

# Utkast til høringsvar til HOD – forslag til endringer i helseforetaksloven

## 1. Innledning

Det vises til høringsnotat av desember 2011 samt brev av 22.12.2011 der frist for å inngi kommentarer blir satt til 20.03.2012. Fristen er i ettertid pr e-post fra departementets Lise Forfang etter henvendelse fra Helse Sør-Øst RHF utsatt til 2. april 2012, slik at de regionale helseforetakene skal få mulighet til å koordinere sine synspunkter.

## 2. Selskapsorganisering / Organisatoriske valgmuligheter

### - Kommentarer til § 2 tredje ledd og § 42

#### 2.1 Generelt

Selskapsformen helseforetak er særlig tilpasset offentlig spesialisthelsetjeneste. Regelverket markerer tydelig at det er del av den offentlige forvaltning og med sterkere grad av demokratisk styring og kontroll enn andre selskapsformer. Helseforetak kan ikke gå konkurs. Eier er fullt ut økonomisk ansvarlig for virksomheten.

#### 2.2 Organisering av virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste

Lovforslaget åpner for at ett helseforetak kan eies av flere enn ett regionalt helseforetak eller helseforetak, slik at man ved organisering av fellesvirksomheter som yter spesialisthelsetjeneste får valgmulighet mht organisasjonsform mellom ansvarlig selskap som i dag og helseforetak. Felles organisatorisk løsning av nasjonale oppgaver som de regionale helseforetakene enten blir pålagt, eller velger å løse innenfor felles virksomhet, i stedet for hver for seg, gir større fleksibilitet og muligheter for mer hensiktsmessige og effektive løsninger av oppgaver som krever løsninger på tvers av regionene. En adgang til å bruke organisasjonsformen helseforetak for felles nasjonale selskaper som i dag er organisert i ansvarlig selskaps form (ANS), eksempelvis Pasientreiser og Luftambulansen kan bidra til å forsterke og tydeliggjøre at slike virksomheter er del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, og sikre at disse virksomhetene underlegges samme rammevilkår og regelverk som den øvrige del av spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF vurderer forslaget som en hensiktsmessig utvikling av helseforetaksmodellen, som kan bidra til å legge til rette for økt fellesorganisering på nasjonalt nivå, og støtter forslaget.

#### 2.3 Organisering av virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste

Høringsnotatet drøfter hvorvidt det bør åpnes for at også virksomheter som ikke yter medisinske tjenester, - men som er nødvendige og sentrale forutsetninger for utøvelse av spesialisthelsetjenesten, - skal kunne organiseres i helseforetak i stedet for selskap med begrenset ansvar. Det foreslås imidlertid ikke noen lovendring på dette punktet.

Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at det er behov for mer fleksible organisatoriske løsninger også på dette området. Det vil blant annet gi mulighet for mer hensiktsmessige organisatoriske løsninger av nasjonale oppgaver, og øvrige oppgaver som med fordel kan løses på tvers av regionene.

Organisering av virksomhet som yter ikke-medisinske tjenester som helseforetak, vil etter vårt syn legge til rette for hensiktsmessig fellesorganisering.

Hvorvidt en virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste skal organiseres som aksjeselskap eller HF, bør etter vårt syn være valgfritt, både for at foretak ikke skal måtte omorganisere virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste og som i dag er organisert i aksjeselskap, og fordi det kan tenkes at formålet med selskapsorganiseringen i enkelte tilfeller kan tilsi at det bør organiseres som et aksjeselskap. Slik regelverket er i dag, har de regionale helseforetakene i noen tilfeller valgt å legge støttetjenester som man av ulike grunner ikke ønsker å legge ut i eget aksjeselskap, i egne avdelinger i RHFene. Dette er en løsning som av flere grunner ikke anses optimal, og der eget helseforetak kunne vært en alternativ organisasjonsform.

Ved å organisere slik virksomhet som helseforetak tydeliggjøres posisjonen som intern leverandør i forhold til regelverket om offentlige anskaffelser og statsstøtte, samt at virksomheten ikke er en aktør i konkurranse med private.

### 2.3.1 Styresammensetning i helseforetak

Innledningsvis vil vi gjøre oppmerksom på at det i høringsnotat bl.a. på side 22 fremkommer at «...*eieroppnevnte styremedlemmer nå velges av og blant folkevalgte i kommuner og fylkeskommuner...*». I henhold til helseforetaksloven velges styremedlemmene **av** foretaksmøte og ikke av de folkevalgte.

Ved organisering av virksomhet som helseforetak foreligger det eierbeslutning om at styret skal inneha politisk representasjon. Kravene ble innført i 2006 og innebærer at en del av styret skal velges blant nåværende og tidligere folkevalgte i kommuner og fylkeskommuner. Bakgrunnen for kravet om politisk representasjon er at helse er et viktig velferdsgode som må underlegges demokratisk kontroll og forvaltning.

Ved organisering av virksomhet som driver ikke medisinske tjenester – mao tjenester og virksomhet som ikke er "sentrale velferdsgoder" - er de demokratiske hensynene som ligger til grunn for innføringen av kravet til politisk representasjon i styret, etter vårt syn mindre fremtredende. Hensynene bak forvaltningen av ulike verdier og goder bør derfor komme til uttrykk gjennom styresammensetningen. Virksomhet som driver ikke-medisinske tjenester, f. eks IKT-tjenester, vil ha mer karakter av å være tjenesteleverandør til "de egentlige helseforetakene" og vil ha større behov for styrer med kompetanse på den sektoren virksomheten driver.

Dersom det åpnes for etablering av helseforetak som ikke driver spesialisthelsetjeneste, bør det således samtidig gjøres unntak fra eierkravene fra 2006 mht politisk representasjon i styrene for slike helseforetak. For slik virksomhet foreslår Helse Sør-Øst RHF derfor at styremedlemmer oppnevnes etter de samme prinsippene som for aksjelovene.

## **2.4 Merverdiavgift**

Muligheten for nasjonal organisering og felles løsninger på tvers av regionene er vektlagt i høringsnotatet. Organisering er imidlertid et spørsmål som ikke kan ses isolert, da det også har en avgifts-side. Hvert enkelt regionale helseforetak med underliggende helseforetak er i dag registrert som ett avgiftssubjekt, dvs at det ikke beregnes mva ved omsetning mellom foretak som er del av samme avgiftssubjekt.

Ved organisering av virksomheter nasjonalt, vil det imidlertid som hovedregel måtte beregnes mva forutsatt at de aktuelle tjenestene er mva-belagte. Fellesorganisering på nasjonal basis kan altså ha en økonomisk konsekvens i form av at tjenestene som tidligere produseres internt dermed blir avgiftsbelagte, og slik at merverdiavgiften blir en ekstra kostnad som påløper.

Helse Sør-Øst RHF vil oppfordre til at Helse- og omsorgsdepartementet tar initiativ til at regelverket for mva blir gjennomgått og tilpasset behovene som oppstår ved nasjonal organisering av ulike fellestjenester i helsesektoren.

## **2.5 Samhandlingsreformen**

Helse Sør-Øst RHF savner en nærmere vurdering av muligheten for å etablere felles eierskap til virksomhet sammen med kommuner. For å oppnå samhandling om felles oppgaver, er det etter vår oppfatning hensiktsmessig at det åpnes for å organisere samhandlingstiltak i egne rettssubjekter. Slik organisering vil f eks redusere utfordringer knyttet til ansvarsforhold, tilgang til journal og instruksjonsmyndighet.

Ingen av de særlige selskapsformene som er utviklet med tanke på offentlige eierskap i dag, åpner for at kommuner og helseforetak kan eie virksomhet sammen, som yter både spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester.

## **3. De regionale helseforetakene – Oppgaver og ansvar - Kommentarer til § 2a og § 30**

Forslaget til ny § 2a om de regionale helseforetakenes ansvar og oppgaver, innebærer en tydeliggjøring av de regionale helseforetakenes ansvar og rolle, noe som anses positiv. Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at det er behov for samordning og standardisering, og slik bestemmelsen er utformet, favner ordlyden etter Helse Sør-Øst RHF sine syn dette konsernstyringsansvaret og de konsernoppgaver som de regionale helseforetakene bærer.

Formuleringen i lovteksten er imidlertid etter vårt syn ikke fulgt opp med tilsvarende beskrivelse i høringsnotatet. Understrekingen av helseforetakenes status som egne rettssubjekter uten at de regionale samordningsoppgaver, som naturlig reduserer underliggende helseforetaks selvstendighet er beskrevet, utdyper etter vårt syn de regionale helseforetakenes ansvar og oppgaver. Det oppfordres således til at forslaget til § 2a presiseres gjennom en tydeligere beskrivelse av de regionale helseforetakenes "konsernstyringsrolle" i forarbeidene til bestemmelsen.

Helseforetaksloven § 30 foreslås utvidet med en lovfesting av enkelte eksempler for når saker må forelegges foretaksrådet for det regionale helseforetaket. I dag er dette regulert i foretakenes vedtekter. Helse Sør-Øst RHF er av den oppfatning at dagens regulering og praksis er en langt bedre og mer fleksibel løsning enn lovfesting av eksemplene. Det vises til at det uansett er departementet som har "fortolkningskompetansen" mht hvilke saker man ønsker seg forelagt etter § 30. Dette kan også endre seg over tid idet saker som i dag anses som relevante og viktige for den politiske styringen, over tid muligens ikke er det.

Helse Sør-Øst RHF er også av den oppfatning at forslaget til ny § 30, første ledd nr 5 og 6, "vedtak om antallet helseforetak i helseregionen" og "vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak" fremstår som innskrenking av de regionale helseforetakenes kompetanse i forhold til dagens praksis.

Dersom forslaget om at foretaksrådet for det regionale helseforetaket skal vedta antallet helseforetak i regionen, vedtas, bør sammenhengen til lovens § 9 klargjøres. Slik bestemmelsen er utformet i dag, gir den etter sin ordlyd styret i det regionale helseforetaket formell vedtakskompetanse til å etablere helseforetak, og herunder også kompetanse til å avgjøre hvorvidt det bør etableres.

Det er videre foreslått justering av ordlyden i § 30 nytt tredje ledd, hvoretter "saker som nevnt i første og annet ledd, skal forelegges departementet". Det fremstår som uklart hvorfor lovteksten her sier at sakene skal forelegges departementet og ikke foretaksrådet, og vi er usikre på om dette er tilsiktet eller om det her burde stått "foretaksrådet".

#### **4. Eierstyring og formalia - § 16, 18 og 19)**

Forslaget til endring i § 16 annet ledd etablerer en mulighet til å avholde felles foretaksråd. Dette vil kunne være hensiktsmessig i tilfeller hvor de regionale helseforetakene skal løse nasjonale oppgaver og samarbeide på tvers. Tilsvarende gjelder også for helseforetakene. Vi ser det som positivt at det åpnes for muligheten til å avholde felles foretaksråd.

Hjemmelen til å fastsette vilkår ved tildeling av bevilgninger uten gjennom foretaksråd, har så langt formelt sett vært forbeholdt departementet. Helse Sør-Øst RHF er enig i at det ikke er noen vesensforskjell mellom foretaksnivåene på dette området. Praksis har nok også til dels vært at det har vært stilt vilkår knyttet til bevilgning selv om det ikke har vært noen klar lovhome for det, ut over den alminnelige forvaltningsrettslige vilkårlæren. Dels har problemstillingen også vært løst ved at de årlige oppdragene til helseforetakene blir stadfestet i foretaksråd.

Helse Sør-Øst RHF ser det som positivt at dette tydeliggjøres, og at § 16 (nytt) tredje ledd utvides til også å gjelde de regionale helseforetakenes tildelinger til helseforetak.

Når det gjelder forslagene til endringer i § 18 og § 19, har vi ingen kommentarer til disse, ut over at lovfesting av video- og telefonmøter er i overensstemmelse med dagens praksis.

## **5. Statens eierstyring av de regionale helseforetak**

- **§ 16 siste ledd om fastsettelse av krav til RHF og § 16a om innhenting av opplysninger fra RHF)**

### **5.1 Innledning**

Bestemmelsene behandles samlet da de begge utpeker seg ved å kun gjelde HODs eierstyring av RHF og ikke eierstyring generelt

### **5.2 Til § 16 siste ledd om fastsettelse av krav til RHF**

Forslaget til ny § 16 fjerde ledd om at departementet skal avholde foretaksmøte i løpet av årets to første måneder for å fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer til regionalt helseforetak, er i tråd med dagens praksis. I praksis vil det regionale helseforetaket også måtte avholde tilsvarende foretaksmøte med helseforetakene, og bestemmelsen kunne like gjerne vært formulert til at "eier skal avholde foretaksmøte med foretak". Helse Sør-Øst RHF ser imidlertid at det kan by på utfordringer knyttet til fristen for avholdelse av foretaksmøte, da foretaksmøtene med helseforetakene vil være avledet av departementets foretaksmøte med det regionale helseforetaket.

### **5.3 § 16 a Departementets innhenting av opplysninger fra regionale helseforetak**

En viktig premiss for helseforetaksmodellen og vedtakelsen av helseforetaksloven var å etablere en klar ansvars- og rollefordeling nivåene imellom. Departementet har nå funnet grunn til å synliggjøre den nasjonale styringen av spesialisthelsetjenesten bedre, og herunder i større grad tydeliggjøre departementets rolle og ansvar.

Som ledd i å tydeliggjøre den nasjonale styringen og departementets rolle, foreslås en ny § 16 a om departementets innhenting av opplysninger fra de regionale helseforetakene. Bestemmelsens ordlyd lovfester departementets ansvar for å holde seg orientert om foretakenes virksomhet og en tilhørende plikt til å 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 peker på behovet for en tettere kontakt enn det som er synlig i den formaliserte strukturen i loven og foreslår derfor at de regionale helseforetakenes rapportering til eier utenom foretaksmøte blir formalisert i lovs form.

Helse Sør-Øst RHF ser det som uproblematisk at departementets hovedbudskap blir inntatt i loven, men mener dette strengt juridisk sett er unødvendig, idet departementets ansvar for å følge opp styringskrav allerede følger av både eierrollen og rollen departementet har som myndighetsorgan. Videre følger det også av eierrollen og eierkravene departementet stiller i foretaksmøtet, at departementet både kan regulere og følge opp de regionale helseforetakenes rapporteringsplikt.

Helse Sør-Øst RHF er spørrende til formuleringen om at departementet skal "føre tilsyn med" at virksomheten drives i samsvar med de krav departementet har stilt i foretaksmøte og gjennom vilkår som er satt for tildeling av bevilgning. Slik ordlyden i § 16 a lyder, er departementets tilsynsrolle etter vårt syn ikke tilstrekkelig klargjort med hensyn til art og omfang, og vil etter sin ordlyd også omfatte helseforetakene i tillegg til de regionale helseforetakene, jf definisjonen av begrepet "foretak" i lovens § 3. Videre mener vi at beskrivelsen av departementets tilsynsrolle ligger for tett opp mot

ordlyden i § 28, som bla. omhandler RHF styrets oppgaver og myndighet, samt den korresponderende tilsynsplikt styret har overfor de underliggende helseforetak.

Vi ser det som uheldig, og muligens også ansvarspulveriserende, dersom departementet som eier tillegges en tilsynsrolle som kan synes liknende styret i de regionale helseforetakenes rolle. Slik bestemmelsen er utformet bidrar den etter vårt syn til å gjøre ansvars- og rollefordelingen nivåene imellom uklar og den samsvarer ikke med premisset som ligger til grunn for foretaksmodellen. Vi foreslår at bestemmelsen endres i to henseender; for å tydeliggjøre rollen og ansvaret som ligger i eierrollen, og til å omfatte eierrollen generelt. Videre foreslås det at det i forarbeidene til bestemmelsen presiseres at lovfesting av eiers rolle og oppgaver ikke innebærer noen endringer i de etablerte ansvarsposisjoner.

#### *Forslag til utforming av ny § 16 a Eiers innhenting av opplysninger fra foretak*

*Eier skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet, herunder at virksomheten drives i samsvar med de krav eier har stilt i foretaksmøte og de vilkår som er satt for tildeling av bevilgning. Eier skal innhente skriftlige opplysninger fra foretak de eier og avholde rapporteringsmøter. Rapporteringsmøte kan holdes utenom foretaksmøte.*

## **6. Revisjonskomité, Internrevisjon og rett til innsyn i taushetsbelagte opplysninger** - § 21a, § 37a og helsepersonelloven § 26

### **6.1 Innledning**

Helse Sør-Øst RHF er positive til forslaget om å lovfeste internrevisjon og revisjonskomité. Videre støtter vi at det legges til rette for økt innsyn i taushetsbelagte opplysninger, som anses viktig for å sette internrevisjonen i bedre stand til å ivareta sine oppgaver.

Slik internrevisjonens og revisjonskomiteens oppgaver, ansvar, roller og organisatoriske plassering er formulert i lovforslaget og høringsnotatet, fremstår imidlertid beskrivelsen som avvikende fra dagens ordning slik denne er etablert ihht foretaksmøtenes vedtak fra 2005. Vi antar at dette ikke er intensjonen, og vil understreke at vårt syn er at dagens ordning bør lovhjemles. Vi vil foreslå en alternativ lovregulering som etter vår vurdering speiler dagens ordning og de standarder internrevisjonen arbeider etter.

For å tydeliggjøre den indre sammenheng mellom revisjonskomiteens og internrevisjonens oppgaver, foreslår vi at bestemmelsene om revisjonskomité og internrevisjonen til dels samordnes og flyttes i forslaget til lovtekster. Det fremstår eksempelvis som mer logisk at bestemmelsen om revisjonskomiteens oppgaver (forslagets § 21a) kommer etter styrets oppgaver (§ 28), som revisjonskomiteens oppgaver er avledet av.

På side 37 i høringsnotatet vises det til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd, der det fremgår at de regionale helseforetakene er pålagt å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. I denne forbindelse vises det både til virksomheter de regionale helseforetakene eier og de vi har avtale med. Vi stiller spørsmål ved at private avtaleparter i denne sammenheng likestilles med helseforetak eid av de regionale helseforetak.

### 6.1.1 Begrepsbruk /definisjoner

Vi savner en definisjon av begrepsbruken i lovforslaget, spesielt etterlyses en definisjon av "internrevisjon". Internrevisjon er en funksjon som både nasjonalt og internasjonalt er regulert gjennom definisjoner, etiske regler og standarder som bl.a. stiller konkrete krav knyttet til internrevisors uavhengighet og objektivitet, faglige dyktighet og utøvelse av funksjonen. Internrevisjonen i alle fire regionale helseforetak er i henhold til sine instruksjoner i dag forpliktet til å etterleve disse standardene (fra NIRF og IIA<sup>1</sup>), og bør etter vår vurdering videreføres. Etterlevelse av standardene må ikke nødvendigvis lovfestes, men bør omtales i merknadene til loven. Det bør heller ikke være formuleringer i loven, merknadene eller notatet som kan oppfattes å være i strid med standardene.

Begrepet "føre tilsyn med" går igjen i både loven og de omtalte lovforslagene. Både departementet, styret, revisjonskomiteen, daglig leder og internrevisjonen er beskrevet å skulle føre tilsyn med ulike aktører, jf også punkt 5,3 over. Slik Helse Sør-Øst RHF ser det bør begrepet "føre tilsyn med" i helseforetaksloven forebeholdes de som har et overordnet og helhetlig ansvar for virksomheten – mao styret og daglig leder. Øvrige "organer" som eier, revisjonskomiteen og internrevisjonen har andre roller og dermed også andre oppgaver, og det bør således ikke benyttes samme begrep for å definere deres roller og oppgaver.

### 6.2 Revisjonskomité - Kommentarer til forslaget § 21 a

Som nevnt innledningsvis ser vi det som positivt at revisjonskomiteens oppgaver og ansvar lovreguleres. Vår vurdering er at revisjonskomiteens rolle og oppgaver burde vært mer utfyllende beskrevet i høringsnotatet. Det samme gjelder revisjonskomiteens rolle i forhold til internrevisjonen.

I lovforslaget (§ 21 a) står det at styrets revisjonskomité "skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med lovverket, eiers pålegg, fastsatte mål og vedtatte planer og budsjetter". Dette er, i likhet med beskrivelsen av internrevisjonens oppgaver, en formulering som innebærer et betydelig ansvar, som er overlappende med styret og daglig leders ansvar og oppgaver. Formuleringen kan skape usikkerhet dersom den ikke presiseres/avgrenses nærmere. Bestemmelsen bør etter vår vurdering forenkles, slik at det som lovreguleres er at revisjonskomiteen er et underutvalg av styret som har et særlig ansvar for å bistå styret i å ivareta sitt tilsynsansvar. Samtidig bør merknadene til bestemmelsen presisere at en av hovedoppgavene bl.a. vil være å se etter om foretakene har etablert systemer for internkontroll og risikostyring som bidrar til å sikre at virksomheten drives i samsvar med lovverket, eiers pålegg, fastsatte mål og vedtatte planer og budsjetter.

Ytterligere klarhet oppstår gjennom formuleringen i merknaden, side 52 i høringsnotatet, om at "styret skal opprette en arbeidsgruppe, en komité for internrevisjon". Uttrykket "arbeidsgruppe" samsvarer dårlig med lovformuleringene som pålegger komiteen et klart ansvar. Å kalle dette en "komité for internrevisjon" synes også upresist, idet komiteens oppgaver er videre enn som så. Av merknaden til § 21a annet ledd fremgår at "annet ledd fastsetter at styrets revisjonskomité skal arbeide innenfor rammen av styrets samlede tilsynsansvar". Dette kunne med fordel kommet tydeligere frem av selve lovteksten.

---

<sup>1</sup> Norges Interne Revisorers Forening og the Institute of Internal Auditors

Revisjonskomiteen har bl.a. en rolle knyttet til internrevisjonens planlegging, gjennomføring, rapportering og oppfølging av revisjoner som fremkommer i vedtatte revisjonsplaner. Revisjonskomiteen skal følge opp at arbeidet utføres i henhold til plan. Komiteen har lignende oppgaver i forhold til eksterne revisorers arbeid. Slik er det også i næringslivet. Det bør i merknaden til bestemmelsen presiseres at revisjonskomiteens oppgaver må reguleres i instruks for revisjonskomiteen. Det bør også tydeliggjøres at revisjonskomiteen sjelden vil utføre tilsynsoppgavene selv, den vil basere sine vurderinger og konklusjoner på internrevisjonens arbeid.

## **6.3 Internrevisjon**

**6.3.1 Generelt** Som nevnt er Helse Sør-Øst RHF opptatt av at gjeldende ordning mht internrevisjon bør videreføres og lovforankres. Forslaget til ny § 37 a og merknadene til denne er etter vårt syn ikke i samsvar med dette.

Slik lovforslaget og merknadene er utformet, skapes det etter vårt utklarheter mht internrevisjonens relasjoner tildaglig leder. Slik merknadene er utformet kan man få inntrykk av at internrevisjonen er del av administrasjonen i mye større grad enn hva som er tilfelle i dag og hva som bør være situasjonen sett i forhold til anerkjente standarder for internrevisjon. I helseregionene i dag er internrevisjonen administrativt underlagt daglig leder i det regionale helseforetaket, mens internrevisjonens oppdragsgivere er styret og revisjonskomiteen.

Internrevisjonens ansvar og oppgaver er å være en uavhengig funksjon som skal se etter at internkontroll er etablert og fungerer som forutsatt som ledd i styrets tilsynsansvar, og skal ikke være en del av daglig leders apparat for å gjennomføre internkontroll. Vi antar at departementet ikke har hatt som intensjon å endre dette, og vil nedenfor foreslå endringer som ivaretar dette.

Oppsummert er det vår oppfatning at internrevisjonen skal *bistå* styret og daglig leder gjennom å se etter at det er etablert intern kontroll, rutiner, risikostyring m.m. som igjen bidrar til å sikre at lover, forskrifter m.m. blir fulgt og at målene blir nådd. I dette ligger også en rådgivningsfunksjon. All anerkjent praksis tilsier at internrevisjonen, på vegne av styret, også skal kontrollere daglig leders ivaretagelse av sitt ansvar på dette området, og da kan ikke daglig leders ansvar løftes over til internrevisjonen.

### **6.3.2 Tilsyn med private avtaleparter**

Det følger av lovforslaget (§ 37 a) at "tilsynet" også skal omfatte virksomheter RHF-et har inngått avtale med. Vår vurdering er at dette ikke bør eller kan lovfestes, da helseforetaksloven ikke gjelder for private avtaleparter. Oppfølging og kontroll av de private skjer gjennom avtaleoppfølging, og en naturlig del av internrevisjonens ansvarsområde er hvorledes det regionale helseforetaket følger opp de avtaler som er inngått og kontrollerer at man får de "leveransene" og den kvaliteten man har bestilt.

## **6.4 Behov for innsyn i taushetsbelagte opplysninger når det "føres tilsyn"**

Som vi har vært inne på i pkt 6.1.1 ovenfor, er lovforslaget utformet slik at både departementet, styret i det regionale helseforetaket, revisjonskomiteen, daglig leder og internrevisjonen - på ulikt nivå og i ulike relasjoner – skal føre tilsyn med virksomheten(e). Graden av behov for detaljerte opplysninger vil variere med ulike tilsynsaktiviteter. Generelt vil daglig leder og internrevisjonen gjennomgående ha behov for mer opplysninger, herunder taushetsbelagte opplysninger for å ivareta sitt tilsynsansvar, enn det departementet og styret i RHF'et vanligvis vil ha.

Vi kan imidlertid ikke se at det bør være ulik adgang til taushetsbelagte opplysninger for internrevisjon og daglig leder. Det følger av lovforslaget § 37a fjerde ledd at internrevisjon uten



hinder av taushetsplikten kan kreve enhver opplysning m.v. som er nødvendig for å gjennomføre oppgavene. Tilsvarende bestemmelse er ikke foreslått for daglig leder, noe som, etter vår vurdering, er uheldig. Dette fordi daglig leder har et selvstendig tilsynsansvar som på ingen måte fullt ut ivaretas av internrevisjon. Sett i sammenheng med forslag til endring i helsepersonelloven § 26 er det også vanskelig å forstå at det her skal være et skille. Det er mulig departementet legger til grunn at forvaltningsloven § 13 b nr 4 vil gi tilstrekkelig hjemmel for at daglig leder kan kreve innsyn, men det bør i så fall tydeliggjøres, fortrinnsvis ved at det tas inn i § 37, og i det minste i merknadene til loven.

Det er etter vår vurdering riktig at det ikke foreslås tilsvarende innsynshjemmel for departementet og styrene.

Når det gjelder innsyn i pasientopplysninger, så slutter vi oss til departementets forslag til endring av helsepersonelloven § 26 om å gi internrevisjon og daglig leder rett til å kreve innsyn i taushetsbelagte opplysninger når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp eller for internkontroll og kvalitetssikring av helsetjenesten. Bestemmelsen bør imidlertid utvides slik at innsynsretten også gjelder "når dette er nødvendig i tilknytning til lovpålagt internrevisjonsarbeide".

I notatets pkt 4.11 (Innsyn i interne og taushetsbelagte opplysninger) står det på side 43: "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 daglige leder, og herunder internrevisjonen." Her mener vi det for å unngå sammenblanding av roller må konkretiseres slik; *utføres av det regionale helseforetakets daglige leder og av internrevisjonen*. Tilsvarende i pkt 7.3 (Merknad til forslaget om endringer i helsepersonelloven) står det om helsepersonells rett/plikt til å gi fra seg opplysninger "til administrasjonen i regionale helseforetak, herunder til internrevisjonen". Her mener vi det for å unngå sammenblanding av roller må konkretiseres slik; *til administrasjonen i regionale helseforetak og til internrevisjonen*. Det er også grunn til å stille spørsmål ved at begrepsbruken ikke er enhetlig, jf "daglig leder" ett sted og "administrasjonen i regionale helseforetak" ett annet sted, noe som medfører uklarheter mht om "daglig leder" da skal forstås bokstavelig.

## **6.5 Forholdet til offentlighetsloven**

Internrevisjonens rapporter er normalt offentlig tilgjengelige dokumenter og enhetene rundt om i landet bestreber seg på å gjøre dem slik. Eventuelle taushetsbelagte opplysninger eller opplysninger som må unntas offentligheten søkes unngått i rapportene. Det regionale helseforetaket og helseforetakene er ulike rettssubjekter samtidig som internrevisjonen er del av rettsobjektet det regionale helseforetaket. Dette medfører begrensninger mht muligheten for fortrolig kommunikasjon mellom rettsobjektene før rapportene er ferdigstilt.

For internrevisjonen er åpenhet i revisjonsdialogen med ansatte i helseforetakene viktig. I praksis håndteres dette ved at internrevisjonen utviser stor diskresjon med hensyn til opplysninger som mottas fra helseforetakenes ansatte. Imidlertid er man avhengig av at utkast til rapporter sendes det aktuelle helseforetaket for kvalitetssikring av faktainformasjon etc. Slik oversendelse og kvalitetssikring er i dag vanskeliggjort ved at det ikke foreligger hjemmel for utsatt offentlighet frem til rapporten er ferdigstilt, i det offentlighetskravet prinsipielt sett inntreer i det øyeblikk et *rapportutkast* sendes helseforetakets daglige ledelse til verifisering – altså før rapporten kan sies å foreligge. Dette er uheldig og kan virke hemmende på revisjonsarbeidet.

På samme måte som Riksrevisjonsl. § 18 gir hjemmel for utstrakt bruk av "utsatt offentlighet" i forbindelse med revisjon, har også de regionale helseforetakenes internrevisjon behov for å kunne unnta sakens dokumenter mens revisjonen pågår. Det foreslås derfor at det i helseforetaksloven

inntas bestemmelse om at internrevisjonen utkast til rapporter kan unntas offentlighet frem til de er ferdigstilt og oversendt foretaket.

I forlengelsen av dette, vil vi også gjøre departementet oppmerksom på de spesielle utfordringene de regionale helseforetakene og internrevisjonene også har som følge av at det internt i foretaksgruppen (konsernet) ikke kan praktiseres noen "intern sone" i offentlighetslovens forstand, for eksempel å innhente sensitive opplysninger som ledd i utøvelsen av RHFenes tilsynsansvar eller internrevisjonens revisjoner.

## 6.6 Forslag til lovregulering

Bestemmelsene om revisjonskomiteen er i høringsnotatet foreslått plassert i ny § 21 i kapittel 6 som omhandler foretakets styre og daglig leder. Som tidligere nevnt fremstår det som lite logisk å omhandle revisjonskomiteens oppgaver før styrets oppgaver, idet revisjonskomiteens oppgaver er avledet av styrets oppgaver. Videre er foreslaget til regulering av internrevisjon tatt inn i ny § 37a i lovens kap. 8, *Daglig leder*. Lovens § 37 gjelder daglig leders myndighet og § 38 dreier seg om daglig leders rapportering til styret. Vår vurdering er at lovreguleringen av revisjonskomiteen og internrevisjonen derfor bør struktureres annerledes.

Slik vi ser det vil det logisk sett være å foretrekke at bestemmelsene struktureres og deles slik at de organisatoriske spørsmålene knyttet til revisjonskomiteen og internrevisjonen tas i kapittel 6 som omhandler foretakets styre og daglige ledelse, mens oppgavene til revisjonskomiteen og internrevisjonen plasseres i kapittel 8 som omhandler styrets oppgaver og kompetanse.

### Helse Sør-Øst RHF's forslag til lovtekst og plassering:

#### Kap.6 Foretakets styre og daglig ledelse

##### *Ny § 21 a: Styrets revisjonskomité*

Styret i regionalt helseforetak velger blant sine medlemmer minst tre personer til styrets *revisjonskomité*. Begge kjønn skal være representert. Styreleder kan ikke velges.

Revisjonskomiteen skal samlet ha den kompetanse som ut fra foretaksgruppens organisasjon og virksomhet er nødvendig for å ivareta sine oppgaver. Minst ett av medlemmene i revisjonskomiteen skal ha kjennskap til regnskap eller revisjon.

##### *Ny § 21 b: Internrevisjon*

Det regionale helseforetaket skal ha en internrevisjon som er faglig uavhengig av administrasjonen for øvrig. Leder av internrevisjonen tilsettes av styret.

Internrevisjonen skal være administrativt underlagt daglig leder i det regionale helseforetaket, men rapporterer for øvrig til styrets revisjonskomité.

Internrevisjonen skal ha gjennomgående internrevisjonsansvar for hele helseforetaksgruppen.

## **Kapitel 7 Styrets oppgaver og kompetanse**

*I § 28 Styrets oppgaver, foreslås nytt 6. ledd:*

Styret fastsetter instruks for revisjonskomiteen og internrevisjonen.

*Ny § 28 a Revisjonskomiteens oppgaver*

Revisjonskomiteen er et underutvalg av styret og har et særlig ansvar for å bistå styret i å ivareta sitt tilsynsansvar.

*Ny 28 b Internrevisjonens oppgaver*

Internrevisjon skal utføre sine oppgaver i henhold instruks, i samsvar med anerkjente standarder for internrevisjon.

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

For rapporter og andre dokumenter som er utarbeidet av internrevisjonen inntreffer offentlighet først når dokumentene er ferdigstilt.

## **7. Ansattes representanter i styret**

### **7.1 §§ 22 og 23 om ansattes styrerepresentasjon i regionalt helseforetak og helseforetak.**

Helse Sør-Øst RHF støtter forslaget i § 22 annet ledd om lovfesting av at styremedlemmer i de regionale helseforetakene som er valgt av og blant de ansatte ikke skal delta i behandlingen av visse saker mellom arbeidsgiver og arbeidstakerne. Tilsvarende formulering finnes i de regionale helseforetakenes vedtekter punkt 8 annet ledd og i helseforetakenes vedtekter. Forslaget innebærer således utelukkende en lovforankring av det som er regulert i vedtektene. Forslaget er imidlertid begrenset til de regionale helseforetakene, og vi finner det naturlig at dette også skal gjelde for styrerepresentasjon i helseforetak, jfr også dagens vedtektsregulering. Det foreslås derfor at tilsvarende formulering tas inn i § 23 om ansattes representanter i styret i helseforetak.

### **7.2 Nyvalg av styremedlemmer (inkl. ansattes representanter) helseforetaksl. § 25 tredje ledd**

Helseforetaksloven § 25 regulerer opphør av styreverv før tjenestetiden er utløpt. Det foreslås et nytt tredje ledd i denne bestemmelsen der det slås fast at det skal foretas nytt valg av styremedlemmer, inkludert ansattes representanter, når foretak omdannes eller omorganiseres. Hva som skal til for å utløse denne plikten omtales ikke nærmere i merknaden til bestemmelsen.

Dette er praktisk, da det har vært gjennomført store endringer i foretaksstrukturen etter at helseforetakene ble opprettet i 2002. Både helseforetak og regionale helseforetak har i løpet av disse årene blitt slått sammen og deler av foretak er skilt ut. Vår erfaring er imidlertid at omdanninger og omorganiseringer kan skje på ulikt vis, og at graden av endringer kan variere fra hel eller delvis fusjon til store og små fisjoner og virksomhetsoverføringer. Dette tilsier et større behov for fleksibilitet enn det den foreslåtte lovendringen legger opp til. Når de organisatoriske endringene er små, er det ikke behov for nyvalg. Eksempel på dette kan være da SSR (Spesialsykehuset for rehabilitering) ble skilt ut fra Rikshospitalet eller når en mindre del, f.eks en HMS-avdeling ved et HF, utskilles.

Hva som skal til av endring for at den foreslåtte bestemmelsen skal komme til anvendelse og om det er hensiktsmessig at man i så fall skal være forpliktet til å gjennomføre et nyvalg, blir derfor sentrale spørsmål som må avklares hvis endringsforslaget gjennomføres. I tillegg kan det være aktuelt å se nærmere på om nyvalget skal skje som et ekstraordinært valg, eller om det bør legges opp til andre overgangsløsninger frem til neste ordinære valg. Det siste er særlig aktuelt for valg av ansattevalgte styremedlemmer, for å unngå at det må gjennomføres valg utenom de tidspunkter som følger av foretaksgruppens ordinære valgcyklus.

Det at bestemmelsen legger opp til at det "skal" foretas nytt valg av styremedlemmer i visse situasjoner, styrker behovet for klarhet i hva som skal til for å utløse denne plikten. Særlig for ansatterepresentasjonen kan det være viktig for aktørene å vite hva de har å forholde seg til. Det foreslås at bestemmelsen endres til å være en forskriftshjemmel for overgangsordninger i forbindelse med vesentlige endringer som følge av omdanninger ihht lovens § 50.

Å gjennomføre et valg av ansattes styrerepresentanter er omfattende og gjøres i helseregionene i dag samtidig både for valget til styret i RHFet og valgene til styrene ved de enkelte HF. Ikke minst av praktiske grunner er det derfor hensiktsmessig å opprettholde en felles valgperiode/valgdato innen foretaksgruppen for disse to valgene. Synkroniserte valg legger også bedre til rette for ansattes mulighet til å endre hvilket styre han/hun kan stille til valg til, jf. at man ikke kan ha verv som ansatterepresentant i flere regionale helseforetaks eller helseforetaks styrende organer samtidig.

Selv om det i flere tilfeller har vært situasjoner der det har vært ønskelig å kunne justere ansattrepresentasjonen i lys av nye endrede foretaksstrukturer, har det til nå vært mulig å finne tilfredsstillende løsninger for ansattrepresentasjon ved omorganiseringer, f.eks gjennom inngåelser av avtaler med de ansattes organisasjoner om midlertidig representasjon og/eller supplerende observatørroller, til ordinært valg kan gjennomføres.

Helse Sør-Øst RHF ser det således ikke som ønskelig eller hensiktsmessig at helseforetaksloven pålegger gjennomføring av nyvalg på tvers av eksisterende valgperioder ved enhver omdanning/omorganisering. Sikringen av forsvarlig ansattrepresentasjon i endringsfaser bør derfor heller spisses mot å legge til rette for midlertidige løsninger frem til neste ordinære valgperiode, noe som kan reguleres nærmere i valgforskriften.

## 8. Lovfesting av åpne styremøter – helseforetaksl. § 26a

Helse Sør-Øst RHF støtter departementets forslag om å lovfeste kravet som ble gitt i 2003 om at styremøtene i all hovedsak skal være åpne for allmennheten.

Videre ser vi behov for å presisere at det finnes saker hvor det er behov for lukkede styremøter.

Forutsatt at det foreligger et reelt og saklig behov, viser den foreslåtte bestemmelsen i helseforetaksl. § 26a til fem hensyn som kan begrunne lukkede dører i bestemmelsens annet ledd nr. 1 til 5. Flere av hensynene som her nevnes synliggjør og presiserer dagens praksis, men innebærer samtidig etter vårt syn en innstramming i forhold til de muligheter unntakshjemlene offentliglova i dag gir for å lukke dørene i et styremøte.

Offentliglovas unntakshjemler gir forøvrig både en plikt og rett til å unnta saker/opplysninger fra offentlighet og derigjennom holde lukkede styremøter ved behov. Vi er usikre på om avviket fra offentliglova er tilsiktet. Dersom forslaget blir stående vil imidlertid etter vårt syn helseforetakene stilles i en vanskeligere situasjon i mange sammenhenger enn forvaltningen for øvrig.

### Forslagets § 26 a nr 1 og 2

Det er en viktig presisering at hensynet til personvern ut over de rent taushetsbelagte personopplysninger, jf forvaltningsloven § 13 nr. 1 kan begrunne lukkede dører slik dette er tatt inn i helseforetaksl. § 26 a annet ledd nr. 1.

Forslaget i § 26 bokstav a annet ledd nr 2 om at styret kan lukke møte for orientering om sak som er på et forberedende stadium, er svært aktuelt. Etter at § 8 i forskrift til offentlighetsloven innskrenket mulighetene for å kunne unnta organinterne dokumenter i henhold til offentlighetsloven § 14 første ledd er muligheten til å kunne drøfte saker med styret på et forberedende stadium svært begrenset, med mindre saken inneholder opplysninger som med hjemmel i dagens lovgivning skal eller kan unntas offentlighet.

Forslaget i § 26 a annet ledd nr 2 nødvendiggjør etter vårt syn en klargjøring av forholdet til § 8 i forskrift til offentlighetsloven. Det fremstår som ulogisk og lite hensiktsmessig at dokumenter som utarbeides til styret for å «*orientere om sak som er på et forberedende stadium...*» ikke kan unntas offentlighet når muntlig drøftelse i styremøte rundt det samme kan unntas offentlighet.

Vi viser her også til de innspill som ble gitt fra flere av RHFene i høringsrunden før vedtakelsen av offentliglovsforskrifta, der det ble lagt vekt på betydningen av å tilrettelegge for fortrolig kommunikasjon mellom administrerende direktør og styret, bl.a for at styret skal kunne ivareta sine tilsynsoppgaver. Det er positivt at nye regler nå klargjør muligheten for slik fortrolig kommunikasjon mellom styret og administrasjon i et lukket styremøte, men samtidig uheldig at lovgiver ikke har funnet grunn til å legge vekt på de samme hensynene når disse gjør seg gjeldende i den skriftlige kommunikasjonen mellom styre og administrerende direktør.

Helse Sør-Øst RHF mener derfor det er grunn til å gjøre en ny vurdering av beslutningen om at dokumenter fra administrasjon til styre i helseforetak ikke skal regnes som organinterne, jf. offentligforskrifta § 8, slik at det kan tilrettelegges bedre for at aktørene kan oppfylle sine lovpålagte plikter.

### **Forslagets § 26 a nr 3 – 5 og forholdet til offentliglova**

Det som etter vårt syn er problematisk ved forslaget, er at det som i dag dekkes av offentlighetsloven § 23 første ledd synes å falle bort. Etter denne bestemmelsen kan det «*gjerast unntak frå innsyn for opplysningar når det er påkravd av omsyn til ei forsvarleg gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltning til organet.*» Bestemmelsen tar også sikte på å ta hensyn til det offentliges forhandlingsposisjoner i ulike tilfeller/situasjoner. Lovforslaget s nr 4 omhandler kun lønnsforhandlinger og personalsaker, mens mer generelle personalsaker og økonomi ikke er nevnt. Vi mener det er svært viktig at foretakene fortsatt kan ha mulighet for å lukke dørene i andre typer saker der det er risiko for at foretakets forhandlingsposisjon kan påvirkes negativ, f eks saker i tilknytning til anskaffelser etter lov om offentlige anskaffelser hvor det blir lagt frem overordnede føringer og strategier til den enkelte anskaffelse. Videre kan det være saker styret bør orienteres om som gjelder tvister av mer kommersiell karakter, inngåtte kontrakter som av ulike grunner er til vurdering med mer. Det kan også tenkes mer generelle personalforvaltningssaker utover det som er rene personalsaker knyttet til enkeltpersoner. Noe av dette antas å kunne fanges opp av unntaket for saker som er på et forberedende stadium, men antakelig ikke alt.

Det kan også reises spørsmål ved om unntaksbestemmelsen i offentlighetsloven § 24 *Unntak for kontroll- og reguleringstiltak, dokument om lovbrøt og opplysningar som kan lette gjennomføringa av lovbrøt med mer*, vil være omfattet av den foreslåtte lovbestemmelsen. I en situasjon der styret f.eks skal beslutte om en sak skal anmeldes, kan det tenkes å bli behov for å lukke dørene. Både hensynet til personvern og håndtering av personalsaker kan være aktuelle "hjemler" for å begrunne lukkede dører, men er trolig ikke alltid dekkende.

Vi viser også til forslaget i § 26 a annet ledd nr 5 og til departementets omtale av forslaget i høringsnotatet, hvor det vises til at styre kan ha «*behov for å kunne foreta vurderinger av aktuelle tilbud foretaket har mottatt, herunder om de innkomne tilbud tilfredsstillir de spesifikke krav som er stilt, for eksempel til kvalitet og tilgjengelighet.*» Etter vårt syn vil det være svært sjeldent at et styre sitter med de konkrete tilbudene fra tilbyderne og vurderer disse opp mot kvalifikasjonskrav og tildelingskriterier som er satt i en anskaffelse. Dette er saksbehandling på et meget detaljert nivå og som ikke vil egne seg for styres mandat og oppgave. Noe annet er at styret kan ha behov for å bli holdt løpende orientert i en anskaffelsesprosess, herunder for å legge strategier og føringer på et mer overordnet nivå. I disse tilfellene har vi pr i dag anledning til å bruke offentlighetsloven § 23 første ledd og/eller § 23 tredje ledd som hjemmel for å unnta saken.

### **Helse Sør-Øst RHF's vurdering**

Helse Sør-Øst RHF tiltrer forslaget nr 2. For å sikre at helseforetakslovens bestemmelse om når styremøtene kan lukkes ikke innskrenker offentliglovas bestemmelser, foreslår vi at opplistingen i helseforetaksloven ikke gjøres uttømmende, men eksemplifiserende. Alternativt, kan man i lovtekste begrense seg til å vise til lovbestemt taushetsplikt og offentliglovas bestemmelser i forhold til når et

styremøte skal eller kan holdes for lukkede dører. Også i dette tilfellet anser vi det som nødvendig og ønskelig at forslaget nr 2 beholdes.

## **9. Låneopptak**

Vi har ingen bemerkninger til lovforslaget.

## **10. Omdanning av kommunal virksomhet**

Vi har ingen bemerkninger til lovforslaget.

## **11 Pasient- og brukerrettighetsloven**

### **Endringen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 (private institusjoner og fritt sykehusvalg)**

Helse Sør-Øst RHF er kjent med at formuleringen i siste del av annet punktum i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 første ledd, .. *"som gir pasienten slik valget"*, har vært misforstått dit hen at enkelte har trodd at RHFet kunne velge å ikke la retten til fritt sykehusvalg gjelde for enkelte avtaler som inngås med private aktører. Meningen med formuleringen var imidlertid kun å hindre at "spot"-kjøp til enkeltpasienter skulle kunne "beslaglegges" av andre gjennom ordningen med fritt sykehusvalg.

Helse Sør-Øst RHF mener dette må kunne løses ved at den aktuelle formuleringen strykes, slik at det settes punktum etter .... *"eller har avtale med et regionalt helseforetak."* Det kan ikke være nødvendig å ta med setningen om at *"[d]et skal fremgå av avtalen at den gir pasienter fra alle helseregioner lik rett til å velge at behandlingen skal foretas på institusjonen"*, da retten til fritt sykehusvalg fremgår direkte av loven. Dessuten mener vi at den snevre avvisningsadgangen som gjelder på pasientnivå mellom helseregioner kan være aktuell også ved kjøp fra private, dersom kapasitetsproblemer gjør dette nødvendig for å sikre oppfyllelsen av "sørge-for" ansvaret for egen regions pasienter. Den nye formuleringen kan derfor fremstå som for absolutt, noe som igjen kan føre til nye misforståelser.