i helseforetakene underbygger daglig leders tilsynsplikt styrets tilsynsplikt.

Helseforetakslovens bestemmelser om internkontroll og tilsyn kommer i tillegg til at *foretakene* etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, er pålagt å etablere internkontroll og sørge for at virksomheten og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Dessuten er *regionale helseforetak* i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd pålagt å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhet som de eier eller har avtale med, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Videre pålegger spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a enhver som yter spesialisthelsetjenester å sørge for at virksomhetene arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven ble tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven i forbindelse med vedtakelsen av ny kommunal helse- og omsorgslov og trer i kraft 1. januar 2012.) Sett i sammenheng med spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om plikt til forsvarlighet, har de regionale helseforetakene et ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys forsvarlig spesialisthelsetjeneste. For å kunne oppfylle dette ansvaret, må det enkelte regionale helseforetaket føre tilsyn med at helseforetakene i helseforetaksgruppen tilbyr og yter forsvarlige tjenester.

#### **4.11.2 Krav fra eier**

For å understøtte og sikre gjennomføringen av tilsynsplikten fikk alle de regionale helseforetakene i foretaksmøter i januar 2005 tilsvarende instruksjoner om hvorledes tilsynet skal organiseres, etter hvilken metode det skal gjennomføres og hvorledes resultatet skal meldes tilbake til eier.

Alle de regionale helseforetakene ble pålagt å etablere en intern revisjon som en gjennomgående ordning med følgende elementer:

1. "Tre av styrets eieroppnevnte medlemmer utgjør en *kontrollkomité* med ansvar for å ha et hovedfokus på styrets kontroll og tilsynsfunksjon.
2. Helse NN RHF skal etablere *intern revisjon* som administrativt skal være underlagt administrerende direktør i Helse NN RHF. Den interne revisjonen kan også rapportere direkte til styret for Helse NN RHF.

3. *Intern revisors* virksomhet skal baseres på risikovurderinger og fastsettes i årsplan som skal godkjennes av styret. Styret for Helse NN RHF må påse at det gjennomføres prosess for risikovurdering for helseforetaksgruppens virksomhet.

Rapportering for 2. tertial 2005 skal inneholde bekreftelse fra styret om at intern revisjon er etablert.”

I foretakmøter i januar 2006 ble det presisert at også styremedlemmer valgt av og blant de ansatte kan være medlemmer at kontrollkomiteen.

I foretakmøter i januar 2008 fikk de regionale helseforetakene ytterligere instruksjoner om intern kontroll, risikostyring og organisering av styrets tilsynsfunksjon:

- Styret skal påse at Helse NN RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringsystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.
- Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Rapport fra styrets gjennomgang skal forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2008. I tillegg skal det redegjøres for styrets arbeid i Årlig melding.
- Styrets kontrollkomité skal heretter benevnes ”*styrets revisjonskomité*”. Revisjonskomiteen har et særlig ansvar for styrets kontroll og tilsynsfunksjon. Revisjonskomiteen skal bestå av tre styremedlemmer hvor minst ett av medlemmene skal ha regnskapskompetanse eller revisjonskompetanse.

Det interne revisjonsopplegget som eier har pålagt de regionale helseforetakene å etablere, skal føre tilsyn med hele foretaksgruppen. Det vil si at styrets revisjonskomite og internrevisjonen i de regionale helseforetakene også skal føre tilsyn med helseforetakene som det regionale helseforetaket eier. Begrepet *internrevisjon* er benyttet for å markere at det er eget styre eller egne ansatte som utfører revisjonen, i motsetning regnskapsrevisjonen som utføres av en ekstern revisor/revisjonsfirma.

Den internrevisjonen som et regionalt helseforetak driver overfor sine helseforetak, omtales også som konsernrevisjon. Selv om helseforetaksloven ikke definerer regionalt helseforetak og helseforetakene det eier som et konsern, er det i en del sammenhenger naturlig å benytte denne betegnelsen på en struktur med et eierhierarki, selv om det ikke får noen rettslige konsekvenser.

Den ansatte internrevisjonen utfører revisjonsarbeidet og rapporterer både til styret og til daglig leder. Administrativt er den underlagt daglig leder.

#### **4.11.3 Formålet med og rekkevidden av tilsyn og konsernrevisjon**

Den kontrollplikten som er lagt på de regionale helseforetakene i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd, skal sikre at tjenestene utføres i samsvar med lovverket. Den kontrollplikten som er lagt på de regionale helseforetakene i helseforetaksloven §§ 28 og 37, skal sikre at tjenestene utføres i samsvar med eiers pålegg. I tillegg har eier i de ovenfor omtalte foretaksmøtene pålagt de regionale helseforetakene å føre tilsyn med at helseforetakene når eiers og egne målsettinger. Virksomhetens målsettinger er omfattende regulert i lovverket, for eksempel i helseforetaksloven § 1 som gjør spesialisthelsetjenestelovens og pasientrettighetslovens formål til helseforetakenes formål. Blant disse målsettingene er ”å sikre tjenestetilbudets kvalitet” og ”å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet”. Dessuten vedtar eier mer konkrete målsettinger for virksomheten gjennom eierstyringen, både i vedtekter, foretaksmøter og i de årlige styringsdokumentene. I tillegg setter helseforetakene seg mål gjennom egne planer.

Både lovgiver og eier stiller omfattende og vidtrekkende krav til de regionale helseforetakenes tilsyn med helseforetakenes virksomhet. En del av det pålagte tilsynet vil kunne utføres som et tilsyn med at helseforetakene har tilstrekkelige systemer for intern kontroll. Mens tilsyn med at befolkningen får lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet, krever tilsyn med administrasjon, styring og planlegging av virksomhetene og vil antagelig kreve at internrevisjonen går lenger ned i detaljene i virksomheten.

Tilsyn med at tjenestene er i samsvar med lovverket, vil være overlappende i forhold til tilsyn med at tjenestene er i samsvar med eiers pålegg. Tilsyn med måloppnåelse vil være overlappende både med tilsyn med oppfølging av lovverket og med eiers pålegg. Etter departementets vurdering, er det derfor ikke hensiktsmessig å skille mellom disse formålene ved organiseringen av den interne revisjonen av foretaksgruppen.

#### **4.11.4 Lovfesting av styrets revisjonskomité og internrevisjonen**

På bakgrunn av at både lovgiver og eier stiller omfattende og vidtrekkende krav til de regionale helseforetakenes tilsyn med helseforetakenes virksomhet, har det vært viktig å bygge opp kompetanse på denne typen kontrollarbeid i de regionale helseforetakene. For å sikre kompetanse og kontinuitet i dette viktige arbeidet, besluttet eier i 2005 at kontrollarbeidet skulle understøttes med organisatoriske tiltak og påla etableringen av styrets revisjonskomité og interrevisjon.

Erferingene siden 2005 har vist at konsernrevisjon er et viktig virkemiddel for å sikre bedre kvalitet. Internrevisjonen bidrar til at statens eierstyring kommer befolkningen til gode i form av god kvalitet som dokumenteres.

På bakgrunn av de gode erfaringene har departementet kommet til at internrevisjonen, organisert på denne måten, bør inngå som en obligatorisk del i foretaksmodellen. For å understøtte tilsyns- og revisjonsarbeidet ytterligere, foreslår departementet at ordningen lovfestes. Lovfesting vil underbygge legitimiteten til styrets revisjonskomité og internrevisjon og det arbeidet de utfører.

#### **4.11.5 Innsyn i interne og i taushetsbelagte opplysninger**

Både styret og daglig leder i regionale helseforetak er pålagt å drive et relativt omfattende tilsyn. For å kunne gjennomføre disse lovpålagte oppgavene, vil det være behov for innsyn i helseforetakenes virksomhet.

Helseforetakene er egne rettssubjekter og i utgangspunktet er det nødvendig å ha hjemmel for å kunne kreve innsyn i virksomheten deres. I den grad internrevisjonen ikke trenger innsyn i taushetsbelagte opplysninger, må imidlertid et helseforetak gi innsyn, også i interne opplysninger, som overfor andre enn eier vil kunne unntas offentlighet. Departementet mener at internrevisjonens behov for innsyn som er begrunnet i en lovpålagt plikt, må gå foran helseforetakenes rett til å nekte å unnta opplysninger offentlighet. Dessuten vil det regionale helseforetaket kunne instruere helseforetaket til å gi innsyn i ikke taushetsbelagte opplysninger. Dog må dette skje i foretaksmøte, hvilket ikke er særlig hensiktsmessig.

Pålegg i foretaksmøte kan fungere så lenge det dreier seg om mindre omfattende tilsyn som planlegges i god tid og er klart avgrenset. Etter at tilsynsoppgaven ble oppgradert gjennom pålagt internrevisjon med internvisor som er ansatt for å foreta tilsyn fortløpende, vil pålegg i foretaksmøte om å gi innsyn i konkrete tilsynssaker ikke være tilstrekkelig fleksibelt. På bakgrunn av at de skal drive tilsyn etter lovpålegg, er det behov for å klargjøre rettssituasjonen gjennom en bestemmelse om at konsernrevisjonen har *rett til innsyn* i forbindelse med tilsyn.

Hvilke opplysninger det er behov for å få innsyn i, vil variere etter hva som er tema for tilsynet. Dersom det føres tilsyn med om helseforetak har etablert god internkontroll, utfører pålagt risikostyring eller det føres tilsyn med at helseforetakene iverksetter tiltak for å nå de fastsatte målene, antas det at internrevisjonen noen ganger vil ha behov for taushetsbelagte opplysninger, mens de andre ganger ikke vil ha et slikt behov.

Dersom det utføres tilsyn med driftsmessige og administrative deler av virksomheten til helseforetakene, kan revisjonen ha behov for innsyn i opplysninger som er taushetsbelagte. Tilsyn med anskaffelsesprosesser kan for eksempel forutsette innsyn i forretningshemmeligheter, og ved vurderinger av habilitet og etiske problemstillinger kan det oppstå behov for opplysninger knyttet til personlige forhold. Slike opplysninger vil være taushetsbelagte etter forvaltningsloven. Etter forvaltningsloven § 13 b nr. 4 er taushetsplikten imidlertid ikke til hinder for at det *gis* innsyn i opplysningene i forbindelse med revisjon eller annen form for kontroll med forvaltningen. Dette unntaket medfører at taushetsplikten ikke er til hinder for at helseforetakene gir konsernrevisjonen innsyn også i slike opplysninger.

Som omtalt ovenfor, er foretakene pålagt å sikre befolkningen lik tilgang på spesialisthelsetjenester av god kvalitet. For at de regionale helseforetakenes internrevisjon skal kunne føre tilsyn med at helseforetakene overholder lover og forskrifter og oppnår kvalitetsmålene, kan det være nødvendig å ta i bruk kontrollmetoder som krever innsyn i pasientopplysninger som er tatt inn i pasientadministrative systemer og pasientjournaler. Det vil si personidentifiserbare opplysninger og vurderinger av helseforhold eller som er av betydning for helseforhold. Behovet for slike opplysninger vil også være til stede ved tilsyn med helseforetakenes administrasjon, styring og planlegging av helsetjeneste.

Helsepersonell har taushetsplikt om opplysninger om personers legemsforhold og sykdomsforhold og andre personlige forhold når de har fått opplysningene i egenskap av å være helsepersonell (pasientopplysninger). Helsepersonell vil ikke kunne gi pasientopplysninger til internrevisor uten særskilt unntak fra taushetsbestemmelsene i helsepersonelloven.

Hensikten med å pålegge egne organer for internrevisjon var å oppgradere tilsynet med virksomheten i helseforetakene og legge til rette for kontinuerlig internrevisjon som en del av eierstyringen av helseforetakene. Med økende krav til kvalitetsarbeid og med ansatt internrevisor, vil det antagelig være vanskelig å utnytte denne kompetansen til å drive løpende og systematisk tilsyn uten innsyn i helseopplysninger i tilknytning til konkrete oppgaver. Departementet mener derfor at det må vurderes om det bør lovfestes en plikt til å gi innsyn i helseopplysninger til



bruk ved intern revisjon og kvalitetssikring av helsetjenesten, og at det kan skje uten hensyn til taushetsplikt.

Målsettingen med internrevisjon er blant annet å sikre at virksomhetene driver systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Virksomhetenes kvalitetsarbeid skal sikre en god og trygg tjeneste for pasientene, herunder sikkerhet for at det ikke gjøres feil som er til skade eller ulempe for pasienten. Pasientens interesse knyttet til kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten må veies mot pasientens rett til konfidensialitet knyttet til taushetsbelagte opplysninger. Vern mot spredning av opplysninger er en grunnleggende rettighet i helseretten og forvaltningsretten for øvrig. Det bør generelt foreligge svært gode grunner for å vedta unntak fra taushetsplikten. Når de regionale helseforetakene har et lovpålagt ansvar for å føre tilsyn med oppfølging av myndighetenes og eiers krav i foretaksgruppen, må de samtidig gis mulighet til å benytte verktøy som anses hensiktsmessig og nødvendig for å kunne oppfylle disse kravene. Muligheten til å initiere og drive forbedringsarbeid og kontroll gjennom ulike typer revisjoner er verktøy som vurderes som hensiktsmessig og nødvendig. Derfor bør internrevisjonen få tilgang til de taushetsbelagte opplysningene som er nødvendig for revisjonsarbeidet i foretaksgruppen, og for at styret og daglig leder i regionale helseforetak derigjennom skal kunne oppfylle sitt tilsynsansvar på en hensiktsmessig måte. Helsepersonell har opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og helsetilsynet i fylket. Den interne revisjonen vil ikke i samme grad som helsetilsynet ha behov for at opplysningene har individualiserende kjennetegn. Det foreslås derfor at opplysningene som gis, så langt som mulig skal gis uten individualiserende kjennetegn.

I helsepersonelloven § 26 som lyder som følger, er det fastsatt unntak fra taushetsplikten:

§ 26. Opplysninger til virksomhetens ledelse og til administrative systemer

Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.

Den som yter helsehjelp, skal uten hinder av taushetsplikten i § 21 gi vedkommende virksomhets pasientadministrasjon pasientens personnummer og opplysninger om diagnose, eventuelle hjelpebehov, tjenestetilbud, innskrivnings- og utskrivningsdato samt relevante administrative data.

Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for personell i pasientadministrasjonen.

Departementet har tidligere vurdert om unntaket i § 26, omfatter tilsyn som utføres av konsernrevisjon, men har kommet til at det ikke gjør det.

Etter unntaket i § 26 er internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten grunnlag for å gi innsyn i opplysninger som er underlagt taushetsplikt etter helsepersonelloven, men det er innebygd en del begrensninger i unntaksbestemmelsen som begrenser spredningen av de taushetsbelagte opplysningene. Innsyn kan kun gis til virksomhetens ledelse. Det vil si til helseforetakets eller institusjonens ledelse. Det forutsettes at opplysningene er *nødvendige* for å utføre internkontroll og kvalitetssikring. Dessuten skal opplysningene så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn. Ledelsen som mottar opplysningene får tilsvarende taushetsplikt om de opplysningene de har mottatt.

Etter departementets vurdering vil ikke personkretsen som får innsyn i taushetsbelagte opplysninger, utvides vesentlig dersom § 26 utvides til også å omfatte intern revisjon og kvalitetssikring som utføres av det regionale helseforetakets daglig leder, og herunder internrevisjonen. Når det løpende revisjonsarbeidet drives av interne revisorer, vil det være kontinuitet i revisjonen og innsynet vil dermed bli begrenset til få, konkrete personer. Det foreslås derfor at unntaket i § 26 utvides til å omfatte daglig leder og internrevisor i det regionale helseforetaket.

#### **4.12 Åpne styremøter**

Helseforetaksloven inneholder ingen bestemmelser som regulerer om styremøter skal være åpne eller lukket. Gjennom eierstyring besluttet departementet høsten 2003 at styremøter i både regionale helseforetak og helseforetak skal være åpne. I styringsdokumentet for regionale helseforetak for 2004 ble beslutningen fulgt opp. Det ble holdt åpent for at styremøtene kunne lukkes hvis det var forenlig med prinsippene i offentlighetslovens bestemmelser om hvilke opplysninger i en sak som kan unntas offentlighet. En tidligere gjennomgang har vist at det praktiseres stor grad av åpenhet i styremøter.

Departementet mener at åpne styremøter bidrar til å understøtte tillit og legitimitet for foretakene. At møter holdes for åpne dører, innebærer at alle som ønsker det kan være til stede og overhøre møtene, men uten tale-, forslags- eller stemmerett. Det er også alminnelig adgang til å referere fra åpne møter.

Ordningen med åpne styremøter er så viktig og prinsipiell at det er naturlig at regler om dette kommer til uttrykk i helseforetaksloven sammen med andre saksbehandlingsregler for styret i regionale helseforetak og helseforetak. Dessuten innebærer en lovfesting av ordningen med åpne styremøter god og praktisk informasjon samt et viktig prinsipielt signal overfor allmennheten. Koblingen til offentleglovas bestemmelser om dokumentoffentlighet kan fremstå som uklar og samtidig være noe vanskelig å praktisere. En egen lovbestemmelse om åpne

styremøter vil kunne avhjelpe dette. Departementet mener også at lovregulering legger bedre til rette for ensartet praksis i de forskjellige regionale helseforetak og helseforetak.

Departementet foreslår at hovedreglen bør være at styremøter skal være åpne. Men det er nødvendig med unntak fra hovedregelen. Den lovbestemte taushetsplikten innebærer en grunnleggende plikt til å holde visse opplysninger taushetsbelagte, slik at andre ikke får kjennskap til disse. Bestemmelser om taushetsplikt fremgår blant annet av forvaltningsloven og helsepersonelloven. Taushetsplikten er knyttet til personlige forhold, men også tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drift og forretningsforhold. En hovedregel i helseforetaksloven om åpne styremøter må ha unntak når det gjelder lovbestemt taushetsplikt. Dersom det foreligger lovbestemt taushetsplikt, betyr det at styret ikke bare har en rett, men også en plikt, til å holde møtet for lukkede dører.

Personvern har til formål å beskytte det enkelte individ som personlighet. Personvernet har grunnlag i rettsregler og ulovfestede prinsipper om beskyttelse av enkeltindivider. Et vesentlig element i personvernet er at personer i utgangspunktet skal kunne bestemme hva andre skal få vite om hans eller hennes personlige forhold. Hensynet til personvern går ofte lengre enn reglene om lovbestemt taushetsplikt krever.

Styret må ha mulighet til å lukke møter av hensyn til personvernet dersom det foreligger et reelt og saklig behov for dette. Det kan være behov for å lukke styremøtet i sak hvor det er nærliggende å anta at det vil bli ført en nærgående debatt om enkeltpersoners egenskaper og bakgrunn, uten at det foreligger lovbestemt taushetsplikt. Dette kan for eksempel være tilfellet når styret i regionalt helseforetak vurderer kandidaters personlige egnethet i forbindelse med styreutnevnelser til underliggende helseforetak. Departementet foreslår derfor en unntaksbestemmelse som åpner for at styret i foretakene kan vurdere å lukke møte av hensyn til personvernet dersom det foreligger et reelt og saklig behov for dette.

Departementet foreslår videre at styret skal ha plikt til å behandle personalsaker for lukkede dører. Personalsaker vil ofte inneholde taushetsbelagt informasjon, personvernrelaterte opplysninger, men også opplysninger som faller utenfor disse kategoriene. Personalsaker bør imidlertid av hensyn til arbeidstakerne holdes internt i foretakene, siden sakene relaterer seg til forholdet mellom arbeidsgiver og den enkelte arbeidstaker, der de hensyn som begrunner offentliggjøring ikke vil være like fremtredende. Med personalsaker etter forslaget menes saker om tilsetting, permisjon, oppsigelse og avskjed og andre spørsmål som angår enkeltpersoners tjenestemessige forhold, for eksempel medarbeidersamtaler styret holder med daglig leder i foretaket. Det samme gjelder kritikk av enkeltpersoners

tjenestemessige forhold når dette inngår som en del av behandlingen av en annen sak.

Etter departementets vurdering bør styret i foretak i all hovedsak holde styremøter åpne, slik at andre utenfor styret kan få innsyn i og påvirkningsmulighet på de konkrete sakene. For å utføre sin rolle som administrativ leder i foretak, har imidlertid daglig leder behov for å orientere styret om aktuelle saker som administrasjonen faktisk har begynt å arbeide med eller planlegger å arbeide med fremover. Slike orienteringer vil ha en foreløpig og intern status, uten at det er foretatt endelige vurderinger eller kan fremmes konkrete forslag for styret.

Forvaltningen av foretaket hører under styret som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet, jf. helseforetaksloven § 28 første ledd. Styret vil derfor også ha behov for å bli orientert om hva det arbeides med i foretaket, for å ha mulighet til utføre løpende kontroll med driften. Styret kan også ha behov for å foreta uforpliktende drøftelser omkring slike orienteringer, uten at synspunkter som drøftes på dette stadiet blir eksponert utenfor styret. Offentlighet omkring foreløpige synspunkter fra styrets side kan skape forventninger om et bestemt resultat. Dette kan binde styremedlemmer i forhold til behandlingen i senere styremøter. Det kan for eksempel være vanskelig for et styremedlem å endre sine foreløpige synspunkter i en sak når tidlige synspunkter allerede er eksponert utad. På denne bakgrunn mener departementet at regelverket bør åpne for at styret kan vurdere å lukke styremøter av hensyn til orienteringer om saker som er på tidlige og forberedende stadier i saksbehandlingen. Dette vil også legge til rette for at denne typen saker blir formidlet i styremøter og at det ikke oppstår andre uformelle arenaer for å utveksle intern informasjon med styrene. Det foreslås å avgrense unntaksbestemmelsen til saker som ikke skal realitetsvurderes eller ferdigbehandles i det aktuelle styremøtet.

Regionale helseforetak og helseforetak kan være involvert i saker for domstolen, herunder både straffesaker og sivile saker. Foretak er etablert som selvstendige rettssubjekter og har således selvstendig partsstilling overfor domstoler, jf. helseforetaksloven § 6. Etter omstendighetene kan styret i foretak ha et reelt og saklig behov for å lukke styremøter av hensyn til diskusjoner om foretaket skal gå til sivil søksmål eller anmelde et straffbart forhold. På samme måte kan styret i foretak ha behov for å lukke styremøter av hensyn til diskusjoner i forhold til saker der foretaket er saksøkt eller anmeldt. Styret i foretak bør kunne vurdere å lukke styremøter av hensyn til rettssaksprosesser dersom det foreligger et reelt og saklig behov for dette. For eksempel vil styret ha behov for å diskutere hvorvidt foretaket skal inngi stevning i en konkret sak, uten at motparten eller andre overværer de konkrete vurderinger og overveielser i forhold til dette. Foretak står prinsipielt i

samme stilling som andre som er part i rettssaker. Innsyn i diskusjoner og refleksjoner som styret foretar som part i en aktuell rettssak, vil også kunne føre til mer forhåndsprosedyre i saken, noe som kan skade styrets mulighet til å ivareta foretakets interesser i saken. Departementet foreslår derfor en unntaksbestemmelse som åpner for at styret i regionale helseforetak og helseforetak kan behandle en sak for lukkede dører av hensyn til foretakets partsstilling i rettssak for norsk domstol. Et slikt forslag vil harmonere med bestemmelsen i offentleglova § 18, som åpner for at det kan gjøres unntak for innsyn i dokumenter som regionale helseforetak eller helseforetak har utarbeidet eller mottatt som part i en rettssak for norsk domstol.

Forvaltningen av regionale helseforetak og helseforetak hører under styret som har ansvaret for en tilfredsstillende organisering av foretakets samlede virksomhet. Foretak vil som arbeidsgiver ha behov for å ivareta foretakets interesser i forhandlingssituasjoner om lønsspørsmål, både i individuelle og kollektive forhandlinger. Styret i foretak vil kunne ha et reelt og saklig behov for å lukke styremøter av hensyn til foretakets posisjon i lønnsforhandlinger. Innsyn i diskusjoner og refleksjoner omkring lønnsforhandlinger vil kunne svekke den strategiske stillingen til foretaket i den aktuelle saken eller i fremtidige saker. Departementet foreslår derfor en unntaksbestemmelse som åpner for at styret i foretak kan vurdere å lukke styremøter av hensyn til foretakets posisjon i lønnsforhandlinger når den strategiske stillingen til foretaket kan svekkes i aktuelle eller fremtidige saker. Forslaget verner om den strategiske stillingen til foretaket. Forslaget omfatter ikke opplysninger om hvilken lønn medarbeideren faktisk har. En slik mulighet til å vurdere å lukke styremøter harmonerer med offentleglova § 23 første ledd, som åpner for å gjøre unntak fra innsyn i opplysninger når det er påkrevd av hensyn til en forsvarlig gjennomføring av lønnsforvaltningen i foretak.

Regionale helseforetak og helseforetak er forpliktet til å følge regelverket for offentlige anskaffelser, herunder lov 16. juli 1999 nr. 69 om offentlige anskaffelser og forskrift 7. april 2006 nr. 402 om offentlige anskaffelser, når foretak skal foreta kjøp av blant annet helsetjenester fra private tjenestetilbydere. Før leverandør velges, kan styret i foretak ha et reelt og saklig behov for å kunne foreta vurderinger av aktuelle tilbud foretaket har mottatt, herunder om de innkomne tilbud tilfredsstiller de spesifikke krav som er stilt, for eksempel til kvalitet og tilgjengelighet.

Departementet mener at det bør være en åpning for at styret i foretak kan vurdere å lukke styremøter av hensyn til anskaffelsesprosesser dersom styret skal foreta diskusjoner og vurderinger av innkomne tilbud. Dette har en viktig side til konkurransen mellom tjenesteleverandørene.

Departementet foreslår derfor en unntaksbestemmelse som åpner for at foretak kan vurdere å lukke styremøter av hensyn til tilbud etter regelverket om offentlige

anskaffelser til valget av leverandør er gjort, dersom det foreligger et reelt og saklig behov for dette. Unntaksmuligheten etter forslaget gjelder uavhengig av hvilken konkurranseform som er blitt benyttet. Videre er forslaget til unntak avgrenset i tid og gjelder derfor bare frem til valget av leverandør er gjort. Dette er et tidligere tidspunkt enn tidspunktet for undertegning av kontrakten. Etter anskaffelsesforskriften § 13-3 og § 22-3 er det etablert en ordning der tilbydere får melding om hvem av leverandørene som vil få kontrakten, med frist for å klage. Ved at unntaksbestemmelsen bare gjelder frem til slik melding er sendt til leverandørene, vil også allmennheten dra nytte av det samme tidsrommet og ha en mulighet til å kontrollere prosessen og påvirke utfallet før kontrakten er skrevet. En slik mulighet til å vurdere å lukke styremøtene vil også harmonere med offentleglova § 23 tredje ledd, som åpner for å gjøre unntak fra innsyn for tilbud og protokoll (dokumentene) etter regelverk som er gitt i medhold av anskaffelsesregelverket, til valget av leverandør er gjort.

#### **4.13 Ansatte styremedlemmers tilstedeværelse i styremøter**

Helseforetaksloven har nærmere bestemmelser om hvorledes de ansattes skal utøve sin medbestemmelsesrett på arbeidsplassen. Etter §§ 22 og 23 har de ansatte i henholdsvis helseregionen og helseforetakene på visse vilkår rett til å velge medlemmer til foretakets styre blant de ansatte. De styremedlemmene som er valgt av og blant de ansatte, har samme rettigheter og plikter som de styremedlemmene som er valgt av eier. Det gjelder unntak for saker der det er konflikt mellom arbeidsgiver og arbeidstakerne. I vedtektene er det en bestemmelse om at styremedlemmer valgt av og blant de ansatte ikke deltar i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

Etter departementets vurdering burde en slik vedtektsbestemmelse være forankret i lov. Det foreslås derfor at det fastsettes i helseforetaksloven §§ 22 og 23 at det kan fastsettes i foretakenes vedtekter at styremedlemmer valgt av og blant de ansatte ikke deltar i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

#### **4.14 Telefonmøter**

Etter helseforetaksloven § 18 er det eier som innkaller til foretaksmøte og som bestemmer innkallingsmåten. Bestemmelsen sier imidlertid ikke noe om i hvilken form foretaksmøte skal holdes.

Selv om det forutsettes at normalordningen er møter der de som har rett til å være til stede er fysisk til stede, kan det foreligge konkrete behov for å avholde foretaksmøtene på annen måte, for eksempel som video- eller telefonmøte - når praktiske grunner tilsier dette. Slike praktiske grunn kan være at det i en sak haster med å treffe beslutning eller at det er vanskelig innen rimelig tid å samle de som skal være til stede i møtet på ett sted.

Departementet foreslår at det lovfestes at foretaksmøte kan holdes som video- eller telefonmøte.

## **5 Forslag til endring i pasientrettighetsloven**

Fra 1. januar 2012 er tittelen på denne loven: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

Da loven trådte i kraft i 2001, omfattet retten til fritt sykehusvalg kun offentlige sykehus, herunder poliklinikker som er administrativt knyttet til sykehus, og distriktpspsykiatriske sentre. Begrepet "offentlig sykehus" omfattet også privat eide sykehus som var omfattet av regionale helseplaner. Det vil si sykehus som inngikk i det offentlige tjenestetilbudet og var med på å oppfylle fylkeskommunenes ansvar for å sørge for sykehus-tjeneste til befolkningen. Det dreide seg i hovedsak om relativt store, private institusjoner som var eid av ideelle organisasjoner og som hadde bidratt med helsetjenester til befolkningen til dels langt bakover i tid.

De øvrige private sykehusene, de såkalte kommersielle virksomhetene, som blir drevet med sikte på at driften skal gå med overskudd til fordel for eierne, var opprinnelig ikke omfattet av ordningen med fritt sykehusvalg. De ble innlemmet i ordningen i 2004. Dermed fikk pasienter rett til å velge mellom å bli behandlet på et offentlig eller privat sykehus for det offentliges regning. Forutsetningen for at pasienten skal kunne velge det private sykehuset, er at det har avtale med et regionalt helseforetak. Senere er også institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk blitt innlemmet i ordningen. I den gjeldende bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-4 første ledd annet punktum er ordlyden som følger:

"Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett."

Bestemmelsene skiller ikke lenger mellom disse to gruppene private sykehus. Det vil si at alle privat eide institusjoner må ha avtale med regionalt helseforetak for å kunne gjøres til gjenstand for pasientens frie sykehusvalg. I og med at man ikke vet på forhånd hvor mange pasienter som vil velge vedkommende private institusjon, blir det inngått rammeavtaler.

For å sikre at pasientene får rett til å velge alle de aktuelle institusjonene uansett i hvilken helseregion pasienten bor, krever ikke pasientrettighetsloven § 2-4 at den private institusjonen har avtale med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. Det er tilstrekkelig at den private institusjonen har avtale med ett av de regionale helseforetakene. Departementet har erfart at det er en del uklarhet om hvorledes bestemmelsen er å forstå på dette punktet og foreslår at dette klargjøres bedre i lovteksten.

I tillegg til de tjenestene som de private institusjonene yter på grunnlag av pasientenes valgrett, vil de regionale helseforetakene i en del situasjoner ha et særskilt behov for å kunne kjøpe spesialisthelsetjenester fra private institusjoner. Det kan for eksempel oppstå akutt behov for behandling som ikke omfattes av det regionale helseforetakets rammeavtaler. En eller flere pasienter kan få behov for raskere behandling enn forutsatt. Eller behandlingsfristen etter pasientrettighetsloven § 2-1 er i ferd med å gå ut for en eller flere pasienter. I slike tilfeller kan situasjonen være at behandlingen må forbeholdes konkrete pasienter.

Dersom enhver avtale et regionalt helseforetak inngår med private institusjoner skulle være åpne for fritt sykehusvalg, ville det kunne hindre at vanskelige situasjoner løses ved såkalte "spot kjøp". For å sikre at muligheten for kjøpsavtaler som ikke gir rett til fritt sykehusvalg fortsatt skulle være til stede, ble det tatt inn en særskilt forutsetning for pasienters rett til fritt sykehusvalg i pasientrettighetsloven § 2-4. Bestemmelsen krever at det fremgår uttrykkelig av avtalen med den private institusjonen at avtalen gir rett til fritt sykehusvalg, se understrekningen:

"Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett."

Departementet har erfart at den delen av formuleringen av bestemmelsen som er understreket over, har vært vanskelig å forstå. Dette har medført at det er inngått avtaler som ikke eksplisitt nevner retten til fritt sykehusvalg og at en del pasienter dermed kan ha mistet retten til fritt å velge privat institusjon.

For å sikre pasienters rett til å benytte fritt sykehusvalg i samsvar med forutsetningen i pasientrettighetsloven § 2-4, foreslår departementet at dette forbeholdet oppheves og at bestemmelsen kun inneholder et krav om at institusjoner må ha rammeavtale med regionalt helseforetak for å være innlemmet i ordningen med fritt sykehusvalg.

## **6 Økonomiske og administrative konsekvenser**

Helseforetaksloven er en lov om en statlig tilknytningsform og gir ikke pasienter eller andre materielle rettigheter. Endringene pålegger heller ikke foretakene eller andre



oppgaver som de ikke løser i dag. Forslagene får ikke vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser.

## **7 Merknader til de enkelte bestemmelsene i forslaget til lovendringer**

### **7.1 Merknader til forslaget til endringer i helseforetaksloven**

Merknad til ny § 2 a:

Første ledd klargjør hvilken rolle de regionale helseforetakene har i helseforetaksmodellen, at de sørger for regional iverksettelse av eierens, statens, helsepolitikk. Det fremgår at regionale helseforetaks rolle er av overordnet karakter. De har ikke som oppgave å yte spesialisthelsetjenester. Det fremgår av § 9 at det er helseforetakenes rolle.

Annet ledd viser at de regionale helseforetakenes overordete rolle omfatter et helhetlig ansvar for er å planlegge iverksettelsen av helsepolitikken innenfor sitt ansvarsområde og at de skal gjøre det gjennom å eie, organisere og styre helseforetakene, herunder samordne og prioritere mellom virksomhetene. Det sektoransvaret som er pålagt de regionale helseforetakene fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

Annet punktum i annet ledd synliggjør at de regionale helseforetakenes ansvar ikke bare består av å styre de helseforetakene de eier, men at det totalansvaret de har for å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester, også omfatter å velge om de kun skal sørge for tjenestene gjennom helseforetakenes virksomhet eller om de også skal inngå avtale med andre offentlige eller private virksomheter. Denne bestemmelsen pålegger ikke regionale helseforetak å inngå avtaler med andre offentlige eller private virksomheter. Den viser kun at det inngår i regionale helseforetaks ansvar å foreta denne vurderingen når den foretar den overordede planleggingen av spesialisthelsetjenesten.

Merknad til § 2 tredje ledd:

Endringen i tredje ledd definerer helseforetak til virksomhet som kan eiers av flere eiere, det vil si flere regionale helseforetak eller helseforetak. Dersom helseforetak har flere eiere, kan ingen av eierne være kommuner eller private.

Merknad til § 10 nr. 7:

Endringen i nummer 7 i § 10 fastslår at eiers, statens, bestemmelser om et regionalt helseforetaks adgang til å ta opp lån, skal fremgå av vedtektene og er en konsekvens av endringen av § 33.

Merknad til § 11 nr. 8:

Endringen i nummer 8 i § 11 fastslår at eiers, det regionale helseforetakets, bestemmelser om et helseforetaks adgang til å ta opp lån, skal fremgå av vedtektene og er en konsekvens av endringen av § 33.

Merknad til § 16:

Bestemmelsen fastsetter den formelle rammen for departementets eierstyring av de regionale helseforetakene og de regionale helseforetakenes eierstyring av helseforetakene. Tilføyselsen av et nytt annet ledd fastsetter at det ikke er nødvendig å avholde ett foretaksmøte for hvert foretak, verken for regionale helseforetak eller helseforetak.

Endringen av tredje ledd medfører at også regionale helseforetak, som eier, kan sette vilkår for tildeling av midler til helseforetak uten å fastsette vilkårene i foretaksmøte. Det vil i praksis si at tildelingen kan skje ved skriftlig beslutning gjennom et oppdragsdokument.

Nytt fjerde ledd fastsetter at departementet ved årets begynnelse, i tillegg til de vilkår som settes i oppdragsdokumentet, skal fastsette resultatkrav til regionale helseforetak, både økonomiske og organisatoriske krav, og at det skal skje i foretaksmøte.

Merknad til ny § 16 a:

Bestemmelsen fastslår at departementet skal følge opp foretakene ved løpende rapporteringsmøter, særlig på økonomi, men også på aktivitet, ventetid og kvalitet. Bestemmelsen gir ikke departementet anledning til å foreta styring av foretakene gjennom disse møtene, kun motta informasjon om oppfølgingen av krav stilt i oppdragsdokument og foretaksmøter. Bestemmelsen synliggjør departementets ansvar for å holde seg orientert om virksomheten i foretakene. Dersom informasjonen som innhentes tilsier at departementet gir foretakene pålegg eller instruksjon, må dette skje i foretaksmøte.

Merknad til § 18 nytt tredje ledd:

Tredje ledd klargjør at det er anledning til å holde foretaksmøte uten at de som skal være til stede er samlet i samme rom.

Merknad til § 19 nytt første ledd:

Endringen synliggjør at foretaksmøte er eiers beslutningsorgan.

Merknad til § 21 første ledd:

Ved vedtagelsen av lov 19. desember 2003 nr. 120 om endringer i lov 13. juni 1997 nr. 44 om aksjeselskaper, lov 13. juni 1997 nr. 45 om allmennaksjeselskaper og i enkelte andre lover (likestilling i styrer i statsaksjeselskaper, statsforetak, allmennaksjeselskaper

mv.) ble det tilføyd en bestemmelse i helseforetaksloven § 21 første ledd om at reglene i aksjeloven § 20-6 om representasjon av begge kjønn i styret også skal gjelde for styret i helseforetak. Ved en feiltakelse ble bestemmelsen plassert som nytt annet punktum i første ledd i stedet for som tredje punktum. Endringen av rekkefølgen mellom punktumene har ingen innholdsmessig betydning.

Merknad til ny § 21 a:

Etter § 21 annet ledd har styret i regionalt helseforetak en overordnet tilsynsplikt innenfor egen virksomhet og etter tredje ledd har styret tilsynsplikter overfor de helseforetakene det regionale helseforetaket eier. Pålegget i første ledd i ny § 21 a om at styret skal opprette en arbeidsgruppe, en komite for internrevisjon, skal styrke tilsynsarbeidet. Alle styremedlemmene kan velges til revisjonskomiteen, men det skal velges minst en mann og minst en kvinne. Kravet om at minst ett medlem av styrets revisjonskomite skal ha kunnskap om regnskap eller forvaltningsrevisjon, medfører at minst ett medlem av styret i regionalt helseforetak må ha slik kunnskap.

Annet ledd fastsetter at styrets revisjonskomite skal arbeide innenfor rammen av styrets samlede tilsynsansvar.

Etter tredje ledd skal revisjonskomiteens arbeid også omfatte de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier og i praksis er det her hovedtyngden av arbeidet vil ligge.

Merknad til § 22 annet ledd annet punktum:

Bestemmelsen er en kodifisering av gjeldende rett og gir eier samme adgang som etter dagens vedtekter til å fastsette begrensninger for deltagelse i styremøter.

Merknad til § 25 nytt tredje ledd:

Bestemmelsen fastslår at det holdes nytt valg på alle styremedlemmer etter omdanning av foretak. Dersom to foretak slås sammen, skal det holdes valg av styremedlemmer for det nye sammenslåtte foretaket. Dersom et foretak deles, skal det holdes nytt valg i begge eller alle de nye foretakene.

Merknad til ny § 26 a:

Bestemmelsen i første ledd om åpne styremøter gjelder når styret behandler saker i egenskap av å være styre for regionalt helseforetak eller helseforetak, og gjelder ikke når eier utøver myndighet i foretaksmøter. I bestemmelsen fastslås hovedregelen om møteoffentlighet i regionale helseforetak og helseforetak. At møter holdes for åpne dører, innebærer at alle som ønsker det, kan være til stede og overhøre møtene, men uten tale-, forslags- eller stemmerett. Det er også alminnelig adgang til å referere fra åpne møter. Lovens regel om åpne styremøter viker for

lovbestemt taushetsplikt. Hvis det foreligger lovbestemt taushetsplikt, betyr det at styret ikke bare har en rett, men også en plikt, til å holde møtet for lukkede dører.

Bestemmelsen i annet ledd fastsetter at det er styret selv som treffer vedtak om å lukke hele eller deler av møtet. At styret vedtar om hele eller deler av møtet skal lukkes, betyr ikke at man står fritt med hensyn til behandlingen av en anmodning om lukking. Det alminnelige utgangspunkt er at når et styremedlem ber om at diskusjonen om hvorvidt dørene skal lukkes, skjer for lukkede dører, skal dette ønsket imøtekommes. Det skal alltid foretas en konkret vurdering av om det foreligger et reelt og saklig behov for å lukke hele eller deler av styremøtet. At dørene er lukket, innebærer at bare de som har oppgaver i forbindelse med behandlingen av den aktuelle sak, har adgang. Dette betyr at det i tillegg til styremedlemmer eller varamedlemmer, er adgang til å tillate at for eksempel ansatte i administrasjonen i foretaket, som har oppgaver i forbindelse med fremlegging eller iverksetting av den aktuelle sak, kan være til stede. Det vil ikke være anledning til å la utenforstående overvære eller ta del i lukkede deler av styremøtene. Hvis styret ønsker at bestemte personer eller grupper skal få legge frem sitt syn på spørsmål knyttet til den aktuelle saken, kan dette skje i forkant av eller i etterkant av selve møtet.

Etter bestemmelsen i annet ledd nr. 1 kan hensynet til personvern gå lengre enn reglene om lovbestemt taushetsplikt krever. Det kan for eksempel være behov for å lukke dørene i saker hvor det er nærliggende å anta at det vil bli ført en nærgående debatt om enkeltpersoners egenskaper og bakgrunn, for eksempel når styret i regionalt helseforetak vurderer kandidaters personlige egnethet i forbindelse med styreutnevnelser til underliggende helseforetak. Med personalsaker menes saker om tilsetting, permisjon, oppsigelse og avskjed og andre spørsmål som angår enkeltpersoners tjenestemessige forhold, for eksempel medarbeidersamtaler styret holder med daglig leder i foretaket. Andre saker om organisasjonsmessige forhold eller saksbehandlingsrutiner faller utenfor denne rammen. Det samme gjelder kritikk av enkeltpersoners tjenestemessige forhold når dette inngår som en del av behandlingen av en annen sak.

Med "foreberedende stadium i saksbehandlingen" annet ledd nr. 2 menes at saken er på et tidlig og lite gjennomarbeidet stadium i saksbehandlingen, for eksempel når administrasjonen gjennomfører forberedende faser med blant annet faglige, juridiske og økonomiske utredninger og vurderinger. Dersom saksbehandlingen har kommet så langt at styret skal realitetsvurdere eller ferdigbehandle saken i styremøtet, vil saken ikke være på et forberedende stadium.

Bestemmelsen i annet ledd nr. 3 verner om foretakets interesser som part i aktuelle saker for domstolen. Bestemmelsen gjelder ikke når foretaket er involvert i saker for domstolen på annen måte enn som part.

Bestemmelsen i annet ledd nr. 4 verner om den strategiske stillingen til foretaket i lønnsforhandlinger. Det er et vilkår at den strategiske stillingen til foretaket kan svekkes i aktuelle eller fremtidige saker. Bestemmelsen omfatter ikke opplysninger om hvilken lønn medarbeideren faktisk har.

Bestemmelsen i annet ledd nr. 5 gjelder uavhengig av hvilken konkurranseform som er blitt benyttet. Bestemmelsen er avgrenset i tid og gjelder derfor bare frem til valget av leverandør er gjort, som er et tidligere tidspunkt enn tidspunktet for undertegning av kontrakten.

Etter bestemmelsen i tredje ledd må styret må vurdere konkret om det foreligger et reelt og saklig behov for å lukke hele eller deler av møtet på møtetidspunktet. Dersom det er vurdert å være et reelt og saklig behov for dette før tidspunktet for møtet, men behovet for å lukke møtet er bortfalt på møtetidspunktet, skal saken(e) behandles for åpne dører.

Merknad til § 30:

De seks nummererte eksemplene som er tatt inn i første ledd klargjør, men endrer ikke, det materielle innholdet i bestemmelsen.

Annet ledd er det tidligere siste punktum i første ledd og kun en teknisk endring.

Annet ledd er blitt tredje ledd. Endringene i teksten er av språklig, ikke innholdsmessig karakter.

Merknad til § 33 første ledd:

Endringen i første ledd annet punktum medfører at eiers vilkår for at foretaket skal få adgang til å ta opp lån, skal fremgå av vedtektene.

Merknad til § 37 fjerde ledd:

Endringen i fjerde ledd er en oppretting av en skrivefeil i ordet samsvar.

Merknad til ny § 37 a:

I første ledd pålegges regionale helseforetak å ansette internrevisjon som skal utføre det praktiske arbeidet med de tilsynsoppgavene som styret og daglig leder er pålagt i lov, forskrift, vedtekter og instruks, herunder i helseforetaksloven §§ 28, 29 og 37. Den interne revisjonen skal drive forvaltningsrevisjon. Den interne revisjonen kan rapportere direkte til styret.

Annet ledd fastsetter at internrevisjonen skal arbeide innenfor rammen av styrets og daglig leders samlede tilsynsansvar.

Etter tredje ledd skal internrevisjonens arbeid også omfatte de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier og i praksis er det her hovedtyngden av arbeidet vil ligge.

Fjerde ledd slår fast at internrevisjonen kan kreve innsyn i helseforetakenes virksomhet og i alle opplysninger den trenger for å utføre de revisjonsoppgavene den er pålagt i loven, av styre og av daglig leder. Innsynsretten er begrenset av et nødvendighetskrav.

Merknad til § 41 første ledd annet punktum:

Bestemmelsen i første ledd annet punktum pålegger både regionale helseforetak og helseforetak en plikt til samhandling med andre virksomheter.

Merknad til § 42:

I første ledd annet punktum er det tatt inn en presisering av at virksomhet som eies av ett eller flere foretak og som yter spesialisthelsetjeneste, må organiseres som helseforetak.

I annet ledd annet punktum er det tatt inn et unntak fra kravet om organisering som helseforetak i første ledd, for virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste og som eies av flere foretak. Det vil si flere regionale helseforetak eller helseforetak eller både regionale helseforetak og helseforetak. Slike flereide virksomheter kan også, som i dag, organiseres som ansvarlig selskap.

Merknad til § 50:

Endring i første og fjerde ledd klargjør utrykkelig at bestemmelsen regulerer omorganisering, omdanning, av all offentlig eid virksomhet til regionale helseforetak og helseforetak.

I tredje ledd er henvisningen til rettsgebyrloven § 24 tatt ut fordi § 24 er blitt opphevet.

Endringen i siste ledd er en språklig klargjøring og medfører ingen materiell endring.

## **7.2 Merknader til forslaget til endringer i pasientrettighetsloven**

(fra 1. januar 2012 lyder tittelen på denne loven: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven))

Merknad til § 2-4 første ledd annet og tredje punktum:

Endringene i § 2-4 første ledd endrer ikke pasientenes rett til fritt sykehusvalg eller virksomhetenes plikt til å innfri rettigheten. Endringen i tredje punktum stiller krav til formuleringen av avtalen mellom regionalt helseforetak og privatvirksomhet slik

at det skal fremgå klarere av avtalen at pasientene har lik rett til fritt sykehusvalg uansett hvor i landet de bor.

### **7.3 Merknader til forslaget til endringer i helsepersonelloven**

Merknad til § 26 første og tredje ledd:

Av endringen i første ledd fremgår at helsepersonell har rett og plikt til å gi fra seg opplysninger som er underlagt taushetsplikt, til administrasjonen i regionale helseforetak, herunder til internrevisjonen. Denne bestemmelsen er nødvendig for at internrevisjonen skal få nødvendig innsyn i samsvar med bestemmelsen i § 37 a fjerde ledd.

Endringen i tredje ledd er en konsekvens av utvidelsen av personkretsen i første ledd.

**Forslag**  
**til endring i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m.**  
**(helseforetaksloven)**

Ny § 2 a skal lyde:

*§ 2 a Regionale helseforetaks ansvar og oppgaver*

*Regionale helseforetak har overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen.*

*Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. I forbindelse med langsiktig planlegging skal regionale helseforetak vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom inngåelse av avtale med private eller offentlige virksomheter de ikke eier.*

§ 2 tredje ledd første punktum skal lyde:

Helseforetak er virksomhet som eies av ett eller flere *regionale helseforetak eller helseforetak* og som er opprettet i medhold av § 9.

§ 10 nr. 7 skal lyde:

*bestemmelser om låneopptak, jf. § 33,*

§ 11 nr. 8 skal lyde:

*bestemmelser om låneopptak, jf. § 33,*

§ 16 skal lyde:

*§ 16 Eierstyring. Foretaksmøtets myndighet mv.*

Eieren utøver den øverste myndighet i foretaket i foretaksmøtet. Eieren kan ikke utøve eierstyring i foretaket utenom foretaksmøtet.

*Eier kan avholde felles foretaksmøter for to eller flere av foretakene sine.*

*Eier kan utenfor foretaksmøte tildele foretak bevilgning og sette vilkår for tildelingen.*



Departementet skal årlig avholde foretaksmøte i løpet av årets to første måneder for å fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer til regionalt helseforetak.

Ny § 16 a skal lyde:

§ 16 a *Departementets innhenting av opplysninger fra regionale helseforetak*

Departementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet og føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med de krav departementet har stilt i foretaksmøte og de vilkår som er satt for tildeling av bevilgning. Departementet skal innhente skriftlige opplysninger fra regionale helseforetak og avholde rapporteringsmøter. Rapporteringsmøte kan holdes utenom foretaksmøte.

§ 18 nytt tredje ledd skal lyde:

*Eieren kan bestemme at foretaksmøtet holdes som video- eller telefonmøte.*

Tredje ledd blir nytt fjerde ledd.

§ 19 nytt første ledd skal lyde:

*Foretaksmøtet ledes av eieren. Eieren kan overlate til styrets leder å lede foretaksmøtet.*

§ 21 første ledd skal lyde:

Styret skal ha minst fem medlemmer. *I helseforetak skal styret ha minst syv medlemmer når de ansatte har representasjon i henhold til § 23 annet ledd. Reglene i aksjeloven § 20-6 om representasjon av begge kjønn i styret gjelder tilsvarende.*

Ny § 21 a skal lyde:

§ 21 a *Styrets revisjonskomite*

Styret i regionalt helseforetak velger blant sine medlemmer minst tre personer til styrets revisjonskomite. Begge kjønn skal være representert. Styreleder kan ikke velges. Minst ett av medlemmene skal ha kunnskap om regnskap eller revisjon.

Styrets revisjonskomite skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med lovverket, eiers pålegg, fastsatte mål og vedtatte planer og budsjetter.

Tilsynet skal også omfatte helseforetakene som det regionale helseforetaket eier og virksomheter det har inngått avtale med.

§ 22 annet ledd annet punktum skal lyde:

*I vedtektene kan det fastsettes at de av styrets medlemmer som er valgt etter første ledd ikke deltar i behandlingen av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.*

§ 25 nytt tredje ledd skal lyde:

Når foretak omdannes eller omorganiseres, skal det foretas nytt valg av styremedlemmer. Dette gjelder også styremedlemmer som er valgt etter §§ 22 eller 23.

Ny § 26 a skal lyde:

#### *§ 26 a Åpne styremøter*

*Styremøter i foretak skal holdes for åpne dører hvis ikke annet følger av lovbestemt taushetsplikt eller vedtak etter annet ledd.*

*Dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret vedta å behandle en sak for lukkede dører av hensyn til:*

- 1. personvernet. Personalsaker skal alltid behandles for lukkede dører*
- 2. orientering om sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket*
- 3. foretakets partsstilling i rettsak for norsk domstol*
- 4. foretakets posisjon i lønnsforhandlinger når den strategiske stillingen til foretaket kan svekkes i aktuelle eller fremtidige saker*
- 5. tilbud etter regelverket om offentlige anskaffelser til valget av leverandør er gjort*

*Vurdering av en eventuell lukking av deler av møtet skal gjøres på møtetidspunktet.*

§ 30 skal lyde:

#### *§ 30 Saker av vesentlig betydning*

Foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder vedtak i andre saker som antas å ha

prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger, som:

1. vedtak som kan endre virksomhetens karakter
2. vedtak om nedleggelse av sykehus
3. omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen
4. omfattende endringer i tjenestetilbudet
5. vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen
6. vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak

Hvilke saker foretaksmøtet i regionalt helseforetak skal fatte vedtak i etter denne bestemmelsen, kan det fastsettes nærmere bestemmelser om i vedtektene.

*Saker som nevnt i første og annet ledd, skal forelegges departementet av styret i det regionale helseforetaket.*

§ 33 første ledd skal lyde:

Foretak kan ikke ta opp lån med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene at det skal ha slik adgang. *Nærmere bestemmelser om låneopptak fastsettes i vedtektene.*

§ 37 fjerde ledd skal lyde:

Daglig leder skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger er i samsvar med lov og forskrifter og at formuesforvaltningen er ordnet på betryggende måte.

Ny § 37 a skal lyde:

§ 37 a *Internrevisjon*

For å utføre pålagt tilsyn og revisjon tilsetter regionale helseforetak intern revisjon. Internrevisjonen skal rapportere til styret og til daglig leder.

Internrevisjonen skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med lovverket, eiers pålegg, fastsatte mål og vedtatte planer og budsjetter.

Tilsynet skal også omfatte helseforetakene som det regionale helseforetaket eier og virksomheter det har inngått avtale med.

Intern revisjonen kan, uten hinder av taushetsplikt, kreve enhver opplysning, redegjørelse eller ethvert dokument og foreta de undersøkelser som den finner nødvendig for å gjennomføre oppgavene.

§ 41 første ledd annet punktum skal lyde:

Foretaket *skal* også samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger foretaket skal ivareta.

§ 42 første og annet ledd skal lyde:

Foretak kan ikke eie hele eller deler av virksomhet som yter spesialisthelsetjenester og som er organisert med begrenset ansvar. *Virksomhet som yter spesialisthelsetjenester skal organiseres som helseforetak.*

Foretak kan ikke eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med andre enn foretak. Dersom flere foretak eier virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen, *skal virksomheten organiseres som helseforetak eller som ansvarlig selskap i medhold av selskapsloven.*

§ 50 skal lyde:

§ 50 Omdanning

Fylkeskommunal, *kommunal* og statlig virksomhet eller del av slik virksomhet kan overføres til regionalt helseforetak eller helseforetak ved at eiendeler, rettigheter, herunder offentlige tillatelser, og forpliktelser som er knyttet til virksomheten, overføres som en helhet til foretaket.

Overføring til foretaket av forpliktelser knyttet til fylkeskommunen, *kommunen* og staten har frigjørende virkning for denne. Fordringshavere og andre rettighetshavere kan ikke motsette seg overføringen eller gjøre gjeldende at overføringen utgjør en bortfallsgrunn for rettsforholdet.

Det skal ikke betales dokumentavgift etter § 6 i lov 12. desember 1975 nr. 59 om dokumentavgift, omregistreringsavgift etter § 1 i lov 19. juni 1959 nr. 2 om avgifter vedrørende kjøretøy og båter eller rettsgebyr etter § 21 i lov 17. desember 1982 nr. 86 om rettsgebyr i forbindelse med omdanninger i medhold av denne bestemmelsen.

Det som er bestemt i paragrafen her, gjelder tilsvarende ved overføring av virksomhet til foretak etter loven her fra heleid fylkeskommunalt, *kommunalt* og statlig selskap eller foretak.

Bestemmelsene i paragrafen her gjelder også ved overføring av virksomhet *mellom foretak* etter loven her. Forrige punktum medfører ingen begrensninger i ansvaret etter § 7.

**Forslag**  
**til endring i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter**  
**(pasientrettighetsloven)**

(fra 1. januar 2012 lyder tittelen på denne loven: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven))

§ 2-4 første ledd annet og tredje punktum skal lyde:

Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har *avtale* med et regionalt helseforetak. *Det skal fremgå av avtalen at den gir pasienter fra alle helseregioner lik rett til å velge at behandlingen skal foretas på institusjonen.*

**Forslag**  
**til endring i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.**  
**(helsepersonelloven)**

§ 26 første og tredje ledd skal lyde:

Den som yter helsehjelp, skal gi opplysninger til virksomhetens ledelse og til *daglig leder og internrevisjonen i regionalt helseforetak* når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.

Reglene om taushetsplikt gjelder *tilsvarende for personell som nevnt i første ledd.*