



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 120 L

(2011–2012)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i helseforetaksloven mv.

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	7	Felles foretaksmøte for flere foretak	24
2	Høringen	8	7.1	Gjeldende rett	24
			7.2	Forslaget i høringsnotatet	24
3	Helseforetaksmodellen	11	7.3	Høringsinstansenes syn	24
3.1	Målsettingen med innføring av helseforetaksmodellen	11	7.4	Departementets vurdering	24
3.2	Beskrivelse av helseforetaksmodellens hovedprinsipper med vekt på styringssystemet	12	8	Utvikling av helseforetaksmodellens organisatoriske valgmuligheter	26
3.2.1	Foretak som eget rettssubjekt	12	8.1	Gjeldende rett	26
3.2.2	Regionale helseforetaks ansvar og oppgaver	13	8.2	Forslaget i høringsnotatet	27
3.2.3	Helseforetakenes ansvar og oppgaver	14	8.3	Høringsinstansenes syn	27
3.2.4	Foretakenes styringsorganer	14	8.4	Departementets vurdering	27
3.2.5	Sammensetning og valg av styre ..	15	8.4.1	Virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste	27
3.2.6	Regnskap og revisjon	15	8.4.2	Virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste	28
3.2.7	Demokratisk kontroll med foretakenes virksomhet	16	8.4.3	Virksomhet som hverken yter spesialisthelsetjeneste eller tjenester som er en sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjeneste	29
3.3	Nærmere beskrivelse av den nasjonale styringen av spesialisthelsetjenesten	16	9	Omdanning fra en annen tilknytningsform til foretak etter helseforetaksloven	30
3.3.1	Statens styring gjennom lovgivningsmyndigheten	16	9.1	Gjeldende rett	30
3.3.2	Statens styring gjennom planer	16	9.2	Forslaget i høringsnotatet	30
3.3.3	Statens styring gjennom budsjettmyndigheten og økonomiske incentiver	16	9.3	Høringsinstansenes syn	30
3.3.4	Statens eierstyring	17	9.4	Departementets vurdering	30
4	Synliggjøring av den nasjonale og politiske styringen av de regionale helseforetakene innenfor helseforetaksmodellen	18	10	Privates rolle innenfor helseforetaksmodellen	31
4.1	Gjeldende rett	18	10.1	Gjeldende rett	31
4.2	Forslaget i høringsnotatet	19	10.2	Forslaget i høringsnotatet	31
4.3	Høringsinstansenes syn	19	10.3	Høringsinstansenes syn	31
4.4	Departementets vurdering	19	10.4	Departementets vurdering	31
5	Saker av vesentlig betydning ...	21	11	Revisjonsutvalg og internrevisjon	32
5.1	Gjeldende rett	21	11.1	Gjeldende rett	32
5.2	Forslaget i høringsnotatet	21	11.2	Forslaget i høringsnotatet	33
5.3	Høringsinstansenes syn	21	11.3	Høringsinstansenes syn	33
5.4	Departementets vurdering	22	11.4	Departementets vurdering	34
6	Ledelse av foretaksmøte	23	12	Begrensning i foretakenes adgang til å ta opp lån	37
6.1	Gjeldende rett	23	12.1	Gjeldende rett	37
6.2	Forslaget i høringsnotatet	23	12.2	Forslaget i høringsnotatet	37
6.3	Høringsinstansenes syn	23	12.3	Høringsinstansenes syn	37
6.4	Departementets vurdering	23	12.4	Departementets vurdering	37

13	Åpne styremøter	38	16.2	Forslaget i høringsnotatet	45
13.1	Gjeldende rett	38	16.3	Høringsinstansenes syn	46
13.2	Forslaget i høringsnotatet	39	16.4	Departementets vurdering	46
13.3	Høringsinstansenes syn	39			
13.4	Departementets vurdering	39	17	Valg av styremedlemmer etter omorganisering	47
13.4.1	Hovedregelen	39	17.1	Gjeldende rett	47
13.4.2	Unntak fra hovedregelen om at styremøter skal være åpne	40	17.2	Forslaget i høringsnotatet	47
			17.3	Høringsinstansenes syn	47
			17.4	Departementets vurdering	47
14	Foretakmøte som telefonmøte	43	18	Administrative og økonomiske konsekvenser	48
14.1	Gjeldende rett	43			
14.2	Forslaget i høringsnotatet	43	19	Merknader til de ulike bestemmelsene	49
14.3	Høringsinstansenes syn	43	19.1	Merknader til forslaget til endringer i helseforetaksloven	49
14.4	Departementets vurdering	43	19.2	Merknader til forslaget til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven	53
15	Ansatte styremedlemmers tilstedeværelse i styremøter	44			
15.1	Gjeldende rett	44			
15.2	Forslaget i høringsnotatet	44			
15.3	Høringsinstansenes syn	44			
15.4	Departementets vurdering	44			
16	Fritt sykehusvalg	45			
16.1	Gjeldende rett	45			
				Forslag til lov om endringer i helseforetaksloven mv.	54

Prop. 120 L

(2011–2012)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i helseforetaksloven mv.

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 25. mai 2012,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i denne proposisjonen endringer i helseforetaksloven. I tillegg foreslås en endring i pasient- og brukerrettighetsloven. Den 1. januar 2012, var 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 uten at det har vært nødvendig med lovendringer. I Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) 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 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 politisk 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 er inngått avtale med Agenda Kaupang som skal gjennomføre en evaluering av rolle og funksjon for de regionale helseforetakene og helseforetakene. Hensikten er 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. Videre er det inngått avtale med BDO AS om å foreta en kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk. Evalueringene skal etter planen ferdigstilles i løpet av juni 2012.

Det har blant annet kommet frem påstander i den offentlige debatten 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 styrever. 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 ingen omfattende strukturelle endringer eller andre større endringer i helseforetaksmodellen i denne lovproposisjonen.

De forslagene til endringer i helseforetaksloven som foreslås i denne proposisjonen, er basert på praktiske erfaringer med helseforetaksmodellen så langt. Det har blitt foretatt noen endringer i modellen over tid uten at det har vært nødvendig å foreta lovendringer. Departementet foreslår at disse endringene blir tatt inn i loven slik at den kan gi et mer helhetlig bilde av helseforetaksmodellen. Det foreslås i tillegg en utvidelse av de organisatoriske valgmulighetene slik at spesialisthelsetjenesten i større grad kan organiseres innenfor helseforetaksmodellen. Departementet foreslår også at den nasjonale styringen av spesialisthelsetjenesten i større grad synliggjøres i helseforetaksloven. Ingen av de endringene som foreslås nå, er avhengige av resultatene av den omtalte evalueringen.

I proposisjonen punkt 2 omtales høringen og i punkt 3 redegjøres det kort for bakgrunnen for og målsettingen med at spesialisthelsetjenesten er 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 proposisjonen punktene 4 til 17 omtaler departementet forslagene til lovendringer. I punkt 4 foreslås det å synliggjøre statens 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 5 foreslås det å konkretisere hva som er saker av vesentlig betydning i § 30. I punkt 6 foreslås at eier skal lede foretaksmøtene selv. I punkt 7 foreslås å åpne for at eier i visse tilfeller kan holde felles foretaksmøte for flere foretak. I punkt 8 foreslås at helseforetaksloven skal åpne for at virksomhet som er knyttet til spesialisthelsetjenesten i større utstrekning enn i dag skal kunne organiseres innenfor helseforetaksmodellen. Det foreslås herunder å åpne for at foretak som ønsker å eie virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste sammen, skal kunne organisere den som helseforetak. Videre foreslås at virksomhet som ikke i seg selv yter spesialisthelsetjeneste, men som er en nødvendig og sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjeneste, skal kunne organiseres som helseforetak. I punkt 9 foreslås at også kommunal virksomhet skal kunne omdannes til foretak etter prinsippene for virksomhetsoverføring i helseforetaksloven § 50. I punkt 10 foreslås at private tjenesteyteres rolle i spesialisthelsetjenesten skal synliggjøres i loven. I punkt 11 foreslås at de regionale helseforetakene skal pålegges å etablere internrevisjon og at intern revisjonens adgang til å få innsyn i taushetsbelagte opplysninger skal reguleres i helseforetaksloven. I punkt 12 foreslås at regulering av foretakenes adgang til å ta opp lån skal foretas i vedtekten. I punkt 13 foreslås å lovfeste at styremøter som hovedregel skal være åpne med unntak for lovfestet taushetsplikt og opplysninger som kan unntas offentlighet. Det foreslås i punkt 14 å lovfeste at foretaksmøter skal kunne holdes som telefon- og videomøter. I punkt 15 foreslås det å foran-

kre i loven gjeldende vedtektsregulering av deltagelse i styremøter for styremedlemmer valgt av og blant de ansatte. I proposisjonen punkt 16 foreslås å endre pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 slik at ordningen med fritt sykehusvalg også omfatter de aktuelle private tjenesteyterne når de har avtale med et regionalt helseforetak, uansett om dette fremgår av avtalen eller ikke. I punkt 17

foreslås å åpne for at det kan foretas nytt valg eller suppleringsvalg av styremedlemmer etter en omorganisering. Dessuten foreslås at dette skal kunne reguleres nærmere i forskrift.

I proposisjonen punkt 18 omtales økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslagene.

I punkt 19 omtales merknader til de ulike bestemmelsene.

2 Høringen

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 22. desember 2011 forslag til endringer i lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) på høring. Følgende instanser ble bedt om å uttale seg:

Departementene

Datatilsynet
Forbrukerombudet
Forbrukerrådet
Helsedirektoratet
Helsetilsynet i fylkene
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Konkurransetilsynet
Landets fylkesmenn / Sysselmannen på Svalbard
Landets helseforetak
Landets høyskoler (m/helsefaglig utdanning)
Landets pasientombud
Landets regionale helseforetak
Landets universiteter
Likestillings- diskrimineringsombudet
Mattilsynet
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Norges forskningsråd
Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)
Pasientskadenemnda
Personvernemnda
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
Regjeringsadvokaten
Riksrevisjonen
Rådet for funksjonshemmede
Rådet for psykisk helse
Sametinget
Senter for medisinsk etikk, SME
Senter for sjeldne sykdommer og diagnose-grupper
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
Statens Helsepersonellnemnd
Statens helsetilsyn
Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
Statens legemiddelverk
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
Statens seniorråd
Statens senter for Ortopedi

Statens Strålevern
Statsadvokatembetene
Stortingets ombudsmann for forvaltningen
Teknologirådet

Fylkesrådet for funksjonshemmede
Kommunenes Sentralforbund (KS)

Akademikerne
AKAN
Aleris Helse
Angstringen
Apotekforeningen
Arbeidsgiverforeningen SPEKTER
DELTA
De regionale kompetansesentre for rusmiddel-spørsmål
Den Norske Advokatforening
Den Norske Dommerforening
Den Norske Jordmorforening
Den Norske Kreftforening
Den Norske Legeforening
Den Norske Tannlegeforening
Det Norske Diakonforbund
Det Norske Healerforbund
Det Norske Nettverket av Fontenehus
Diabetesforbundet
Drammen private sykehus
ECONA (Siviløkonomene)
Fagforbundet
Farmasi Forbundet
Fellesorganisasjonen FO
Finansforbundet
Finansnæringens Hovedorganisasjon
Foreningen for blødere i Norge
Foreningen for hjertesyke barn
Foreningen for human narkotikapolitikk
Foreningen for kroniske smertepasienter
Foreningen for Muskelsyke
Forskningssiftelsen FAFO
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Først medisinske laboratorium AS
Handels- og servicenæringens hovedorganisasjon
Hørselshemmedes Landsforbund
Institutt for samfunnsforskning
Kliniske ernæringsfysiologers forening

Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
 Landsforeningen for utviklingshemmede og pårørende
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)
 Legeforeningens forskningsinstitutt
 Medi 3 Molde AS
 Mental Helse Norge
 MS-forbundet
 Nasjonalforeningen for folkehelsen
 Nettverket for private helsevirksomheter
 NITO Norges Ingeniør- og Teknologiorganisasjon (herunder er NITO BFI (biofaglig institutt))
 Norges Astma- og Allergiforbund
 Norges Blindeforbund
 Norges Døveforbund
 Norges Farmaceutiske Forening
 Norges Fibromyalgi Forbund
 Norges Handikapforbund
 Norges Juristforbund
 Norges kristelige legeforening
 Norges Optikerforbund
 Norges Tannteknikerforbund
 Norsk Audiografforbund
 Norsk Epilepsiforbund
 Norsk Ergoterapeutforbund
 Norsk Forbund for psykoterapi
 Norsk Forbund for utviklingshemmede
 Norsk Forskerforbund
 Norsk Fysioterapeutforbund
 Norsk Helsesekretærforbund
 Norsk Kiropraktorforening
 Norsk Logopedlag
 Norsk Manuellterapeutforening
 Norsk Osteopatforbund
 Norsk Pasientforening
 Norsk Pensjonistforbund
 Norsk Presseforbund
 Norsk Psoriasisforbund
 Norsk Psykiatrisk Forening
 NorskPsykoanalytisk Institutt
 Norsk Psykologforening
 Norsk Radiografforbund
 Norsk Redaktørforening
 Norsk Revmatikerforbund
 Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste
 Norsk Sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)
 Norsk Sykepleierforbund
 Norsk Tannpleierforening
 Norsk Tjenestemannslag (NTL)
 Norske Foterapeuters Forbund
 Norske helikopteransattes forbund (NHF)
 Norske Naturterapeuters Hovedorganisasjon
 Norske Ortoplasters forening
 NOVA
 Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)

PARAT Helse
 PRISY – Privatsykehusenes fellesorganisasjon
 Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
 Redd Barna
 Ringvoll Klinikken
 Rokkansenteret
 Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon
 Samfunnsviterne
 Senioresnes fellesorganisasjon
 SINTEF Helse
 Statstjenestemannsforbundet
 Stiftelsen Norsk Luftambulanse
 TEKNA
 UNIO
 Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
 Utdanningsforbundet
 Vestlandske Blindeforbund
 Volvat Medisinske Senter AS
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Følgende instanser har hatt realitetsmerknader til forslaget:

Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet
 Finansdepartementet

Datatilsynet
 Direktoratet for forvaltning i IKT
 Helse Midt-Norge RHF
 Helse Nord RHF
 Helse Vest RHF
 Helse Sør-Øst RHF
 Helsedirektoratet
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
 Oslo universitetssykehus HF
 Senter for sjeldne diagnoser OUS Rikshospitalet
 Statens seniorråd
 Statens strålevern

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag
 Østfold fylkeskommune
 Rådet for likestilling av funksjonshemmede i Nord-Trøndelag
 Rådet for likestilling av funksjonshemmede i Buskerud

Arbeidsgiverforeningen SPEKTER
 Den Norske Legeforening
 Foreningen for Kroniske Smertepasienter
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)
 Norges Interne Revisorers Forening
 Norsk Radiografforbund
 Norsk Sykepleierforbund

Pensjonistforbundet
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Følgende instanser har uttalt at de ikke vil inngi
høringsuttalelse eller at de ikke har merknader til
forslaget:

Arbeidsdepartementet
Justis- og beredskapsdepartementet

Landbruks- og matdepartementet
Miljøvern departementet
Nærings- og handelsdepartementet
Samferdselsdepartementet
Utenriksdepartementet

Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri
Helseregion Øst og Sør
Statens legemiddelverk

3 Helseforetaksmodellen

3.1 Målsettingen med innføring av helseforetaksmodellen

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

I løpet av 1990-årene ble det gjennomført mange større utredningsarbeider innenfor helse-tjenesteområdet. I 2000 ble det vedtatt fire nye helselover som fikk stor betydning for driften av spesialisthelsetjenesten. Det var spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Pasientene fikk en sterkere rettsstilling gjennom lovfesting av materielle og prosessuelle rettigheter overfor helsetjenesten. Rettighetsfestingen og den generelle utviklingen i retning av at befolkningen blir stadig bedre i stand til å skaffe seg kunnskap om sin egen helsetilstand, foruten de mulighetene som finnes for behandling, har medført at spesialisthelsetjenesten er blitt stilt overfor pasienter med vesentlig større forventninger 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. 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 tre 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

Utvalget mente at ledelsens autoritet var avhengig av 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 fylkeskommunen 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 regjeringen (Regjeringen Stoltenberg I) at det var nødvendig å samle ansvaret og styringsvirkemidlene på én hånd gjennom statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. 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 for og eierskapet til spesialisthelsetjenesten til staten og organisere spesialisthelsetjenesten i en helseforetaksmodell, var først og fremst å klargjøre rollefordeling og ansvarsfordeling innenfor spesialisthelsetjenesten i den hensikt å legge til rette for et bedre tjenestetilbud og bedre 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. januar 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 utøvelse av helseforetakenes 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. Det nederste nivået er helseforetakene som eies av de regionale helseforetakene. Hverken de regionale helseforetakene eller helseforetakene er underordnede forvaltningsnivåer. De er selvstendige foretak og datterforetak som styres gjennom eierstyring.

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 besluttet 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.

Helseforetaksloven § 4 pålegger staten å organisere hele den offentlige spesialisthelsetjenesten etter bestemmelsene i helseforetaksloven. Regionale helseforetak må opprettes av Kongen i statsråd, jf. helseforetaksloven § 8. De regionale helseforetakenes styre oppretter 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 begge foretaksnivåene. I stedet for å dublere disse bestemmelsene, benyttes begrepet "foretak", og bestemmelsen gjelder da både for de regionale helseforetakene og for helseforetakene. Samme betydning har begrepet "foretak" i dette høringsnotatet.

3.2.1 Foretak som eget rettssubjekt

For å gjennomføre en av målsetningene med innføringen av helseforetaksmodellen - å klargjøre virksomhetenes rolle og ansvar - var det nødvendig å sikre at virksomhetene selv kan ta mer ansvar for drift og økonomi. For å understøtte 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 at de 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 de inntektene de har. Foretakenes ledelse har et selvstendig ansvar for virksomhetens 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 egne rettssubjekter gir foretakene mulighet til å ta et selvstendig ansvar for drift, investeringer og resultat og til å styre virksomhetene 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 ville ikke være akseptabelt om virksomheten ved et sykehus ble helt eller delvis stanset

av økonomiske årsaker. Det er derfor fastsatt i helseforetaksloven § 5 at foretakene ikke kan gå konkurs eller være gjenstand for tvangsinndrivelse. Man kan heller ikke risikere å komme i en situasjon der omgivelsene mister tilliten til foretakenes økonomi. Det er nødvendig at omgivelsene kan ha berettiget tillit til virksomhetenes økonomiske soliditet. Det er derfor fastsatt i helseforetaksloven § 7 at eier har ubegrenset ansvar for foretakets økonomiske forpliktelser. Fordi foretakene er ansvarlige selskaper og fordi eier har ubegrenset ansvar for foretakets økonomiske forpliktelser, har lovgiver til tross for at foretakene er egne rettssubjekter, sett det nødvendig å begrense deres økonomiske frihetsgrad. Etter helseforetaksloven § 33 har foretakene ikke anledning til å treffe beslutninger som kan medføre at de tar økonomisk risiko som først realiserer seg i fremtiden. Loven begrenser foretakenes muligheter for å belaste sin fremtidige økonomi med lån. Helseforetaksloven nedlegger i § 33 forbud mot at foretakene tar opp lån uten eiers tillatelse. Foretakene har heller ikke anledning til å stille garantier for andres gjeld, som ved å kausjonere.

3.2.2 Regionale helseforetaks ansvar og oppgaver

En del av målsettingen om klarere ansvarsdeling og rollefordeling understøttes ved lovfestingen av ulike roller for de to foretaksnivåene. Helseforetaksloven § 2 definerer de regionale helseforetakene som foretak som skal legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og 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. 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 helseregionen. 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 det offentlige spesialisthelsetjenestetilbudet innenfor helseregionen. De 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 regionale helseforetakene 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 har 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 sykehus tjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste med bil, båt, fly og helikopter, tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, syke transport 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 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 helsesportsentre 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 egen regi 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.

De regionale helseforetakenes ansvar er et totalansvar. At de skal legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, vil si at de selv har ansvaret for å planlegge tjenestene basert på innbyggerens nåværende og fremtidige behov. Det fremgår dessuten av tredje ledd i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a 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. Planleggingen av tjenestene skal være forsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Dessuten pålegger § 3-4 a 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 derfor 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. Det vil si at det er helseforetakene som er tjenesteyterne innenfor spesialisthelsetjenesten. Hvilke oppgaver det enkelte helseforetaket konkret er pålagt, fremgår av helseforetakets vedtekter. I vedtektene er også eiers formål med å opprette helseforetaket tatt inn. Helseforetakene kan ikke drive med virksomhet som ikke er omfattet av det formålet som eier har fastsatt. Eier pålegger også helseforetakene oppgavene mer spesifisert gjennom krav knyttet til årlig bevilgning og i foretaksmøte. Staten kan ikke eie helseforetak direkte. De virksomhetene som yter spesialisthelsetjenester, eier staten kun indirekte gjennom sitt eierskap til de regionale helseforetakene.

3.2.4 Foretakenes styringsorganer

Helseforetaksloven fastsetter hvilke styrings- og beslutningsorganer foretakene skal ha og hvilken myndighet som er lagt til det enkelte organ. Lovfestingen bidrar til klargjøring av rolle- og ansvars plasseringen og er et viktig element i helseforetaksmodellen. Helseforetaksloven fastsetter at foretakene skal ha tre styringsorganer.

3.2.4.1 Foretaksmøte

Det øverste styringsorganet er eiermøtet som har betegnelsen foretaksmøte. I de regionale helseforetakene er departementet ved statsråden, eller den hun har gitt fullmakt, foretaksmøte. I helseforetakene er styret for det regionale helseforetaket som eier helseforetaket, foretaksmøte. Foretaksmøtet har all myndighet i foretaket og kan instruere styret i alle saker. Foretaksmøtet kan også omgjøre styrets beslutninger dersom ikke annen lovgivning er til hinder for det, som for eksempel forvaltningsloven § 35 som begrenser omgjøringsadgangen av hensyn til tredjemann.

De lovpålagte styringsorganene er de samme i de regionale helseforetakene som i helseforetakene. Et viktig styringsvirkemiddel som både departementet og de regionale helseforetakene har som eiere, er valg av styremedlemmer.

3.2.4.2 Styrets ansvar og myndighet

Foretakene skal ha to ledelsesorganer, styre og daglig leder. 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 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. Styret skal føre tilsyn med at eiers

instruksjoner 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 internkontroll.

Fordi foretakene er tildelt ansvaret 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 ved selskapsorganisering av virksomhet. Derfor har helseforetaksloven en del bestemmelser som innskrenker styrets myndighet. Eier skal treffe vedtak i saker av vesentlig betydning og ved salg av fast eiendom og eier skal fastsette låneramme for foretaket.

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

3.2.4.3 Daglig leders ansvar og myndighet

Daglig leder har et selvstendig ansvar for den daglige driften av virksomheten. Daglig leders myndighet er fastsatt i loven (legalkompetanse). Der som myndigheten skal begrenses, må dette 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. 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 styre og det regionale helseforetakets styre velger medlemmer til styrene i helseforetakene det eier. Valget skjer i

foretaksmøte. Helseforetaksloven stiller ingen kompetansekrav styremedlemmene, men med bakgrunn i regjeringserklæringen fra 2005 (Soria Moria 1) er det etablert praksis at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene velges blant foreslåtte 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 velger eier et flertall styremedlemmer som enten har eller har hatt politiske verv. Etter den ordningen har antallet styremedlemmer økt betydelig, fra tidligere ni styremedlemmer totalt til opp til 16 styremedlemmer. Eier kan når som helst bytte ut de styremedlemmene som eier selv har valgt. En slik beslutning krever ikke begrunnelse.

Etter helseforetaksloven § 22 skal det velges styremedlemmer av og blant de ansatte til de regionale helseforetakenes styre. Det følger av § 23 at de ansatte kan kreve at det også velges styremedlemmer av og blant de ansatte til helseforetakenes styre. 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 styre*.

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 styres til beste for foretaket. Ingen av styremedlemmene kan ta særlige hensyn til de grupperingene de er valgt fra. Dette er nedfelt 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 investeringslevetid. 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 gir et bedre grunnlag for økonomistyring av virksomheten. Helseforetaksloven § 44

pålegger foretakene å velge en ekstern revisor. Revisor 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 av offentleglova § 2 bokstav c. I tillegg utfører Riksrevisjonen kontroll med styringen av de regionale helseforetakene.

3.3 Nærmere beskrivelse av den nasjonale styringen av spesialisthelsetjenesten

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

3.3.1 Statens styring gjennom lovgivningsmyndigheten

Stortinget styrer spesialisthelsetjenesten gjennom relativt detaljerte regler i helselovgivningen, for eksempel gjennom spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og gjennom eget regelverk for psykisk helsevern. 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 virksomheten, som for eksempel arbeidsmiljøloven og regelverket for offentlige anskaffelser. Styring gjennom lovgivningen skjer i hovedsak på overordnet og generelt nivå. Stortinget overlater også 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 å 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 foretar overordnede nasjonale prioriteringer og stiller krav til tjenestenes kvalitet innenfor hele helsesektoren. Den nasjonale helse- og omsorgsplanen forutsettes å ville sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helse- og omsorgstjenestene.

3.3.3 Statens styring gjennom budsjettmyndigheten og økonomiske incentiver

Foretakene driver ikke næringsvirksomhet og har ikke som formål å gå med økonomisk overskudd. Bortsett fra inntekter fra ISF skal heller ikke foretakene 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 styrt etter selskapsrettlige prinsipper. Staten har ansvaret for å finansiere den offentlige spesialisthelsetjenesten. Det fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Staten er dermed både eier av foretakene og finansierer deres virksomhet. Foretakenes virksomhet blir 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 noen stiller midler til rådighet for en virksomhet, kan man stille generelle og spesifikke 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 det enkelte regionale helseforetak. På denne måten kommuniserer departementet de overordnede helsepolitiske målsettingene og nasjonale prioriteringene innenfor spesialisthelsetjenesten som krav til foretakene. Stortinget og departe-

mentet 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 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 legge føringer på foretakenes grad av fristilling.

3.3.4 Statens eierstyring

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 sykehusvirksomhet forbudt med mindre salget først legges frem for Stortinget. Helseforetaksloven sikrer også mot privatisering av den offentlige spesialisthelsetjenesten ved at salg av deler av virksomheten ikke kan skje til private. Foretak kan heller ikke eie deler av virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste sammen med andre enn foretak. Foretak kan etter § 42 ikke organisere spesialisthelsetjenesten med begrenset ansvar. Disse bestemmelsene sikrer at staten styrer den offentlige spesialisthelsetjenesten alene gjennom eierstyring og motvirker dessuten utskilling og privatisering. Helseforetaksloven fastsetter de rettlige rammene for den statlige eierstyringen.

Som eier styrer departementet de regionale helseforetakene gjennom foretaksmøte. De regionale helseforetakene styrer likeledes helseforetakene gjennom foretaksmøte. Eierstyringen kan enten skje gjennom fastsettelse av vedtekter, oppnevning av styremedlemmer eller gjennom enkeltstående vedtak i foretaksmøte. All eierstyring må skje i foretaksmøte. Eier kan instruere styret 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 eller har kommet frem til styrebehandling. Beslutninger i foretaksmøte kan skje i to former, enten ved fastsettelse av

eller endring av foretakets vedtekter eller i form av instruks. Departementet kan imidlertid ikke instruere eller styre helseforetakene direkte. All eierstyring som gjelder virksomhet i spesialisthelsetjenesten, må skje gjennom foretaksmøte i de regionale helseforetakene. All eierstyring rettes mot styret, ikke direkte mot daglig leder og følgelig heller ikke mot ansatte under daglig leder. Det hindrer ikke at eier og daglig leder kan ha kontakt av informativ karakter.

Før foretaksreformen kunne staten bare styre spesialisthelsetjenesten ved lovgivnings- og myndighetsstyring og gjennom øremerkede tilskudd. 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 mye videre spekter av styringsvirkemidler.

Formaliseringen av eierstyringen gjennom foretaksmøte medvirker til å sikre at foretaket beholder en betydelig grad av fristilling i forhold til eier. Det er imidlertid ikke noe formelt rettslig hinder for at eierstyring kan benyttes til styring i enkeltsaker. 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. 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 en mye større grad av nærhet i forholdet mellom eier og virksomhet enn det som er vanlig når en virksomhet er organisert som et foretak eller selskap, for eksempel et aksjeselskap. At foretakene er foretaksorganisert medfører ikke at sykehusene og spesialisthelsetjenesten for øvrig 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 spesialisthelsetjenesten enn da spesialisthelsetjenesten var fylkeskommunal.

4 Synliggjøring av den nasjonale og politiske styringen av de regionale helseforetakene innenfor helseforetaksmodellen

4.1 Gjeldende rett

I den offentlige debatten om helseforetaksmodellen har det blitt argumentert 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 siden 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 innenfor 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 nivåets 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. Det fremgår 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 helse-

politikken 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 overordnede økonomiske ansvaret for spesialisthelsetjenesten og for den nasjonale koordineringen av ressursinstansen. At eier fullfinansierer både investeringer og drift i en virksomhet er svært uvanlig. Fullfinansieringen gir imidlertid eier et særskilt sterkt styringsvirkemiddel som er lite synlig i helseforetaksloven.

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.

4.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det forelått å ta inn bestemmelser i helseforetaksloven som synliggjør statens og departementets overordnede politiske styring av de regionale helseforetakene og dermed tydeligere viser departementets ansvar og rolle innenfor helseforetaksmodellen.

Det ble foreslått å lovfeste praksis om at departementet skal avholde foretaksmøte i løpet av årets to første måneder for å fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer til regionale helseforetak. Det ble ikke foreslått å pålegge de regionale helseforetakene en tilsvarende plikt til å avholde foretaksmøte i helseforetakene.

Videre ble det forelått å lovfeste departementets praksis med å innhente opplysninger om virksomheten og avholde rapporteringsmøter for å holde seg orientert.

4.3 Høringsinstansenes syn

Det er forholdsvis mange som uttaler seg om forslagene. De høringsinstansene som uttaler seg, er positive til at statens og departementets overordnede politiske styring synliggjøres i helseforetaksloven selv om lovendringene ikke endrer myndighetsforholdene eller får praktiske konsekvenser for styringen av de regionale helseforetakene. Blant disse er *Landsorganisasjonen i Norge*, *Norsk sykepleierforbund*, *Den norske legeforening*, *Yrkesorganisasjonenes sentralforbund*,

Pensjonistforbundet uttaler:

”Pensjonistforbundet er positiv til høringsens forslag om rapporteringsmøter med departementet – som aktiv bør påse at lover, budsjettvedtak og regelverk overholdes.”

Oslo universitetssykehus HF uttaler:

”I gjeldende lov er departementets ansvar, som eier av de regionalt helseforetakene, lite tydelig. Forslaget klargjør og viser dynamikken i styringssystemet med departementets ansvar som eier og helseministeren som øverste politiske ansvarlig for helsepolitikken. Oslo universitetssykehus støtter at den faktiske strukturen blir synliggjort ved at den gjenspeiles i lovens tekst.”

Arbeidsgiverforeningen Spekter uttaler:

”Vi ser at noe av utfordringen ved helseforetaksmodellen er at den ikke har tilstrekkelig legitimitet i deler av befolkningen, blant annet fordi det fra noen hold hevdes at den gir et demokratisk underskudd. Enkelte mener også at sektoren har noen grad av manglende innsyn og åpenhet. I lys av dette kan vi forstå en del av forslagene i høringsnotatet men det må likevel sikres en balanse i forhold til hva som gir hensiktsmessig klarhet og ryddighet.”

4.4 Departementets vurdering

Helseforetaksloven gir et noe skjevt, eller mangelfullt, bilde av hvorledes departementet styrer de regionale helseforetakene. På bakgrunn av at høringsinstansene har uttalt seg støttende til å synliggjøre dette, har departementet blitt stående ved forslagene fra høringsnotatet. 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, jf. forslaget til endring i § 16 tredje ledd. På bakgrunn av høringen foreslås det å synliggjøre denne styringen også på helseforetaksnivå. Dette forslaget til lovendring vil ikke medføre at eier generelt kan instruere og utøve eierstyring utenom foretaksmøtene.

Det foreslås også å synliggjøre i loven at det avholdes foretaksmøte i regionale helseforetak ved begynnelsen av hvert år der eier fastsetter økonomiske og organisatoriske krav og rammer. Departementet antar at det kan være hensiktsmessig at dette synliggjøres og dermed bidrar til 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. Stortinget mottar således samlet informasjon om utviklingen i spesialisthelsetjenesten gjennom forslaget til statsbudsjett 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. Departe-

mentet 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 enhver 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 opprettholdelse 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 tilnærmingnivå kan endre seg over tid og med skiftende politisk ledelse. For ikke å undergrave styrets og daglig leders ansvar, har departementet vært relativt tilbakeholdende 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 § 16 a. 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.

5 Saker av vesentlig betydning

5.1 Gjeldende rett

De tjenestene som de regionale helseforetakene skal sørge for til befolkningen i regionen, sykehustjenester og annen spesialisthelsetjeneste, er avgjørende for borgernes velferd og de disponerer store samfunnsressurser. Derfor legger helseforetaksloven til rette for en større grad av nærhet mellom eier og foretakene og en tettere styring av foretakene enn det som er vanlig ved styringen av fristilte, egne rettssubjekter. Det er derfor fastsatt 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.

5.2 Forslaget i høringsnotatet

Bestemmelsen i § 30 er meget generelt formulert. Dette har skapt en del usikkerhet om hvorvidt aktuelle saker skal vedtas av departementet 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 kan bli omfattet 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 avgjørelser som i enkelte tilfeller bør avgjøres av noen som er politisk ansvarlig for den nasjonale helsepolitikken, kan være endringer i antall helseforetak og vesentlige endringer i sykehusenes opptaksområder. På bakgrunn av disse

erfaringene foreslo departementet i høringsnotatet at bestemmelsen omformuleres for å bli noe mer konkret og ved at de nevnte beslutningene tas inn som eksempler på saker som skal behandles av departementet i foretaksmøte.

5.3 Høringsinstansenes syn

Forholdsvis mange høringsinstanser har uttalt seg om de foreslåtte endringene i helseforetaksloven § 30.

Den norske legeforening og *Norsk sykepleierforbund* støtter en klargjøring av hva som regnes som saker av vesentlig betydning i § 30 og mener at dette bidrar til å understreke betydningen av en nasjonal og helhetlig helsepolitikk. *Landsorganisasjonen i Norge (LO)* støtter forslaget og mener at det vil tydeliggjøre departementets ansvar for viktige politiske beslutninger om organisering av sykehussektoren. *Foreningen for Kroniske Smertepasienter* mener det bør komme tydeligere frem at det er statlig nivå som har det avgjørende ordet når det gjelder nedlegging av helseforetak. Oslo universitetssykehus HF etterlyser en ytterligere klargjøring i hva som konkret ligger i denne bestemmelsen.

Arbeidsgiverforeningen Spekter viser på den annen side til sin høringsuttalelse til Nasjonal helse- og omsorgsplan der de påpekte behovet for å gi helseforetakene tilstrekkelig autonomi og myndighet til å kunne gjennomføre nødvendige omstillinger og strukturendringer. Spekter mener at forslaget ikke er i samsvar med de prinsipielle vurderingene som opprinnelig ble lagt til grunn for helseforetaksmodellen.

De regionale helseforetakene mener at den gjeldende § 30 gir en mer fleksibel løsning enn endringsforslaget. Hvilke saker eier ønsker å få seg forelagt, kan endre seg over tid idet saker som i dag anses som relevante og viktige for den politiske styringen over tid muligens ikke er det. Disse høringsinstansene mener også at det ikke er samsvar mellom forslaget og helseforetaksloven § 9 som gir styret i det regionale helseforetaket formell vedtakskompetanse til å etablere hel-

seforetak og herunder også kompetanse til å avgjøre hvorvidt det bør etableres nye helseforetak.

5.4 Departementets vurdering

Bestemmelsen i helseforetaksloven § 30 om at saker av vesentlig betydning skal vedtas i foretaksmøte for de regionale helseforetakene, er generelt formulert. Dette har skapt usikkerhet om rekkevidden av bestemmelsen i en del saker. Fordelen ved i større grad å konkretisere hvilke saker bestemmelsen i § 30 gjelder for, vil kunne være å fjerne usikkerhet om dette spørsmålet tidligere i prosessen i konkrete saker. De høringsinstansene som støtter forslaget om konkretisering gjennom lovendring, peker også på at større grad av konkretisering bidrar til å synliggjøre det nasjonale beslutningsnivåets rolle i den helhetlige helsepolitikken i loven.

Foretakene behandler et vidt spekter av saker av svært forskjellig karakter. Hvilke saker som for

eksempel anses av vesentlig samfunnsmessig betydning, vil derfor kunne variere. 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 beslutningene som er nevnt i høringsnotatet, 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 bl.a. endringer i antall helseforetak og helseforetakenes geografiske opptaksområde, skal vedtas av foretaksmøte.

Etter høringen har departementet blitt stående ved forslaget i høringsnotatet om at § 30 omformuleres for å bli noe mer konkret og ved at det tas inn eksempler på saker som skal behandles av departementet i foretaksmøte.

6 Ledelse av foretaksmøte

6.1 Gjeldende rett

Etter helseforetaksloven § 16 er eier øverste myndighet i et foretak. Eier utøver sin myndighet i foretaket i foretaksmøte. Det vil si at staten ved departementet som eier av et regionalt helseforetak treffer beslutninger i foretaksmøte i det regionale helseforetaket, mens styret i det regionale helseforetaket som eier av et helseforetak treffer beslutninger i foretaksmøte i helseforetaket. Statsråden utøver eierstyring i et regionalt helseforetak gjennom beslutninger som tas i foretaksmøte. Etter helseforetaksloven § 19 er det styrets leder som er møteleder i foretaksmøte.

6.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslås at § 19 endres slik at eier skal lede foretaksmøte, men slik at hun selv kan velge å overlate ledelsen av møtet til styreleder.

6.3 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som uttaler seg spesifikt om dette forslaget selv om de gir en generell støtte til forslagene i høringsnotatet og særlig til å synliggjøre departementets rolle og ansvarsposisjon i de regionale helseforetakene. Men de som uttaler seg, er enige i forslaget. *Landsorganisasjonen i Norge (LO)* støtter en slik synliggjøring av at foretaksmøtet er eiers møte. *Norsk sykepleierforbund* uttaler at forslaget om at statsråden skal være formell leder av foretaksmøtene, er et godt

forslag i retning av å klargjøre den statlige styringen.

6.4 Departementets vurdering

For å synliggjøre den statlige, politiske styringen av de regionale helseforetakene, mener departementet at det bør fremgå uttrykkelig av loven at foretaksmøte er eiers møte. Det vil det gjøre dersom eier, i utgangspunktet statsråden, selv leder foretaksmøtene.

Departementet har vurdert om endringen i § 19 også bør gjelde for foretaksmøte i helseforetak. Endringsforslaget vil antakelig kunne gjelde for helseforetak med én eier. Det foreslås imidlertid i punkt 8 at det åpnes for at helseforetak kan ha flere eiere. I eventuelle flereide helseforetak synes det ikke hensiktsmessig at eier er møteleder. Styreleder måtte i alle fall åpne møtet og lede det frem til eierne hadde valgt en møteleder. Alternative regler for møteledelsen i helseforetak med en og helseforetak med flere eiere synes imidlertid unødvendig komplisert. Dessuten omfatter ikke begrunnelsen for endringen foretaksmøte i helseforetak. Departementet har derfor kommet til at regelen bør være den samme for alle helseforetak og at det mest hensiktsmessige da er å beholde gjeldende bestemmelse for helseforetak.

Det foreslås derfor å foreta endring av § 19 slik at eier skal lede foretaksmøte for regionale helseforetak men slik at eier kan overlate møteledelsen til styrets leder, mens styreleder fortsatt skal lede foretaksmøte i helseforetak.

7 Felles foretaksmøte for flere foretak

7.1 Gjeldende rett

Helseforetaksloven forutsetter at staten forvalter eierskapet til de regionale helseforetakene som fire parallelle, likeverdige men adskilte, eierskap. Loven sier ikke uttrykkelig at det er nødvendig å avholde separate foretaksmøter for hvert enkelt foretak der kun personer knyttet til det enkelte regionale helseforetaket er tilstede. På den annen side regulerer ikke loven felles foretaksmøte der alle som skal eller kan være tilstede fra det enkelte foretaket er tilstede samtidig på samme sted, for eksempel i samme møterom.

7.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslås at det foretas en endring i helseforetaksloven som åpner for at eier kan avholde felles foretaksmøte for flere foretak. Det foreslås at det åpnes for den samme muligheten for felles foretaksmøte i regionale helseforetak og helseforetak.

7.3 Høringsinstansenes syn

Det er ikke så mange høringsinstanser som uttaler seg om dette forslaget, men de fleste av disse er enige i forslaget. Kun *Helse Nord RHF* og *Direktoratet for forvaltning og IKT* uttaler seg imot forslaget.

Helse Vest RHF uttaler at det kan være hensiktsmessig med felles foretaksmøter i regionale helseforetak der disse skal løse nasjonale oppgaver og samarbeide på tvers. Dette får tilslutning fra *Helse Midt-Norge RHF* og *Helse Sør-Øst RHF*. *Oslo universitetssykehus HF* mener at adgangen til felles foretaksmøter bør begrenses til særlige tilfeller. Det vil si foretaksmøte i regionale helseforetak der disse skal løse nasjonale oppgaver.

Helse Nord RHF understreker at vinklingen av foretaksmøte må reflektere den formelle strukturen og at det derfor må holdes separate foretaksmøter mellom eier og foretakene. En endring til

felles foretaksmøter kan skape utydelighet og svekke foretaksmøtets rolle.

Direktoratet for forvaltning og IKT viser til at både regionale helseforetak og helseforetak er organisert som egne rettssubjekter med egne styringsorganer. Det mener at det ikke er tilstrekkelig avklart hvordan forslaget vil kunne påvirke dagens styringssystem og styringsrelasjonen mellom eier og den enkelte foretak. Direktoratet mener derfor at det er behov for en nærmere drøfting og vurdering av dette.

7.4 Departementets vurdering

I en del tilfeller behandler eier samme saksområde og treffer samme type beslutning, til og med identisk beslutning, i foretaksmøter i alle de regionale helseforetakene. Når de regionale helseforetakene pålegges å løse nasjonale oppgaver sammen, på tvers av helseregionene, kan det særlig være hensiktsmessig at de er tilstede samtidig i foretaksmøte og at eier kan avholde ett felles foretaksmøte. Departementet ser ikke bort fra at dette også kan vise seg å være hensiktsmessig i forbindelse med andre saksområder der det vil kunne effektivisere eiers arbeid, for eksempel i enkeltstående saker der samme styringsbudskap skal formidles til alle foretakene. Departementet antar at det å avholde felles foretaksmøter i noen saker ikke vil endre styringsrelasjonen mellom eier og det enkelte foretak. Felles foretaksmøter må gjennomføres på en slik måte at det ikke skapes uklarheter i styringen av det enkelte foretak. Det forutsettes for eksempel at det skrives separate protokoller for det enkelte foretak.

Departementet har blitt stående ved å foreslå at det foretas en endring i helseforetaksloven § 16 annet ledd som åpner for at eier kan avholde felles foretaksmøter for flere foretak. Etter departementets vurdering er det ikke rimelig å foreta en innskrenkning i styremedlemmenes rettigheter med den begrunnelse at det er uhensiktsmessig med mange tilstedeværende. Det foreslås derfor ikke noen begrensning i styremedlemmenes rett til å

være til stede i de tilfellene eier innkaller til felles foretaksmøter.

Departementet forutsetter at det ikke vil være hensiktsmessig å gjennomføre felles foretaksmø-

ter der ett eller flere helseforetak er flereide og foreslår at det kun åpnes for felles foretaksmøte for foretak med en felles eier.

8 Utvikling av helseforetaksmodellens organisatoriske valgmuligheter

8.1 Gjeldende rett

Helseforetaksloven inneholder bestemmelser om etablering av foretaksstrukturen innen spesialisthelsetjenesten. Målet med organiseringen har vært å etablere en helhetlig organisasjons- og ansvarsform med vekt på å skape klar ansvars- og rollefordeling. Loven inneholder regler for etablering av regionale helseforetak, helseforetak og andre virksomheter. Foretak står derfor ikke fritt til å velge hvordan spesialisthelsetjenesten skal organiseres.

Norge skal inndeles i så mange helseregioner som Kongen bestemmer og i hver helseregion skal det være ett regionalt helseforetak, jf. lovens § 4 første ledd. 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. Det eksisterer i dag fire regionale helseforetak i Norge som skal sørge for spesialisthelsetjeneste til befolkningen i de respektive tilhørende helseregionene.

Helseforetak er virksomhet som er direkte eiet av ett regionalt helseforetak alene 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. lovens § 2 tredje ledd annet punktum. Den utøvende virksomheten, det vil si den faktiske ytelsen av spesialisthelsetjenester til befolkningen, skal altså organiseres som helseforetak. Regionalt helseforetak hefter ubegrenset for forpliktelsene til egne eide helseforetak, jf. lovens § 7.

Det er kun regionale helseforetak som kan eie helseforetak. Helseforetak kan derfor ikke eie helseforetak. Helseforetaksloven § 42 fastsetter nærmere regler og begrensninger for hvordan virksomheter eid av 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 spesialisthelsetjeneste, 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.

§ 42 annet ledd fastslår videre at regionale helseforetak og helseforetak som i samarbeid med andre regionale helseforetak og helseforetak 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 upraktisk 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, jf. loven § 7. 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 § 42 tredje ledd kan foretak etablere ny virksomhet eller skille ut deler av eksisterende virksomhet som består av ikke-medisinske funksjoner (det vil si funksjoner som i seg selv ikke er spesialisthelsetjeneste). Dersom de ønsker å organisere samarbeidet som et eget rettssubjekt, må det organisere med begrenset ansvar. Foretak kan eie denne type virksomheter alene eller sammen med andre. En grunnforutsetning for at foretak kan eie virksomheter som ikke yter spesialisthelsetjeneste, er at det er egnet til å fremme foretakets formål. Hva som er foretakets formål må ses i lys av ansvar og det enkelte foretaks vedtekter.

8.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet forelås det å åpne for at helseforetak skal kunne eie helseforetak. Videre foreslås at foretakene i stedet for å organisere spesialisthelsetjeneste som ansvarlig selskap, skal kunne legge slike oppgaver til ett helseforetak som de eier i felleskap. Det foreslås at både regionale helseforetak og helseforetak skal kunne delta som eiere i flereide helseforetak. Det foreslås at organisasjonsformen skal være valgfri og at det ikke blir nødvendig å omorganisere eksisterende ansvarlige selskap til helseforetak.

I høringsnotatet ble det ikke tatt standpunkt til om virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjenester, men støttefunksjoner som er nødvendige og sentrale forutsetninger for at det kan ytes spesialisthelsetjenester, bør kunne organiseres som helseforetak.

8.3 Høringsinstansenes syn

En god del av høringsinstansene uttaler seg om forslaget om å åpne for at flere foretak kan eie helseforetak sammen. Kun *Foreningen for Kroniske Smertepasienter* og *Direktoratet for forvaltning og IKT* støtter ikke forslaget.

Foreningen for Kroniske Smertepasienter mener at denne løsningen vil være med på å bygge opp enda et byråkratisk ledd som tar midler bort fra brukerne.

Direktoratet for forvaltning og IKT uttaler:

”Difi mener at forslaget bør underlegges en grundigere analyse med sikte på å vurdere alle relevante alternativer og mulige konsekvenser av disse. Vi mener for øvrig at det vil være naturlig å se behovet for utvikling av helseforetaksmodellens organisatoriske valgmuligheter i sammenheng med det utredningsarbeidet som det er vist til i høringsnotatet.

Difi mener spesielt at forslaget om å åpne for at helseforetak kan eie helseforetak vil innebære en vesentlig utvidelse av helseforetaksmodellen. Vi har i denne forbindelse merket oss at 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. Dette åpner for ulik praksis og et større mangfold med hensyn til valg av organisatoriske løsninger. Vi mener det er grunn til å reise spørsmål ved om dette vil være hensiktsmessig”

Omtrent halvparten av høringsinstansene uttaler seg om hvorvidt nødvendige og sentrale støttefunksjoner skal kunne organiseres som helseforetak. De som uttaler seg, støtter forslaget unntatt en høringsinstans:

Oslo universitetssykehus HF uttaler:

”*Oslo universitetssykehus* mener at spesielt når det gjelder ikke-medisinske tjenester bør det inngå i vurderingene som gjøres om man i stedet burde styrke anvendelsen av aksjeselskapsmodellen i praksis framfor å benytte helseforetaksmodellen som opprinnelig er utformet for eneeier.”

8.4 Departementets vurdering

8.4.1 Virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste

Virksomhet som ikke er spesialisthelsetjeneste, kan et helseforetak etablere eller skille ut og organisere som AS. Er virksomheten spesialisthelsetjeneste, kan et helseforetak eie den sammen med andre foretak, men helseforetaksloven har ingen organisatorisk løsning for at et helseforetak kan eie et helseforetak alene.

I en del tilfeller er det ønskelig at oppgaver løses på nasjonalt nivå. Eksempler på slike oppgaver kan være utredning og utvikling, støttefunksjoner som det er hensiktsmessig å samarbeide om og helsetjenester som det ikke er hensiktsmessig å tilby flere steder. Helseforetaksloven har ingen særskilt organisatorisk løsning for oppgaver som må løses på overregionalt, nasjonalt nivå. Slike virksomheter kan i dag ikke organiseres som helseforetak, men må organisere som ansvarlig selskap. Eksempler på virksomhet eid av alle de regionale helseforetakene i fellesskap er Luftambulansetjenester ANS og Pasientreiser ANS.

Departementet har vurdert behovet for å åpne for at helseforetak alene eller flere regionale helseforetak og helseforetak sammen skal kunne organisere virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste som helseforetak. Helseforetak er en selskapsform som er tilpasset offentlig spesialisthelsetjeneste. Den vil i større grad enn ansvarlig selskap kunne gjøre at virksomheten vil fremstå som en naturlig og integrert del av den offentlige helsetjenesten. Den har tettere og sterkere eierstyring og sterkere grad av demokratisk styring og kontroll enn andre selskapsformer. Selskapsformen er utviklet for å organisere det offentliges ansvar for en viktig velferdstjeneste. Helseforetak kan ikke gå konkurs. Eier er fullt ut økonomisk ansvarlig for virksomheten.

Dette dreier seg om offentlige 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 foretakene i stedet for å organisere slik virksomhet som ansvarlige selskaper, skal kunne legge slike oppgaver til ett helseforetak som de eier i fellesskap.

Departementet har blitt stående ved 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 helseforetak, bør virksomheten så langt som mulig ikke omsette varer og tjenester i et marked til private, men kun betjene sin eiers eller sine eieres behov. Dette skyldes først og fremst de lovfestede økonomiske fordelene som tilsvarende private virksomheter ikke har – skattefritak og statsgarantier.

8.4.2 Virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste

I en del tilfeller kan det være ønskelig å kunne etablere eller skille ut virksomhet som i seg selv ikke er spesialisthelsetjeneste og organisere den som eget rettssubjekt. Dette kan være støttefunksjoner som er nødvendige og sentrale forutsetninger for at det kan ytes spesialisthelsetjenester til befolkningen og for at sektoransvaret kan ivaretas. Slik virksomhet kan i dag ikke organiseres som helseforetak, men må organiseres som aksjeselskap enten den eies av ett eller flere foretak. 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 har vurdert 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. Organisering av virksomhet som yter ikke medisinske støttetjenester, som helseforetak vil kunne legge til rett for hensiktsmessig fellesorganisering. Det kan være ressursbesparende at f.eks. regionale helseforetak i samarbeid etablerer enheter som skal ivareta slike sentrale oppgaver. Det vil kunne vise seg hensiktsmessig for tjenester som for eksempel regnskapstjenester, lønns- og personaladministrasjon, rekruttering og ansettelse, innkjøp og logistikk, IKT og eiendomsforvaltning.

På bakgrunn av høringen som ga god støtte til at det er behov for å åpne for at støttefunksjoner som er nødvendige og sentrale forutsetninger for at det kan ytes spesialisthelsetjenester, bør kunne organiseres som helseforetak, mener også departementet at det bør åpnes for dette i helseforetaksloven.

Dersom virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste, organiseres som helseforetak, vil eier bli fullt ut økonomisk ansvarlig for virksom-

heten. 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 styret på helseforetaksnivå. Det er fra 2006 etablert praksis at et flertall av de eieroppnevnte styremedlemmene velges blant foreslåtte 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.

8.4.3 Virksomhet som hverken yter spesialisthelsetjeneste eller tjenester som er en sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjeneste

Foretak kan eie virksomhet 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, vedtekter 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. Departementet mener at dersom foretak ønsker å skille ut virksomhet som hverken yter spesialisthelsetjeneste eller er en nødvendig og sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjeneste, må virksomheten fortsatt organiseres med begrenset ansvar. Dette har sammenheng med at staten ikke bør bli ansvarlig for gjeldsforpliktelser som ligger på siden av utøvelsen av selve spesialisthelsetjenesten eller den sentrale tilretteleggingen av denne.

9 Omdanning fra en annen tilknytningsform til foretak etter helseforetaksloven

9.1 Gjeldende rett

Helseforetaksloven § 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.

9.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått at også kommunal virksomhet skal kunne omdannes etter denne bestemmelsen til foretak etter helseforetaksloven.

9.3 Høringsinstansenes syn

Ingen av høringsinstansene har hatt merknader til dette forslaget.

9.4 Departementets vurdering

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. Det foreslås derfor at helseforetaksloven § 50 endres slik at eventuell omdanning av kommunal virksomhet ved virksomhetsoverdragelse til foretak reguleres tilsvarende. Det foreslås også en omformulering og klargjøring av teksten, ikke innholdsmessig endring, i bestemmelsens siste ledd.

10 Privates rolle innenfor helseforetaksmodellen

10.1 Gjeldende rett

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 sjette 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. Helsetjenester fra private anskaffes i hovedsak etter inngåelse av drift- og rammeavtaler.

10.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått en bestemmelse om at de regionale helseforetakene, i forbindelse med langsiktig, strategisk planlegging, skal synliggjøre foretakenes ansvar for å vurdere om det kan bli aktuelt å bruke private tjenesteytere til å oppfylle sektoransvaret.

10.3 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som uttaler seg om dette forslaget. Alle som uttaler seg støtter forslaget med unntak av en høringsinstans.

Helsedirektoratet uttaler:

”Direktoratet er enig i at de private virksomhetenes behov for langsiktige og forutsigbare rammebetingelser bør ivaretas. Presiseringen i forslaget av at det er i sin langsiktige planlegging at de regionale helseforetakene skal vurdere private virksomheters rolle, ivaretar etter vår mening dette behovet.”

Landsorganisasjonen i Norge uttaler:

”LO viser til de innledende merknadene om overordnede føringer for sykehuspolitikken. Den foreslåtte § 2 a legger beslutningsmyndighet om bruk av private helsetjenester til de regionale helseforetakene. LO støtter ikke forslaget.”

10.4 Departementets vurdering

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. Noe av kritikken mot helseforetaksmodellen har 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 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 om tjenester skal leveres av private og hvor omfattende disse tjenester i så fall skal være. 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. Etter høringen har departementet blitt stående ved forslaget om å ta en slik bestemmelse inn i helseforetaksloven § 2 a. Forslaget medfører ingen plikt for de regionale helseforetakene til å anskaffe private spesialisthelsetjenester.

11 Revisjonsutvalg og internrevisjon

11.1 Gjeldende rett

Helseforetaksloven § 28 stiller krav til styret, både i regionale helseforetak og helseforetak, om at det skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med helseforetaksloven § 1, eiers beslutninger i vedtekter og foretaksmøte og vedtatte planer og budsjetter. I tillegg pålegger loven at styret for regionale helseforetak skal drive tilsvarende tilsyn med foretaksgruppen. Det vil si at styret også skal drive tilsyn med helseforetakene som regionalt helseforetak eier. Helseforetaksloven § 37 stiller krav til daglig leder for regionalt helseforetak om å føre tilsyn med helseforetakene som det regionale helseforetaket eier og påse at virksomhetene drives i samsvar med vedtekter og vedtak truffet av foretaksmøte og styre.

Etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, er foretakene pålagt å etablere internkontroll og sørge for at virksomhet 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. Sett i sammenheng med spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om plikt til forsvarlighet, har de regionale helseforetakene et omfattende ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen tilbys forsvarlig spesialisthelsetjeneste.

I foretaksmøter i januar 2005 ble alle de regionale helseforetakene pålagt å etablere en internrevisjon 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 foretaksmøter i januar 2006 ble det presisert at også styremedlemmer valgt av og blant de ansatte kan være medlemmer av kontrollkomiteen. I foretaksmøter i januar 2008 fikk de regionale helseforetakene ytterligere instruksjoner om intern kontroll, risikostyring og organisering:

1. "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. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.
2. 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.

3. 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."

11.2 Forslaget i høringsnotatet

På bakgrunn av at lovgivningen stiller omfattende krav til de regionale helseforetakenes tilsyn, internkontroll og virksomhetsstyring, påla departementet i 2005 at dette arbeidet skulle understøttes med organisatoriske tiltak i form av opprettelse av styrets revisjonskomite og internrevisjon. Gode erfaringene med å organisere revisjonsarbeidet på denne måte i egne, faste organer, førte til at departementet i høringsnotatet foreslo at dette burde bli en obligatorisk lovfestet del av foretaksmodellen.

Departementet foreslo også at internrevisjonen får lovfestet rett til opplysning fra hele foretaksgruppen så langt opplysningene er nødvendige for å kunne utføre det lovpålagte revisjonsarbeidet. Det ble foreslått at helsepersonell i slike tilfeller skal ha adgang til å gi pasientopplysning som er taushetsbelagte etter helsepersonelloven. Forslaget forutsatte at opplysningene som skal gis, så langt som mulig skal gis uten individualiserende kjennetegn.

11.3 Høringsinstansenes syn

Så godt som alle høringsinstansene gir sin tilslutning til forslaget om å lovfeste krav om etablering av internrevisjon i de regionale helseforetakene. De fleste gir tilslutning til, eller har ikke merknader til, at internrevisjonen får rett til innsyn i taushetsbelagte opplysninger som er nødvendig for å utføre revisjonen. *Datatilsynet* og *Foreningen for Kroniske Smertepasienter* er imidlertid svært skeptiske til at internrevisjonen skal ha tilgang til pasientopplysninger og går i mot dette forslaget.

Norges Interne Revisorers Forening uttaler:

"Internrevisjonen har en viktig rolle på vegne av styret når det gjelder å påse at virksomheten har etablert god risikostyring og internkontroll, og at det etterleveres i praksis. Vi er positive

til forslaget om å videreføre praksisen med internrevisjon i de regionale helseforetakene gjennom å lovfeste pålegg om etablering av internrevisjon og tror dette kan bidra til å styrke internrevisjonens legitimitet og klargjøre dens organisatoriske plassering."

Norges Interne Revisorers Forening uttaler videre:

"Det er lovutkastets hensikt å pålegge etablering av internrevisjon for å bistå styret med sitt tilsynsansvar og få bekreftelse på at ledelsen har etablert tilstrekkelig internkontroll for å ta ned risikonivået slik at målsettinger nås. Videre spesifiserer utkastet rapporteringslinjer, hvilke området som ligger inn under internrevisjonens risikounivers samt tilgangsrettigheter til opplysninger. Lovteksten stiller imidlertid ingen krav om at internrevisjonen skal arbeide etter anerkjente standarder. Et slikt krav vil kunne fremheve det unike med internrevisjon som skiller denne funksjonen fra andre kontroll- og bekreftelsesfunksjoner; uavhengighet og systematisk og metodisk tilnærming."

Pensjonistforbundet uttaler:

"Ved en aktiv revisjonsvirksomhet kan ulikheter mellom de enkelte helseforetaks virksomhet og uregelmessigheter i driften oppdages. Dette er svært viktig for at ventetider skal kunne reduseres og uheldige hendelser med feil behandling skal unngås."

Helsedirektoratet uttaler:

"I høringsnotatet punkt 4.11 foreslår departementet en ny bestemmelse om internrevisjon i de regionale helseforetakene og helseforetak. Direktoratet støtter forslaget om å lovfeste rammene for tilsyns- og revisjonsarbeidet for å underbygge legitimiteten for styrets revisjonskomité og internrevisjonen. Internrevisjon er også et viktig element i internkontrollarbeidet. Det er viktig at plikten til internkontroll blir fremhevet og at den skal gjelde på alle nivåer."

Den norske legeforening uttaler:

"Legeforeningen forventer at internrevisjon vil omfatte mer enn bare økonomi, slik at hele spekteret av oppgaver kan være gjenstand for revisjon, som utvikling av IKT-systemer, overholdelse av arbeidsmiljøloven, kvalitet, pasient-

sikkerhet, nødvendig kompetanseutvikling og etterutdanning med mer.”

Statens strålevern uttaler:

”Krav til tilsyn og internkontroll er for øvrig spesielt viktig i store organisasjoner. En utfordring for store organisasjoner er hensiktsmessig organisering for å ivareta krav i lover og forskrifter, ha fungerende systemer og verktøy, samt klare ansvarslinjer. Strålevernets erfaring med revisjonstilsyn av helseforetak avdekker ofte uklare ansvarslinjer og uoversiktlig organisering for å ivareta strålevernet ved virksomheten. En lovpålagt internrevisjon vil være til stor hjelp for virksomheten for å evaluere om dagens organisasjon fungerer etter hensikten og at virksomheten er i stand til å oppfylle forskriftskrav og ivareta sine oppgaver på en forsvarlig, oversiktlig og enhetlig måte.”

Yrkesorganisasjonenes sentralforbund uttaler:

”YS vil presisere at ansattvalgte i styrene skal kunne delta på lik linje med øvrige styremedlemmer i styrets revisjonskomite.”

Datatilsynet uttaler:

”Taushetsplikten er under konstant press. Unntakene har etter hvert blitt mange og flyten av helseopplysninger, som med lovgivers tillatelse, går til ulike faglige og administrative instanser er stor og økende. Det er også et økt press på tilgang til pasientdata på tvers av virksomheter.

Datatilsynet er bekymret over at det stadig lovhjemles nye unntak fra helsepersonells taushetsplikt, selv om det normalt er gode formål om begrunner unntakene.

Datatilsynet ser at anførte hensyn for utvidelse av helsepersonellovens § 26 første ledd ivaretar legitime formål.”

Den norske legeforening uttaler:

”Legeforeningen er opptatt av at taushetsbelagte opplysninger kun skal innhentes i det omfang som er nødvendig.

.....

Legeforeningen er enig i behovet for og hensiktsmessigheten av internrevisjon på regionalt nivå, men mener det er nødvendig at tilgangen til opplysninger for det regionale nivået reguleres i eget ledd i § 26 eller i en egen

bestemmelse, og at formålet med dokumentasjonsinnhenting tydeliggjøres. Dette for å hindre innhenting av taushetsbelagt informasjon til andre formål enn ren internrevisjon.”

11.4 Departementets vurdering

Etter at departementet som eier av de regionale helseforetakene i 2005 besluttet at det skulle etableres internrevisjon, har erfaringene vist at dette er et egnet virkemiddel i foretakene. På denne bakgrunn har departementet kommet til at internrevisjonen bør inngå som en obligatorisk del av foretaksmodellen. Etter tilslutningen i høringen er departementet blitt styrket i sitt syn på at praksis med internrevisjon i de regionale helseforetakene bør videreføres og at lovfesting av ordningen kan bidra til å styrke internrevisjonens legitimitet. Det foreslås derfor en ny bestemmelse i helseforetaksloven § 21 a om opprettelse av revisjonsutvalg og om utvalgets oppgaver.

Hensikten med å etablere en lovfestet internrevisjon er at den skal være en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som skal tilføre merverdi og forbedre virksomhetens drift. Den skal bidra til at virksomheten oppnår målsettingene ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av virksomhetens prosesser for risikostyring, kontroll og virksomhetsstyring. Internrevisjonen skal ha en viktig rolle på vegne av styret når det gjelder å påse at virksomheten har etablert god risikostyring og internkontroll og at det etterleves i praksis.

Internrevisjonens hovedoppgave vil være å avgi bekreftelse til styret og ledelsen på at det er iverksatt hensiktsmessig risikostyring i samsvar med virksomhetens målsettinger og at det er etablert internkontroll som tar identifisert risiko ned til akseptabelt nivå. Departementet foreslår en ny bestemmelse i helseforetaksloven § 37 a om etablering av internrevisjonsfunksjon.

Da departementet gjennom eierstyring påla de regionale helseforetakene å opprette et underutvalg av styret ble det betegnet som ”revisjonskomite”. Gjennom høringen har departementet blitt oppmerksom på at i de senere år har betegnelsen ”revisjonsutvalg” blitt benyttet i lover, forskrifter og offentlige dokumenter, som for eksempel i lovforslag om endringer i revisorloven i 2009 og i NOU 2011:8 Ny finanslovgivning. Etter dette mener departementet at det vil være riktig å benytte begrepet ”revisjonsutvalg” også i helseforetaksloven fordi det er hensiktsmessig med ensar-

tet betegnelse i offentlige dokumenter og regelverk.

På bakgrunn av uttalelsen fra *Norges Interne Revisorers Forening* ser departementet at det bør fremgå av lovteksten at internrevisjonen skal arbeidet etter anerkjente standarder, og foreslår å ta dette inn i lovteksten i § 37 a tredje ledd.

Den foreslåtte internrevisjonen skal også foreta internrevisjon i helseforetakene som det regionale helseforetaket eier. For å kunne gjennomføre dette, vil internrevisjonen ha 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 den imidlertid i kraft av eierposisjonen kunne kreve at et helseforetak gir innsyn, også i interne opplysninger, slik at den lovpålagte internrevisjonen kan få utført sine oppgaver.

Hvilke opplysninger det er behov for å få innsyn i, vil variere etter hva som er tema for internrevisjonen. Dersom revisjonstema er om helseforetak har etablert internkontroll, utfører pålagt risikostyring eller om helseforetakene iverksetter tiltak for å nå de fastsatte målene, antas det at internrevisjonen i utgangspunktet ikke vil ha behov for taushetsbelagte opplysninger.

Dersom det utføres internrevisjon med driftsmessige og administrative deler av virksomheten til helseforetakene, kan revisjonen ha behov for innsyn i opplysninger som er taushetsbelagte. Internrevisjon av 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, jf. helseforetaksloven § 5, 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 vil være til hinder for at helseforetakene gir internrevisjonen innsyn også i slike opplysninger på linje med at slike opplysninger kan gis til daglig leder av det regionale helseforetaket i forbindelse med at daglig leder utøver tilsyn etter § 37 annet ledd.

Foretakene er pålagt å sikre befolkningen lik tilgang på spesialisthelsetjenester av god kvalitet. For at de regionale helseforetakenes internrevisjon på vegne av styret skal kunne påse at helseforetakene 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. Behovet for slike opplysninger vil også kunne være til stede ved internrevisjon med helseforetakenes virksomhetsstyring. 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 internrevisjonen uten hjemmel.

Hensikten med å pålegge egne organer for internrevisjon var bl.a. å legge til rette for kontinuerlig internrevisjon som en del av virksomhetsstyringen av helseforetakene. 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. Gitt at de regionale helseforetakene får et lovpålagt ansvar for å etablere internrevisjon i foretaksgruppen, må internrevisjonen samtidig gis mulighet til å benytte verktøy som anses hensiktsmessig og nødvendig for å kunne fylle oppgaven. Muligheten til å initiere og drive forbedringsarbeid og kontroll gjennom ulike typer revisjoner er verktøy som vurderes som hensiktsmessig og nødvendig. Departementet mener derfor at internrevisjonen bør få tilgang til taushetsbelagte opplysninger i den grad det er nødvendig for revisjonsarbeidet i foretaksgruppen. Det foreslås således en bestemmelse i § 37 a fjerde ledd som gir internrevisjonen adgang til, uten hinder av taushetsplikt, å kreve enhver opplysning, redegjørelse eller dokument og å foreta de undersøkelser som den finner nødvendig for å utføre internrevisjon. Forslaget vil gi helsepersonell adgang til å gi pasientopplysninger til internrevisjonen etter helsepersonelloven § 23 nr. 6.

Det forutsettes at opplysningene er *nødvendige* for å utføre internkontroll. De som mottar opplysningene, får tilsvarende taushetsplikt om de opplysningene de har mottatt. Helsepersonell har opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og helsetil-

synet 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.

12 Begrensning i foretakenes adgang til å ta opp lån

12.1 Gjeldende rett

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. 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 foretaksmøte 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 rammestyttes ikke, men

de regionale helseforetakene kan bare ta opp driftskreditt og lån til investeringsformål gjennom statens ordninger.

12.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått at lovbestemmelsen endres til at foretak ikke kan 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.

12.3 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som har uttalt seg om dette forslaget. De som har uttalt seg, har gitt generell tilslutning til forslaget uten å kommentere det nærmere.

12.4 Departementets vurdering

På bakgrunn av høringen foreslår departementet at lovbestemmelsen endres til at foretak ikke kan 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.

13 Åpne styremøter

13.1 Gjeldende rett

Helseforetaksloven inneholder i dag en rekke saksbehandlingsregler som omhandler gjennomføringen av styremøter i regionale helseforetak og helseforetak, men ingen bestemmelser som gir pålegg til styret om åpne eller lukkede styremøter. I utgangspunktet sto derfor styrene i foretakene fritt til å bestemme om styremøtene skulle være åpne eller lukket.

Høsten 2003 besluttet imidlertid departementet at styremøter i både regionale helseforetak og helseforetak skal være åpne. Kravet om åpenhet gjaldt fra og med 2004. En viktig begrunnelse for dette var at foretak regulerer fellesgoder av stor betydning for befolkningen, og at åpne styremøter bidrar til å understøtte tillit og legitimitet til foretakene.

I styringsdokumentet for regionale helseforetak for 2004 ble beslutningen fulgt opp med følgende pålegg:

”Styremøter i regionale helseforetak og helseforetak skal være åpne.

Dersom de spørsmål som skal drøftes er av en slik karakter at det foreligger et reelt og saklig behov for å lukke møtet ved behandling av en eller flere saker, kan styrene vurdere å gjøre dette dersom lukkingen er forenlig med prinsippene i offentlighetslovens unntaksbestemmelser.

Vurderingen av en eventuell lukking av deler av møtet skal gjøres på møtetidspunktet. Det skal ikke utvikles en praksis som svekker intensjonen om at styremøter skal understøtte tillit og legitimitet for foretakene.”

Lov 19. juni 1970 nr. 69 om offentlighet i forvaltningen (offentlighetsloven) er vedtatt opphevet og er avløst av lov 19. mai 2006 nr. 16 om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova). Offentleglova trådte i kraft 1. januar 2009. Offentleglova gjelder dokumentoffentlighet og ikke møteoffentlighet. Styringsdokumentets pålegg inneholder likevel en kobling til reglene om dokumentoffentlighet i forhold til grunnlag og

begrunnelse for at styremøter skal eller kan lukkes under behandlingen av enkeltsaker. Bakgrunnen for denne koblingen er at hensynene som begrunner unntak etter offentliglova og hensynene som begrunner eventuell lukking av styremøter i foretakene, stort sett vil være sammenlignbare og således ha overføringsverdi.

Etter styringsdokumentets pålegg er hovedregelen at styremøter skal være åpne. Dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan møter lukkes for behandling av enkeltsaker. Lukkingen må være forenlig med prinsippene i offentliglovas unntaksbestemmelser. Vurderingen er i utgangspunktet overlatt styrets skjønn. Dersom det foreligger lovbestemt taushetsplikt i en sak som behandles, har imidlertid styret ikke bare en rett, men også en plikt, til å holde møtet for lukkede dører.

I lovgivningen for andre offentlig eide virksomheter er spørsmålet om åpne eller lukkede styremøter noe forskjellig regulert. Lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) har en bestemmelse om møteoffentlighet, jf. lovens § 31. At det er oppstilt et alminnelig utgangspunkt om åpne møter i kommunale organer har sammenheng med at møteoffentlighet er en viktig del av lokaldemokratiet. Bestemmelsen inneholder en hovedregel om åpne møter og har enkelte bestemmelser som åpner for å lukke møter. Unntakene er knyttet til taushetsplikt samt hensynet til personvern eller andre tungtveiende private eller offentlige interesser. Personalsaker skal alltid behandles i lukkede møter.

Lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler har en bestemmelse som omhandler åpne og lukkede styremøter i statlige universiteter og høyskoler, jf. lovens § 9-6 sjette ledd. Styrets møter skal som hovedregel holdes for åpne dører. Styret kan imidlertid vedta at møtene skal holdes for lukkede dører, eller at bestemte saker skal behandles for lukkede dører. Etter denne bestemmelsen er det i praksis ingen rettslige skranker for adgangen til å treffe vedtak om lukking utover det generelle kravet om at dette må skje på grunn-

lag av en saklig og velbegrunnet avveining av motstående hensyn.

13.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslås at styremøter i regionale helseforetak og helseforetak som hovedregel skal holdes for åpne dører. Selv om styremøtene i størst mulig grad bør være åpne, foreslo departementet noen unntak som ble ansett nødvendig av hensyn til taushetsplikt og personvern og andre tungtveiende private eller offentlige interesser. Unntakene korresponderer i prinsippet med offentliglovas regler om unntak fra innsyn i offentlige dokumenter.

13.3 Høringsinstansenes syn

Omtrent halvparten av høringsinstansene uttaler seg om forslaget til når styremøter skal/kan holdes for åpne eller lukkede dører. De fleste av de som uttaler seg støtter departementets forslag.

Arbeidsgiverforeningen Spekter som i utgangspunktet mener at alle styremøter i foretak bør være lukket, ser at foretakene har en del oppgaver som har stor politisk oppmerksomhet der det kan være naturlig med innsyn, men påpeker at det er viktig at det gis anledning til å lukke møtene når de behandles saker som tilsier det. *Oslo universitetssykehus HF* mener at det også vil være behov for å lukke styremøter når det behandles saker av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen.

Norsk sykepleierforbund uttaler:

”Norsk sykepleierforbund vil understreke at en lovhjemlet praksis med åpne styremøter ikke må medføre at man i større utstrekning diskuterer, og i realiteten avgjør saker i form av styreseminarer eller andre faktiske, alternative arenaer til de formelle styremøtene.”

Den norske legeforening uttaler:

”Legeforeningen støtter lovfestingen av åpne styremøter og finner det riktig at loven understøtter åpenhet. Unntakene synes velbegrunnede.

.....

Det er imidlertid viktig som departementet skriver i høringsnotatet at styret i all hovedsak må holde styremøtene åpne slik at andre utenfor styret kan få innsyn i de konkrete sakene. Det

har vært en utvikling i retning av at styreseminarer lukkes for utenforstående. Legeforeningen mener også disse seminarene i størst mulig grad bør holdes åpne, da mye av styrets diskusjoner foregår i styreseminarene.”

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund uttaler:

”YS støtter en lovfesting av åpne styremøter og mener det må være sterke grunner til å kunne holde deler av møtet for lukkede dører. Vi foreslår at punkt 2 i ny § 26 som innebærer at møter som har saker til behandling på et forberedende stadium kan medføre lukking, utgår.”

13.4 Departementets vurdering

13.4.1 Hovedregelen

Høringen støtter fullt ut forslaget i høringsnotatet om at det bør lovfestes at styremøter som hovedregel skal holdes for åpne dører. Ordningen med åpne styremøter er viktig og prinsipiell og det er således naturlig at regler om dette kommer til uttrykk i helseforetaksloven sammen med andre saksbehandlingsregler for styret i regionalt 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 offentliglovas 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 en lovregulering legger bedre til rette for ensartet praksis i de forskjellige regionale helseforetak og helseforetak. Det har kommet frem i forbindelse med høringen at det avholdes lukkede styreseminarer der styresaker debatteres og i realiteten avgjøres. I den grad en slik praksis fører til at styremøtene i realiteten er lukket og hindrer allmennheten innsyn i behandlingen av styresaker, vil det være i strid med forslaget om åpne styremøter.

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.

Etter høringen er departementet blitt styrket i sitt syn på at lovfesting av åpne styremøter kan bidra til å understøtte tillit og legitimitet for foretakene. Departementet foreslår at dette prinsipielle utgangspunktet kommer til uttrykk som en hovedregel i en ny bestemmelse i helseforetakslo-

ven § 26 a. Forslaget fastslår hovedregelen om møteoffentlighet. Styremøter i foretak skal være åpne i størst mulig grad, slik at allmennheten har mulighet til å få innsyn i saksprosessene i styrene. Hovedregelen er således et viktig signal i forhold til åpenhet i foretakene.

13.4.2 Unntak fra hovedregelen om at styremøter skal være åpne

Selv om hovedreglen bør være at styremøter skal være åpne, vil det være nødvendig med unntak fra hovedregelen.

13.4.2.1 Unntak av hensyn til lovbestemt taushetsplikt

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, jf. forslaget til § 26 a første ledd. Dersom det foreligger lovbestemt taushetsplikt, betyr det at styret ikke bare har en rett, men også en plikt, til å holde møte om saken for lukkede dører.

13.4.2.2 Unntak av hensyn til personvern og personalsaker

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.

13.4.2.3 Unntak av hensyn til foreløpig orientering

Styrene bør 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. Det vil først skje på et senere stadium i prosessen og da må saken behandles for åpne dører. 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.

13.4.2.4 Unntak av hensyn til informasjon om lovbrudd, saksanlegg eller av hensyn til foretakets partsstilling i sak for norsk domstol

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 sivilt 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 retts-saksprosesser 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. 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 informasjon om lovbrudd eller saksanlegg. Likeledes foreslås unntak av hensyn til foretakets partsstilling i rettssak for norsk domstol.

13.4.2.5 Unntak av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen til foretaket

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. Det samme gjelder saker der det bør unngås å svekke foretakets posisjon i kommersielle saker og i forbindelse med mer generelle personalsaker og økonomi. Det kan for eksempel gjelde ulike typer kontrakter som er til vurdering. Styret i foretak vil kunne ha et reelt og saklig behov for å lukke styremøter av hensyn til foretakets posisjon i slike saker. Innsyn i diskusjoner og refleksjoner omkring slike saker 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 og personalforvaltning 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.

13.4.2.6 Unntak av hensyn til tilbud og protokoll etter regelverket om offentlig anskaffelse til valget av leverandør er gjort

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, f.eks. når foretak skal foreta kjøp av blant annet helsetjenester fra private tjenestetilbydere. Før leverandør velges, kan styret i foretak i spesielle tilfeller 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 unn-

taksbestemmelse 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.

14 Foretaksmøte som telefonmøte

14.1 Gjeldende rett

Etter helseforetakloven § 18 er det eier som innkaller til foretaksmøte og som bestemmer innkallingsmåte. Bestemmelsen sier ikke noe om i hvilken form foretaksmøte skal holdes. Det har derfor vært en del usikkerhet omkring hva som er gjeldende rett når det gjelder telefonmøter.

14.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslår departementet at det lovfestes at foretaksmøte kan holdes som video- eller telefonmøte.

14.3 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som uttaler seg om dette forslaget. De som uttaler seg, støtter forslaget.

14.4 Departementets vurdering

Selvom 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. Slike behov 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. Det kan også være praktisk, økonomisk og miljømessig mer hensiktsmessig å benytte telefonmøte enn at mange personer skal reise til møtet.

Departementet foreslår at det lovfestes i helseforetaksloven § 18 tredje ledd at foretaksmøte kan holdes som video- eller telefonmøte.

15 Ansatte styremedlemmers tilstedeværelse i styremøter

15.1 Gjeldende rett

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. I vedtektenes er det tatt inn en bestemmelse om at styremedlemmer valgt av og blant de ansatte allikevel ikke deltar i behandling av saker som gjelder arbeidsgivers forberedelse til forhandlinger med arbeidstakere, arbeidskonflikter, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.

15.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått at det fastsettes i helseforetaksloven §§ 22 og 23 at foretakenes vedtekter kan ha bestemmelser 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.

15.3 Høringsinstansenes syn

Det var ikke mange høringsinstanser som uttalte seg om dette forslaget, men blant de som uttalte seg støttet alle unntatt én høringsinstans forslaget.

Den norske legeforening uttaler:

”Legeforeningen finner det naturlig at ansatt-valgte styremedlemmers tilstedeværelse i styremøter lovfestes, herunder at de ikke skal være tilstede ved behandlingen av saker knyttet til forhandlinger, rettsvister med arbeidstakerorganisasjoner eller oppsigelse av tariffavtaler.”

Landsorganisasjonen i Norge uttaler:

”Gjennom å lovfeste bestemmelsene om dette kan listen over spørsmål ansattes representanter ikke skal delta i, gjøres uttømmende. Dermed kan en lovfesting bidra til viktige avklaringer om hvilke spørsmål dette skal gjelde. LO vil støtte en slik lovfesting.”

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund uttaler:

”Bestemmelsene er allerede i dag vedtektsfestet og YS er skeptisk til at det er nødvendig å ytterligere å formalisere og snevre inn ansattes deltakelse i styret. Loven må være tydelig på at alle medlemmer i styret har samme rettigheter og plikter uavhengig av hvem de er valgt av.”

15.4 Departementets vurdering

Etter høringen har departementet blitt stående ved vurderingen om at en slik vedtektsbestemmelse bør være forankret i lov. Det foreslås derfor at det fastsettes i helseforetaksloven § 22 annet ledd som § 23 tredje ledd viser til, 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.

16 Fritt sykehusvalg

16.1 Gjeldende rett

Etter lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-4 har pasienter rett til å velge på hvilket sykehus mm behandlingen skal foregå. 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 sykehustjeneste 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 private eiere, 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 § 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."

Det vil si at alle privat eide institusjoner må ha avtale med regionalt helseforetak for å kunne gjøres til gjenstand for pasientens frie sykehusvalg.

For å sikre at pasientene får rett til å velge alle de aktuelle institusjonene uansett i hvilken helse-region pasienten bor, krever ikke pasient- og bru-

kerrettighetsloven § 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.

16.2 Forslaget i høringsnotatet

Departementet har erfart at det er en del usikkerhet om hvorledes bestemmelsen er å forstå med hensyn til hvilke private sykehus som kan velges.

De regionale helseforetakene vil i en del situasjoner ha et særskilt behov for å kunne kjøpe spesialisthelsetjenester fra private institusjoner. Det kan for eksempel ha oppstå akutt behov for behandling som ikke omfattes av det regionale helseforetaks rammeavtaler. En eller flere pasienter kan få behov for raskere behandling enn forutsatt. Eller behandlingsfristen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 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. Da lovendringen ble foretatt, fryktet man at dersom enhver avtale et regionalt helseforetak inngår med private institusjoner skulle være åpne for fritt sykehusvalg, ville det kunne hindre at slike spesielle 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 § 2-4. Bestemmelsen krever at det fremgår uttrykkelig av avtalen med den private institusjonen at avtalen gir rett til fritt sykehusvalg, jf. teksten "som gir pasienten en slik valgrett."

Departementet har erfart at den siste delen av formuleringen av bestemmelsen 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 § 2-4, foreslo derfor departementet i høringsnotatet at dette

klargjøres bedre i lovteksten. Departementet foreslo at 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. I tillegg ble det foreslått at å stille krav til formuleringen av avtalen mellom regionalt helseforetak og privat virksomhet om at det skal fremgå klarere av avtalen at pasientene har lik rett til fritt sykehusvalg uansett hvor i landet de bor.

16.3 Høringsinstansenes syn

En pasientforening har støttet departementets forslag. De regionale helseforetakene har støttet den første delen av forslaget, det om å stryke den delen av lovteksten som sier:

”som gir pasienten en slik valgrett”.

De regionale helseforetakene mener for øvrig at det kan skape nye misforståelser dersom det stilles nye tekstlige krav til innholdet i avtalen.

De øvrige høringsinstansene har ikke merknader til forslaget.

16.4 Departementets vurdering

I og med at alle høringsinstansene støtter forslaget om å endre teksten i bestemmelsen slik at grunnlaget for misforståelsene faller bort, foreslås denne tekstlige endringen. Dette vil ventelig føre til at flere pasienter får utøve sin rett til fritt sykehusvalg.

På grunnlag av høringen har departementet kommet til at det ikke er hensiktsmessig å stille nye krav til teksten i avtalene mellom regionale helseforetak og private sykehus i det dette kan skape nye misforståelser og fordi det dessuten kan synes uheldig å regulere avtalers innhold så detaljert i en lovtekst.

17 Valg av styremedlemmer etter omorganisering

17.1 Gjeldende rett

Etter helseforetaksloven § 24 velges styremedlemmer for to år.

De styremedlemmene som er valgt av eier, kan eier etter § 25 annet ledd avsette i løpet av valgperioden uten særskilt grunn. Det vil si at etter strukturendringer og omorganiseringer i en helseregion, for eksempel ved sammenslåing av helseforetak eller ved utskilling av deler av helseforetak, kan eier foreta de endringene i styrets sammensetning som er ønskelig på bakgrunn av endringene i størrelse og oppgaver som måtte være en følge av omorganiseringen.

Loven fastsetter ikke en tilsvarende adgang til nytt valg i løpet av valgperioden av styremedlemmer valgt av og blant de ansatte etter helseforetaksloven §§ 22 og 23. Det har vært antatt at de ansattes representanter i styret i og med valget har fått en rett til å sitte perioden ut.

17.2 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått en endring i helseforetaksloven § 25 for å fastslå at det skal holdes nytt valg på alle styremedlemmer i de helseforetakene som blir berørt av omorganiseringer, både de som er valgt av eier og de som er valgt av og blant de ansatte.

17.3 Høringsinstansenes syn

Helse Vest uttaler:

”Vår forståelse er imidlertid at omdanninger og omorganisering 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.”

17.4 Departementets vurdering

Eier kan allerede etter gjeldende rett foreta de endringene i styrets sammensetning av eiervalgte styremedlemmer som er ønskelig som følge av en omorganisering. Behovet for å regulere dette gjelder derfor i praksis kun de styremedlemmene som er valgt av og blant de ansatte. Forutsetningen om at disse styremedlemmene ikke kan avsettes i løpet av valgperioden har imidlertid vist seg å være uhensiktsmessig i enkelte tilfeller av omorganisering innen helseregionen.

Departementet ser at omorganiseringene i praksis er ulike av type og omfang og at det er behov for fleksibilitet med hensyn til når det er behov for å foreta nytt valg. Det kan dessuten være vanskelig å beskrive presist i en bestemmelse hvilke omorganiseringer som bør utløse nyvalg.

Departementet foreslår derfor å åpne i helseforetaksloven § 25 for at det kan gjennomføres nytt valg eller suppleringsvalg i forbindelse med omorganiseringer av foretak og for at dette kan reguleres nærmere i forskrift.

18 Administrative og økonomiske konsekvenser

En del av forslagene gjelder lovfesting av etablert praksis og får derfor heller ingen praktiske konsekvenser i driften av virksomhetene. Som eksempel kan nevnes at nyetablering av revisjonsutvalg og internrevisjon ville fått økonomisk konsekvenser i form av godtgjørelse/ lønn. I og med at organene allerede er etablert og har vært i virksomhet i 5-6 år, vil ikke lovfesting av plikten til å drive internrevisjon nå medføre verken administrative eller økonomiske konsekvenser for foretakene.

De øvrige forslagene til lovendringer får i hovedsak konsekvenser av prosessuell karakter. De eneste forslagene som vil kunne få særlige praktiske konsekvenser for virksomhetene er at det forelås å åpne for at helseforetak kan ha flere eiere og at helseforetak skal kunne etablere eller skille ut virksomhet og organisere den som helseforetak.

Også i dag kan flere foretak eie virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste sammen, men den må organiseres som ansvarlig selskap. Om helseforetak har en eller flere eiere antas ikke i seg selv å få administrative eller økonomisk konsekvenser for virksomheten. Om de økonomiske rammebetingelsene for virksomhet som organiseres som helseforetak er forskjellig fra de som gjelder for virksomhet som organiseres som ansvarlig selskap, vil avhenge av om virksomheten skilles ut fra eksisterende spesialisthelsetjeneste. Dersom virksomheten skilles ut fra eksisterende spesialisthelsetjeneste, antas det at de ansatte gjennom virksomhetsoverdragelse vil få videreført sine rettigheter innenfor avtaleverket, herunder til pensjonsordning. Dersom den flereide virksomheten nyetableres, er det ikke noe rettslig hinder for at organisering som ansvarlig selskap kan føre til at de ansatte kommer inn under annet avtaleverk og at de heller ikke får de samme pensjonsrettighetene som offentlig ansatte har, slik som de ansatte i helseforetakene har. Dermed vil det å velge å etablere ny virksomhet som ansvarlig selskap kunne få økonomiske konsekvenser.

Dersom et helseforetak ved forslaget til lovendring får adgang til å etablere eller skille ut deler av virksomheten som yter spesialisthelsetjeneste, og organisere den som eget helseforetak, vil rammebetingelsene være de samme som om virksomheten forble i, eller ble lagt inn i, det eiende helseforetaket og således uten administrative eller økonomiske konsekvenser sett i forhold til dagens organisering.

Dersom foretak ved forslaget til lovendring får adgang til å etablere eller skille ut deler av virksomheten som ikke yter spesialisthelsetjeneste, og organisere den som eget helseforetak, vil rammebetingelsene for virksomheten kunne bli forskjellig fra virksomhet som i dag må organiseres som aksjeselskap. De ansatte vil antagelig få de samme rettighetene, herunder til pensjon enten virksomheten skilles ut eller nyetableres.

Det er ikke mange aksjeselskap som i dag er fullt ut eid av foretak og som det etter forslaget kan bli adgang til å omdanne til helseforetak. Det kan gjelde Helseforetakenes innkjøpsservice AS og Helse Vest IKT AS der de ansatte i dag har ytelsesbasert pensjon i KLP. De øvrige aksjeselskaper Radiumhospitalets parkeringsselskap AS, Sørlandet sykehus Parkering AS, Barnehagebygg AS, Sykehotell AS og Trøndelag ortopediske verksted AS er det antagelig mindre aktuelt å omdanne til helseforetak.

I Luftambulansetjenesten ANS og Pasientreiser ANS har også de ansatte ytelsesbasert pensjon i KLP.

I og med at det foreslås at det skal være valgfritt for foretakene om de vil benytte den utvidede muligheten for å organiseres virksomhet som helseforetak eller om de velger at aktuell virksomhet fortsatt skal være organisert som ansvarlig selskap eller aksjeselskap, vil de kunne vurdere den ønskede fordelene ved å omdanne virksomheten opp mot de mulige administrative og økonomiske konsekvensene.

19 Merknader til de ulike bestemmelsene

19.1 Merknader til forslaget til endringer i helseforetaksloven

Merknad til § 2:

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 ny § 2 a:

Første ledd første punktum klargjør hvilken rolle de regionale helseforetakene har i helseforetaksmo-
dellen, 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.

Første ledd annet punktum viser at de regionale helseforetakenes overordnede 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.

Første ledd tredje punktum 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 overordnede planleggingen av spesialisthelsetjenesten.

Bestemmelsen pålegger ikke regionale helseforetak nytt ansvar eller nye oppgaver.

Merknad til § 7:

Endringen i *første ledd annet punktum* er en konsekvens av at det forelås å åpne for at flere foretak kan eie helseforetak sammen. Alle eierne blir ansvarlig for helseforetakets forpliktelser og må avtale hvorledes ansvaret skal fordeles mellom dem.

Merknad til § 7:

Endringen i *annet ledd annet og tredje punktum* er en konsekvens av at det forelås å åpne for at flere foretak kan eie helseforetak sammen. Fordringshaver kan velge å rette kravet mot en av eierne, men eierne må avtale hvorledes forpliktelsene skal fordeles innad mellom dem til slutt.

Merknad til § 9:

Endringene i *første ledd annet punktum* er en konsekvens av at det åpnes for at flere foretak kan eie helseforetak sammen.

Endringene i *annet ledd* er en konsekvens av at det åpnes for at flere foretak kan eie helseforetak sammen. Dessuten fastsetter de prinsippet om at styrene i foretak som eier helseforetak sammen, har ansvar for å opprette en selskapsavtale. En slik avtale kan for eksempel inneholde helseforetakets navn, angivelse av eiere, helseforetakets formål, helseforetakets vedtekter, antall styremedlemmer som den enkelte eier kan velge, eiernes innskuddsplikt, eiernes plikt til eventuelt å tildele helseforetaket midler/inntekter, den enkelte eiers eierandel i helseforetaket og den enkelte eiers ansvar for helseforetakets forpliktelser.

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. 2:

Endringen i *nummer 2* i § 11 er en konsekvens av at det forelås å åpne for at flere foretak kan eie helseforetak sammen.

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 § 14:

Endringen i *annet ledd annet punktum* er en konsekvens av at det forelås å åpne for at flere foretak kan eie helseforetak sammen.

Merknad til § 16:

Bestemmelsen fastsetter den formelle rammen for departementets eierstyring av de regionale helseforetakene og de regionale helseforetakenes og helseforetakenes eierstyring av helseforetakene. Endringene i første ledd er en konsekvens av at det åpnes for at flere foretak kan eie helseforetak sammen.

Tilføyselen av et nytt *annet ledd* fastsetter at det ikke er nødvendig å avholde ett foretaksmøte for hvert foretak, verken for regionale helseforetak eller helseforetak. Dog må det avholdes separate foretaksmøter for helseforetak med flere eiere.

Endringen av *tredje ledd* viser uttrykkelig at eier også kan tildele foretak midler utenom foretaksmøte, ikke bare sette vilkår for tildelingen, slik bestemmelsen er formulert etter gjeldende rett. Det vil i praksis si at tildelingen og fastsettelse av vilkår kan skje ved skriftlig beslutning gjennom et oppdragsdokument. Dessuten viser bestemmelsen at dette også gjelder regionale helseforetak som eier, ikke bare departementet. Dette er en synliggjøring av gjeldende rett og delvis gjeldende praksis.

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:

Det nye *første leddet* synliggjør at foretaksmøte er eiers møte ved at eier selv er møteleder. Eier kan imidlertid overlate møteledelsen til styrets leder dersom eier selv ønsker det.

Andre ledd viderefører gjeldende bestemmelse for så vidt gjelder foretaksmøte for helseforetak. Det skal fortsatt ledes av styrets leder.

Det nåværende *annet ledd* er blitt *tredje ledd*.

Merknad til § 21:

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:

Bestemmelsen lovfester en revisjonsordning som hittil har vært pålagt ved eierstyring. Gjennom lovfesting blir revisjonsutvalget en obligatorisk del av

helseforetaksmodellen. Revisjonsutvalget velges av og blant styrets medlemmer. Også ansattes representanter kan velges som medlem av revisjonsutvalget. Begge kjønn skal være representert. Minst ett av utvalgsmedlemmene skal ha kunnskap om regnskap eller revisjon. Dette kravet medfører at minst ett medlem av styret i regionalt helseforetak må ha slik kunnskap.

Revisjonsutvalget utfører sitt arbeid på vegne av styret i regionalt helseforetak og har både det regionale helseforetaket og helseforetakene det eier som arbeidsområde. Leder for internrevisjonen som er pålagt i § 37 a skal styret tilsette selv, ikke revisjonsutvalget.

Merknad til § 22:

Bestemmelsen i *annet led annet punktum* er en lovforankring av gjeldende vedtekter og endrer ikke de ansattes styrerepresentanters rett til å delta i styremøter.

Gjennom henvisningen i § 23 *tredje ledd annet punktum* får endringen også virkning for ansattes styrerepresentanter i helseforetak.

Merknad til § 25:

Eier kan etter gjeldende rett foreta de endringene i styrets sammensetning av eiervalgte styremedlemmer som er ønskelig som følge av en omorganisering.

Bestemmelsen i nytt *tredje ledd* åpner for at nytt valg og suppleringsvalg også kan fortas når det gjelder de styremedlemmene som er valgt av og blant de ansatte. Forskriftshjemmelen gir mulighet for å regulere dette nærmere i valgforskriften. Det kan være behov for å regulere i hvilke tilfeller omorganisering skal utløse valg og hvem som skal avgjøre om det skal foretas nytt valg.

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 taushets-

plikt. Hvis det foreligger lovbestemt taushetsplikt i tilknytning til en sak, betyr det at styret ikke bare har en rett, men også en plikt, til å holde den delen av møtet som behandler denne saken 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 saken, har adgang. Dette betyr at det i tillegg til styremedlemmer, 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" i *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 fag-

lige, 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* vil foretaket kunne ha behov for å debattere oppfølging av lovbrudd i eller mot foretaket og om saken skal anmeldes for lukkede dører. Det samme gjelder debatt om foretaket selv skal ta ut søksmål eller om søksmål rettet mot foretaket. Bestemmelsen verner også 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, personalsaker for øvrig og strategiske økonomiske saker. 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 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.

Nytt *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 kun en språklig forenkling som ikke endrer innholdet i bestemmelsen.

Merknad til § 31:

Endringen *annet ledd første punktum* er en konsekvens av at det forelås å åpne for at flere foretak kan eie helseforetak sammen.

Merknad til § 33:

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:

Endringen i *fjerde ledd* er en oppretting av en skrivefeil.

Merknad til ny § 37 a:

I *første ledd* pålegges regionale helseforetak å ha internrevisjon som størst mulig grad skal være uavhengig. Internrevisjonen skal ha det regionale helseforetaket og helseforetakene det eier som virkeområde.

Etter *annet ledd* skal internrevisjonen ha en rolle på vegne av styret med å påse at helseforetakene har etablert god internkontroll og risikostyring. Internrevisjonen skal arbeide systematisk for å bistå styret i dets tilsynsansvar og skal rapporterer til styret.

Etter *tredje ledd* skal internrevisjonen arbeide etter anerkjente faglige standarder for internrevisjon.

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 og av styre. Det gjelder også innsyn i pasientopplysning og pasientjournaler. Innsynsretten er begrenset av et nødvendighetskrav.

Merknad til § 41:

Bestemmelsen i *første ledd annet punktum* pålegger både regionale helseforetak og helseforetak en plikt til samhandling med andre virksomheter. Det klargjøres dermed at bestemmelsen er i samsvar med og ikke i strid med den nylig vedtatte bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e som pålegger regionale helseforetak plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i helseregionen og med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven. De skal også sørge for at det inngås samarbeidsavtaler med kommunene i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1.

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.

Etter *tredje ledd annet punktum* kan virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjenesten, med støttetjenester som er nødvendig og sentrale for spesialisthelsetjenesten, organiseres som helseforetak. Virksomhet som verken yter spesialisthelsetjeneste eller slike støttefunksjoner, må organiseres med begrenset ansvar.

Merknad til § 48:

Endringen i *første ledd* er en konsekvens av at det forelås å åpne for at flere foretak kan eie helseforetak sammen.

Merknad til § 50:

Endring i *første og fjerde ledd* klargjør uttrykkelig 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.

19.2 Merknader til forslaget til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Merknad til § 2-4:

Endringene i *første ledd annet punktum* utvider pasientenes rett til fritt sykehusvalg til også å omfatte private sykehus som har avtale med et regionalt helseforetak men der denne rettigheten ikke fremgår av avtalen.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i helseforetaksloven mv.

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i helseforetaksloven mv. i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i helseforetaksloven mv.

I

I lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. gjøres følgende endringer:

§ 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.

Ny § 2 a skal lyde:

§ 2 a *Regionale helseforetaks ansvar og oppgaver*
Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helse-regionen. 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 som de ikke eier selv.

§ 7 første ledd nytt annet punktum skal lyde:
Når flere foretak eier virksomhet sammen, blir samtlige eiere ansvarlige for virksomhetens forpliktelser.

§ 7 annet ledd annet og tredje punktum skal lyde:

En fordringshaver som har krevd foretaket for klar og forfalt gjeld som ikke er betryggende sikret, kan gjøre kravet gjeldende mot *en eier*. For å gjøre kravet gjeldende mot *en eier*, må fordringshaveren tidligst fire uker etter første påkrav sende ytterligere et påkrav til den opprinnelige skyldneren med betalingsfrist på minst fire uker, og betaling må ikke være mottatt innen utløpet av fristen.

§ 9 første ledd annet punktum skal lyde:
Styret selv i *regionale helseforetak eller helseforetak* treffer vedtak om å opprette helseforetak.

§ 9 annet ledd skal lyde:

Helseforetaket er stiftet når styret i *eiende foretak* har truffet vedtak etter første ledd. *Der som flere foretak stifter et helseforetak for å eie det sammen, må styrene dessuten inngå en skriftlig selskapsavtale.*

§ 10 nr. 7 skal lyde:
bestemmelser om låneopptak, jf. § 33,

§ 11 nr. 2 skal lyde:
foretak som eier helseforetaket,

§ 11 nr. 8 skal lyde:
bestemmelser om låneopptak, jf. § 33,

§ 14 annet ledd annet punktum skal lyde:
Styret skal innen rimelig tid varsle *foretakets eier, eller foretakets eiere, gi en* redegjørelse for foretakets økonomiske stilling og foreslå tiltak som vil gi foretaket en forsvarlig egenkapital.

§ 16 skal lyde:

§ 16 *Eierstyring. Foretaksmøtets myndighet mv.*

Eiere utøver den øverste myndighet i *foretak* i foretaksmøte. *Eier* kan ikke utøve eierstyring i *foretak* utenom foretaksmøte.

Eier kan avholde felles foretaksmøte for foretak med en eier.

Eiere kan utenfor foretaksmøte *tildeler 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 for regionale helseforetak.

Ny § 16 a skal lyde:

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

Departementet skal holde seg orientert om foretakenes virksomhet og om virksomheten drives i samsvar med de krav som er stilt i foretaksmøter 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:

Eiere kan bestemme at foretaksmøtet holdes som video- eller telefonmøte.

Tredje ledd blir nytt fjerde ledd.

§ 19 nytt første og annet ledd skal lyde:

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

Foretaksmøter for helseforetak ledes av styrets leder.

Annet ledd blir nytt tredje ledd.

§ 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 revisjonsutvalg*

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

Styret tilsetter leder for internrevisjonen og fastsetter instruks og årsplaner for internrevisjonen.

§ 22 annet ledd nytt 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:

I forbindelse med omorganisering av foretak kan det foretas nytt valg eller suppleringsvalg av styremedlem som er valgt etter §§ 22 eller 23. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om slike valg.

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 av vedtak etter annet ledd.

Dersom det foreligger et reelt og saklig behov, kan styret vedta å behandle en sak for lukkede dører i følgende tilfeller:

1. *Av hensyn til personvernet. Personalsaker skal alltid behandles for lukkede dører*
2. *Orientering om sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket*

3. *Informasjon om lovbrudd, saksanlegg eller av hensyn til foretakets partsstilling i sak for norsk domstol*

4. *Av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns-, eller personalforvaltningen til foretaket*

5. *Saker som gjelder tilbud og protokoll etter regelverket om offentlige anskaffelser til valget av leverandør er gjort.*

Vurderingen av om møtet eller deler av møtet skal foregå for lukkede dører, skal gjøres på møte-tidspunktet.

§ 30 skal lyde:

§ 30 *Saker av vesentlig betydning*

Foretaksmøtet i regionalt helseforetak tref-fer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsnin-gen 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 hel-seregionen*
4. *omfattende endringer i tjenestetilbudet*
5. *vedtak om endringer i antallet helseforetak i hel-seregionen*
6. *vedtak om vesentlige endringer i opptaksområ-det for helseforetak*

Hvilke saker foretaksmøtet i regionalt helseforetak skal fatte vedtak i etter denne bestem-melsen, kan det fastsettes nærmere bestemmel-ser om i vedtektene.

Saker som nevnt i første og annet ledd skal fore-legges departementet av styret i det regionale helseforetaket.

§ 31 annet ledd første punktum skal lyde:

Når foretaksmøte i helseforetak skal fatte vedtak etter denne bestemmelsen, skal saken legges fram for departementet før vedtak fattes.

§ 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 låneopp-tak fastsettes i vedtektene.

§ 37 fjerde ledd skal lyde:

Daglig leder skal sørge for at foretakets registrering og dokumentasjon av regnskaps-opplysninger er i samsvar med lov og forskrifter

og at formuesforvaltningen er ordnet på betryggende måte.

Ny § 37 a skal lyde:

§ 37 a *Internrevisjon*

De regionale helseforetakene skal etablere en uavhengig og objektiv internrevisjon.

Internrevisjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring. Internrevisjonen skal rapportere funksjonelt til styret og administrativt til daglig leder. Internrevisjonen skal også omfatte helseforetakene som det regionale helseforetaket eier, og inngåelse og oppfølging av avtaler med andre tjenesteytere.

Internrevisjonen skal gjennomføres i henhold til anerkjente standarder og løpende følge virksomheten.

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. Opplysningene skal så langt det er mulig gis uten individualiserende kjennetegn. Reglene om taushetsplikt gjelder tilsvarende for den som mottar opplysningene.

§ 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 skal lyde:

§ 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. *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.*

Når det er egnet til å fremme foretakets formål, kan foretak eie virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjenester alene eller sammen med andre. *Kun virksomhet som er en nødvendig og sentral forutsetning for at det kan ytes spesialisthelsetjenester, kan organiseres som helseforetak. Annen virksomhet skal organiseres som selskaper med begrenset ansvar.*

§ 48 første ledd skal lyde:

Etter at foretaket er avviklet, svarer i regionalt helseforetak staten og i helseforetak *det foretaket eller de foretakene* som eide helseforetaket, overfor kreditorer som ikke har fått dekning.

§ 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 *mellem foretak* etter loven her. Forrige punktum medfører ingen begrensninger i ansvaret etter § 7.

II

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter gjøres følgende endring:

§ 2-4 første ledd annet punktum skal lyde:

Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak.

III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.