

Det kongelige Helse – og Omsorgsdepartement

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår referanse

Deres referanse

Dato

30.03.12

Høringsnotat for endringer i helseforetaksloven

Vi viser til høringsnotat for endringer i helseforetaksloven.

Helse Midt-Norge RHF har sammen med de øvrige helseregionene samarbeidet om et felles høringssvar. Styret for HMN RHF behandlet i styremøte 22. mars høringssvaret. I tillegg til det felles høringssvaret fra RHFene anmodet styret for HMN spesielt eieren om følgende:

- a. § 26 a utformes slik at den ikke gir innskrenkninger i forhold til lukking av styremøter ut over det som fremgår av prinsippene for unntak fra innsynsretten i Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova)
- b. Eksemplifiseringen i § 30 tas bort og at eventuell eksemplifisering isteden legges i vedtektene.
- c. § 42 utformes slik at styret gis mulighet til å organisere fellesvirksomhet mellom foretak som helseforetak også i de tilfeller hvor virksomheten ikke yter spesialisthelsetjenester men hvor tjenestene allikevel er sentrale i forhold til helseforetakenes kjernevirksomhet.

Med vennlig hilsen
Helse Midt-Norge RHF

Ingerid Gunnerød
Direktør for stab og prosjektstyring

Vedlegg

1. Sak 26/12 Høring av ny helseforetakslov
2. Sak 26/23 vedlegg 1 Høringssvar
3. Protokoll fra styremøte i Helse Midt-Norge RHF 22.03.12

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 26/12 Høring ny Helseforetakslov

Saksbehandler Asbjørn Hofslı
Ansvarlig direktør Ingerid Gunnerød
Saksmappe 2011/601
Dato for styremøte 22.03.12

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til vedlagte høringssvar. (Vedlegg 1)
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF anmoder spesielt eieren om at:
 - a. § 26 a utformes slik at den ikke gir innskrenkninger i forhold til lukking av styremøter ut over det som fremgår av prinsippene for unntak fra innsynsretten i Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova)
 - b. Eksemplifiseringen i § 30 tas bort og at eventuell eksemplifisering isteden legges i vedtektene.
 - c. § 42 utformes slik at styret gis mulighet til å organisere fellesvirksomhet mellom foretak som helseforetak også i de tilfeller hvor virksomheten ikke yter spesialisthelsetjenester men hvor tjenestene allikevel er sentrale i forhold til helseforetakenes kjernevirksomhet.

Stjørdal 15.03.12

Gunnar Bovim
Administrerende direktør

SAKSUTREDNING:

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Høringssvar – endringer i helseforetaksloven
2. Høringsnotat fra HOD
3. Forslag til endringer i helseforetaksloven

BAKGRUNN

Helse og omsorgsdepartementet har sendt et forslag til endringer i lov om helseforetak på høring med høringsfrist 20.03.12, senere utsatt til 02.04.12

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Saken er basert på vedlagte forslag til endringer i lov om helseforetak (vedlegg 3), samt høringsnotat av desember 2011 (vedlegg 2). De regionale helseforetak har samarbeidet om utarbeidelsen av høringsuttalelsen og vedlagte høringsuttalelse (vedlegg 1) er samordnet med høringsuttalelsene fra Helse Sør-Øst og Helse Vest. Helse Nord har valgt å utarbeide en kortere høringsuttalelse, men det er ingen vesentlig forskjell i synet på de sentrale spørsmål som er omtalt i saken.

HELHETLIG DRØFTING

1. Generelle merknader.

De fleste av endringsforslagene innebærer en lovforankring av en praksis som har utviklet seg siden helseforetaksloven ble vedtatt, noe som er positivt og nødvendig.

Av høringsnotatet fremkommer det at det skal gjennomføres en ”ekstern kartlegging av de regionale helseforetakenes roller og funksjon innenfor systemet og evaluering av foretakene” (se pkt 4.1), og at det derfor ikke foreslås endringer i selve modellen nå.

Etter at denne evalueringen er gjennomført, bør det gjennomføres en ny helhetlig gjennomgang av lovteksten bl.a. med sikte på en enda klarere beskrivelse av de forskjellige aktørers roller og ansvar, herunder det regionale helseforetakets ”konsernstyringsrolle”.

Samhandlingsreformen vil kunne medføre behov for å finne gode organisatoriske løsninger sammen med kommunene. I forkant av en slik helhetlig gjennomgang, bør det derfor foretas en gjennomgang og analyse av de organisatoriske muligheter helseforetak og kommuner har til å etablere felleseide selskap/foretak med formål å levere helsetjenester. Herunder bør det, i lys av samhandlingsreformen, vurderes om Helseforetak og kommune bør kunne eie helseforetak sammen.

Den foreslåtte bestemmelsen i §2 a , siste setning: ”I forbindelse med langsiktig planlegging skal regionale helseforetak vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom inngåelse av avtaler med private eller offentlige virksomheter de ikke eier,” kan medføre behov for en gjennomgang og vurdering av om regelverket om offentlige anskaffelser i sin nåværende form er hensiktsmessig i forhold til det behov for langsiktighet som forventes når helsetjenester anskaffes. Dette fordi regelverket setter begrensninger for kontraktens varighet.

2. Merknader til enkelte punkter i endringsforslaget.

Høringssvaret er omfattende med detaljerte kommentarer på flere områder. Derfor foretas det her en kortfattet gjennomgang knyttet til de endringsforslag som oppfattes mest sentrale for styret i et regionalt foretak.

§21 a Styrets revisjonskomite.

Tidligere pålegg i foretaksmøte stadfestes nå gjennom lovregulering. Dette oppfattes som positivt.

Imidlertid kan det synes som om lovteksten og høringsnotatet kan skape uklarhet knyttet til ansvarsforhold mellom styret og revisjonskomiteen. Dette fordi styret gjennom Hfl § 28 og revisjonskomiteen gjennom den foreslåtte § 21 a) begge tillegges samme tilsynsansvar.

I høringssvaret er det derfor lagt inn et forslag som tydeliggjør at revisjonskomiteen har ansvar for å bistå styret i å ivareta sitt tilsynsansvar.

§ 26 a åpne styremøter

Det er bra at departementet nå foreslår å lovfeste kravet til åpne styremøter, men med adgang til å behandle saker for lukkede dører i de tilfeller ulike hensyn tilsier dette.

Tidligere har spørsmålet om lukking av styremøter vært vurdert i tråd med prinsippene i offentleglova. Nå synes det som om det foretas en innsnevring av mulighetene til å lukke styremøtene, blant annet er muligheten til å lukke møter i saker om foretakets økonomi- lønns- og personalforvaltning utelatt. En slik innsnevring i forhold til offentleglova anses uheldig og er kommentert nærmere i høringssvaret.

§ 30 saker av vesentlig betydning

Den foreslåtte formuleringen oppfattes som en betydelig innskrenkning i den handlefrihet det regionale helseforetaket har i forhold til å organisere virksomheten på en hensiktsmessig måte. En slik eksemplifisering i loven undergraver det ansvar det regionale helseforetaket har i hht forslaget § 2a og gjeldende lovs §9.

Eksemplifisering og utypning av hvilke saker som skal forelegges foretaksmøtet, fremkommer i dag i foretakenes vedtekter. Dagens praksis der utdypningen av hvilke saker som omfattes av § 30 er fastsatt i vedtektene fremstår som en langt bedre og mer fleksibel løsning enn lovfesting av eksemplene. Det vises til at det uansett er departementet som har ”fortolkningskompetansen” med hensyn til hvilke saker man ønsker seg forelagt etter § 30. Videre kan dette endre seg over tid slik at saker som i dag fremstår som relevante og viktige for den politiske styringen over tid muligens ikke er det.

Når det gjelder de konkrete eksemplene som er foreslått lovfestet, vurderes i alle fall nr 5 ”vedtak om antallet helseforetak i helseregionen” og nr 6 ”vesentlige endringer i opptaksområdet for

helseforetak” som en innskrenking av de regionale helseforetakenes kompetanse i forhold til dagens praksis.

§ 37 a. Internrevisjon

Omtalen av internrevisjonen i § 37 a, og enda mer i merknadene, kan være egnet til å skape usikkerhet om innholdet i internrevisjonens ansvar og oppgaver, blant annet sett opp mot styrets, daglig leders og revisjonskomiteens ansvar/oppgaver. I begrunnelsen for endringene (høringsnotatets 4.11.4) framgår et ønske om å bekrefte dagens arbeidsdeling: ”På bakgrunn av de gode erfaringene har departementet kommet til at internrevisjonen, organisert på denne måten, bør inngå som en obligatorisk del i foretaksmodellen.”

I høringssvaret er dette viet en bred omtale der påpekningene tar sikte på å tydeliggjøre internrevisjonens oppgave og ansvar og gi gode arbeidsbetingelser for dialogen mellom internrevisjon og revisjonskomiteen og mellom internrevisjon og daglig leder.

§ 42 Ansvarsform for virksomhet eid av foretak.

I lovforslaget åpnes det for at et helseforetak kan eies av flere enn ett regionalt helseforetak eller helseforetak, slik at man ved organisering av fellesvirksomheter som yter spesialisthelsetjeneste får valgmulighet mht organisasjonsform mellom ansvarlig selskap som i dag og helseforetak. Dette er positivt og gir styret flere organisatoriske valgmuligheter for løsning av spesialisthelsetjenestens oppgaver.

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

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

Eksempel på slike tjenester er typiske støttefunksjoner som er sentrale for kjernevirksomheten i et helseforetak, som IT, lønn/regnskap, eiendom mv.

Hvorvidt en virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste skal organiseres som aksjeselskap eller HF, bør være valgfritt, både av hensyn til at foretak ikke skal måtte omorganisere virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste og som i dag er organisert i aksjeselskap, og fordi det kan tenkes at formålet med selskapsorganiseringen i enkelte tilfeller kan tilsi at det bør organiseres som et aksjeselskap.

Slik regelverket er i dag, har de regionale helseforetakene valgt å legge støttetjenester som man av ulike grunner ikke ønsker å legge ut i eget aksjeselskap, i egne avdelinger i RHF. Dette er en løsning som av flere grunner ikke anses optimal, og der helseforetak kunne vært en alternativ organisasjonsform.

For helseforetak som ikke leverer spesialisthelsetjenester bør det gjøres unntak fra eierkravene fra 2006 mht politisk representasjon i styrene. i helseforetak.

ADM. DIREKTØRS OPPSUMMERING/ANBEFALING

Forslaget til endringer i lov om helseforetak er i alt vesentlig positivt og en stadfesting av dagens praksis.

De regionale helseforetakene har samarbeidet om et omfattende høringssvar og adm.dir. anbefaler styret å slutte seg til dette.

Adm. Dir. vil påpeke at forslagene til endring i §§ 26 a, 30 og 42 har særlig betydning for styrets arbeid.

Adm. Dir vil derfor anbefale at styret i eget vedtakspunkt påpeker behovet for å endre lovforslagets formuleringer i disse paragrafene.

Utkast til hørings svar til HOD – forslag til endringer i helseforetaksloven

1. Innledning

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

2. Selskapsorganisering / Organisatoriske valgmuligheter

- Kommentarer til § 2 tredje ledd og § 42

2.1 Generelt

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

2.2 Organisering av virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste

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

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

2.3 Organisering av virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste

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

Helse Midt-Norge RHF er av den oppfatning at det er behov for mer fleksible organisatoriske løsninger også på dette området. Det vil blant annet gi mulighet for mer hensiktsmessige

organisatoriske løsninger av nasjonale oppgaver, og øvrige oppgaver som med fordel kan løses på tvers av regionene.

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

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

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

2.3.1 Styresammensetning i helseforetak

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

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

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

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

2.4 Merverdiavgift

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

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

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

2.5 Samhandlingsreformen

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

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

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

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

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

Helseforetaksloven § 30 foreslås utvidet med en lovfesting av enkelte eksempler for når saker må forelegges foretaksrådet for det regionale helseforetaket. I dag er dette regulert i foretakenes vedtekter. Helse Midt-Norge RHF er av den oppfatning at dagens regulering og praksis er en langt

bedre og mer fleksibel løsning enn lovfesting av eksemplene. Det vises til at det uansett er departementet som har "fortolkningskompetansen" mht hvilke saker man ønsker seg forelagt etter § 30. Dette kan også endre seg over tid idet saker som i dag anses som relevante og viktige for den politiske styringen, over tid muligens ikke er det.

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Statens eierstyring av de regionale helseforetak

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

5.1 Innledning

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

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

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

5.3 § 16 a Departementets innhenting av opplysninger fra regionale helseforetak

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Revisjonskomité, Internrevisjon og rett til innsyn i taushetsbelagte opplysninger

- § 21a, § 37a og helsepersonelloven § 26

6.1 Innledning

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

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

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

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

6.1.1 Begrepsbruk /definisjoner

Vi savner en definisjon av begrepsbruken i lovforslaget, spesielt etterlyses en definisjon av "internrevisjon". Internrevisjon er en funksjon som både nasjonalt og internasjonalt er regulert gjennom definisjoner, etiske regler og standarder som bl.a. stiller konkrete krav knyttet til internrevisors uavhengighet og objektivitet, faglige dyktighet og utøvelse av funksjonen. Internrevisjonen i alle fire regionale helseforetak er i henhold til sine instruksjoner i dag forpliktet til å etterleve disse standardene (fra NIRF og IIA¹), og bør etter vår vurdering videreføres. Etterlevelse av standardene må ikke nødvendigvis lovfestes, men bør omtales i merknadene til loven. Det bør heller ikke være formuleringer i loven, merknadene eller notatet som kan oppfattes å være i strid med standardene.

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

6.2 Revisjonskomité - Kommentarer til forslaget § 21 a

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

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

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

¹ Norges Interne Revisorers Forening og the Institute of Internal Auditors

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

6.3 Internrevisjon

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

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

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

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

6.3.2 Tilsyn med private avtaleparter

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

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

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

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

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

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

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

I notatets pkt 4.11 (Innsyn i interne og taushetsbelagte opplysninger) står det på side 43: "Etter departementets vurdering vil ikke personkretsen som får innsyn i taushetsbelagte opplysninger, utvides vesentlig dersom § 26 utvides til også å omfatte intern revisjon og kvalitetssikring som utføres av det regionale helseforetakets daglige leder, og herunder internrevisjonen." Her mener vi det for å unngå sammenblanding av roller må konkretiseres slik; *utføres av det regionale helseforetakets daglige leder og av internrevisjonen*. Tilsvarende i pkt 7.3 (Merknad til forslaget om endringer i helsepersonelloven) står det om helsepersonells rett/plikt til å gi fra seg opplysninger "*til administrasjonen i regionale helseforetak, herunder til internrevisjonen*". Her mener vi det for å unngå sammenblanding av roller må konkretiseres slik; *til administrasjonen i regionale helseforetak og til internrevisjonen*. Det er også grunn til å stille spørsmål ved at begrepsbruken ikke er enhetlig, jf "daglig leder" ett sted og "administrasjonen i regionale helseforetak" ett annet sted, noe som medfører uklarheter mht om "daglig leder" da skal forstås bokstavlig.

6.5 Forholdet til offentlighetsloven

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

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

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

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

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

6.6 Forslag til lovregulering

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

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

Helse Midt-Norge RHFes forslag til lovtekst og plassering:

Kap.6 Foretakets styre og daglig ledelse

Ny § 21 a: Styrets revisjonskomité

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

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

Ny § 21 b: Internrevisjon

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

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

Internrevisjonen skal ha gjennomgående internrevisjonsansvar for hele helseforetaksgruppen.

Kapitel 7 Styrets oppgaver og kompetanse

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

Styret fastsetter instruks for revisjonskomiteen og internrevisjonen.

Ny § 28 a Revisjonskomiteens oppgaver

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

Ny 28 b Internrevisjonens oppgaver

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

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

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

7. Ansattes representanter i styret

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Forslagets § 26 a nr 1 og 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Helse Midt-Norge RHF's vurdering

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

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

9. Låneopptak

Vi har ingen bemerkninger til lovforslaget.

10. Omdanning av kommunal virksomhet

Vi har ingen bemerkninger til lovforslaget.

11 Pasient- og brukerrettighetsloven

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

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

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

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 22.03.2012 kl.08.30 – kl. 16.20

Møtested: Radisson Blu, Royal Garden

Saksnr.: 15/12 – 31/12

Arkivsaksnr.: 2011/601

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Ellen Marie Wøhni

Nils Håvard Dahl (forfall sak 27/12, 28/12 og 30/12)

Björg Henriksen

John Olav Berdahl (varamedlem)

Forfall:

Tore Brudeseth

Vigdis Harsvik

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness

Roy Aleksander Farstad

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Direktør for Stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson

Direktør for eierstyring Torbjørg Vanvik

Direktør for samhandling Daniel Haga

Økonomidirektør Anne Marie Barane

HR direktør Sveinung Aune

Merknader:

Foreløpig innkalling til møtet ble sendt med e-post 14.03.12. Innkalling ble sendt 15.03.12. Denne ble endret og sendt på nytt 16.03.12

Sakspapirer til følgende saker ble lagt ut 14.03.12:
Sak 15/12, 17/12, 18/12, 19/12, 22/12, 23/12, 24/12, 27/12 og 28/12.

Sakspapirer til følgende saker ble lagt ut 15.03.12:
Sak 21/12, 25/12, 26/12, 29/12/ og 30/12

Sakspapirer til sak 16/12 og 20/12 ble lagt ut fredag 16.03.12.

Drøftingsprotokoller til sak 20/12, 21/12 og 25/12 ble lagt ut i styreadministrasjonen 19.03.12.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 19.03.12
- Boka ”Rom for Helse”

I forkant av styremøtet var det omvisning for styret ved St. Olavs Hospital HF 21.03.12 og felles styreseminar for styrene i Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs Hospital HF 21.03.12.

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Styremedlem Bjørg Henriksen hadde en kommentar til stor saksmengde kombinert med ny teknologi (nettbrett utdelt i forrige møte).

Styreleder Marthe Styve Holte orienterte om at rekkefølgen i saksbehandlingen endres slik at sak 29/12 og sak 30/12 tas før sak 27/12 og 28/12.

Det var meldt inn to saker under eventuelt på forhånd fra styremedlem Tore Kristiansen, - ett vedr. kompetanse innen psykisk helsetjeneste i ambulansetjenesten og ett vedr. poliklinisk virksomhet i DMS. Orientering om dette ble gitt under eventuelt.

Nestleder Kåre Gjønnnes hadde meldt inn spørsmål vedr. kreftplan. Orientering om dette ble gitt under eventuelt.

Det ble innledningsvis en dialog rundt gave gitt i seminar dagen før fra Trond Mohn, PET MR skanner og initiativ fra Sparebank 1 SMN vedr. PET CT skanner.

Sak 15/12 Referatsaker

- Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 21.02.12
- Referat fra møte i regionalt brukerutvalg 19.02.12
- Brev fra Pasient og brukerombud i Nord-Trøndelag vedr. PET -CT

Sak 16/12 Statusrapport Helse Midt-Norge pr. 29.02.12

Forslag til vedtak:

Status for Helse Midt-Norge pr februar 2012 tas til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Status for Helse Midt-Norge pr februar 2012 tas til etterretning.

Sak 17/12 Revidert reglement for bygg og eiendomsvirksomheten for Helse Midt-Norge

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til det reviderte reglement for bygg og eiendomsvirksomheten for Helse Midt-Norge, revidert 8. mars 2012.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til det reviderte reglement for bygg og eiendomsvirksomheten for Helse Midt-Norge, revidert 8. mars 2012.

Sak 18/12 Helsebygg Midt-Norge - tertialrapport 3. tertial 2011

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Helsebygg Midt-Norges tertialrapport 3. tertial 2011 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Helsebygg Midt-Norges tertialrapport 3. tertial 2011 til etterretning.

Sak 19/12 Forvaltningsplaner Landsverneplan Helse - Rusbehandling Midt-Norge HF – Veksthuset

I forkant av behandling av denne saken ble orienteringssak vedr. Landsverneplan Helse med forskrift gitt.

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til forvaltningsplanen for Veksthuset i Molde.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne forvaltningsplanene for øvrige objekter på Landsverneplan Helse i Helse Midt-Norge

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til forvaltningsplanen for Veksthuset i Molde.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne forvaltningsplanene for øvrige objekter på Landsverneplan Helse i Helse Midt-Norge

Sak 20/12 - Årlig melding 2011

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å oversende Årlig melding 2011 fra Helse Midt-Norge til Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Som en oppsummering av Årlig melding 2011 vil styret konkludere med følgende:
 - a. Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer at "Sørge for"-ansvaret som er pålagt Helse Midt-Norge RHF samlet sett er oppfylt for 2011.
 - b. Styret for Helse Midt-Norge RHF er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2011, formidlet i oppdragsdokument og foretaksmøter, er fulgt opp og at målene er nådd på de fleste områder.
 - c. Styret for Helse Midt-Norge RHF er tilfreds med utviklingen av kvalitetsindikatorene ventetid, epikrisetid og fristbrudd.
 - d. Styret for Helse Midt-Norge RHF er særlig tilfreds med at den økonomiske målsetting er nådd i og med at foreløpig årsresultat for 2011 for foretaksgruppen

er bedre enn budsjett.

e. Styret vil imidlertid holde spesielt øye med at utviklingen i forhold til måloppnåelse på kvalitet og pasientsikkerhet fortsatt er positiv.

3. Styret for Helse Midt-Norge RHF berømmer de tillitsvalgte og brukernes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid

Protokoll

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket å tilføye ansatte og ledelse til vedtakspunkt 3:

Styremedlem Nils Håvard Dahl og styremedlem Ellen Wøhni fremmet forslag om et nytt punkt vedr. arbeidsmiljø.

Varamedlem John Olav Berdahl fremmet forslag om å slå sammen punkt 1 og 3

Med utgangspunkt i dette utarbeidet administrasjonen følgende forslag til pkt 1 og nytt tilleggspunkt 2 f :

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF berømmer ansatte og ledelse, tillitsvalgte og brukernes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid.

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å oversende Årlig melding 2011 fra Helse Midt-Norge til Helse- og omsorgsdepartementet.

2

.....

f. Styret i Helse Midt-Norge RHF peker på at godt arbeidsmiljø er viktig for god kvalitet på pasienttilbudet, og viser til at det er nødvendig å fokusere på å overholde de samlede arbeidsmiljøbestemmelsene

Det ble votert over det nye forslaget samlet. Dette ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF berømmer ansatte og ledelse, tillitsvalgte og brukernes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid.

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å oversende Årlig melding 2011 fra Helse Midt-Norge til Helse- og omsorgsdepartementet.

2. Som en oppsummering av Årlig melding 2011 vil styret konkludere med følgende:

a. Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer at "Sørge for"-ansvaret som er pålagt Helse Midt-Norge RHF samlet sett er oppfylt for 2011.

b. Styret for Helse Midt-Norge RHF er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2011, formidlet i oppdragsdokument og foretaksmøter, er fulgt opp og at målene er nådd på de fleste områder.

c. Styret for Helse Midt-Norge RHF er tilfreds med utviklingen av kvalitetsindikatorerne ventetid, epikrisetid og fristbrudd.

d. Styret for Helse Midt-Norge RHF er særlig tilfreds med at den økonomiske målsetting er nådd i og med at foreløpig årsresultat for 2011 for foretaksgruppen er bedre enn budsjett.

- e. Styret vil imidlertid holde spesielt øye med at utviklingen i forhold til måloppnåelse på kvalitet og pasientsikkerhet fortsatt er positiv.
- f. Styret i Helse Midt-Norge RHF peker på at godt arbeidsmiljø er viktig for god kvalitet på pasienttilbudet, og viser til at det er nødvendig å fokusere på å overholde de samlede arbeidsmiljøbestemmelsene

Sak 21/12 Langtidsplan og budsjett 2013-2018 - Prinsipper og forutsetninger

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og som tilfredsstillere eiers krav til reduksjon av driftskreditt.
2. Gjennomføring av Strategi 2020, generell effektivisering og en bedre struktur av tjenestetilbudet er en forutsetning for:
 - å møte pasientenes fremtidige behov med tjenester av høy faglig kvalitet
 - å frigjøre tilstrekkelige midler til investeringer
 - å gi ressursmessig handlingsrom for regionens satsingsområder
 - å sikre bærekraftige fagmiljøer med riktig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet
3. Helse Midt-Norge skal ha en bærekraftig drift med høy kvalitet. For å oppnå dette legger styret i langtidsperioden vekt på tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr (MTU)
4. Styret peker på behov for bygningsmessig opprustning i Nordmøre og Romsdal, og viser til prosjekt som gjennomføres i Helse Møre og Romsdal. Styret vil ta stilling til prosjektet og fremdrift når anbefaling foreligger. Også i andre helseforetak er det behov for bygningsmessige investeringer og styret vil komme tilbake til prioritering av dette.
5. Styret ser behov for å gjennomføre ambisjonen i opptrapping av særskilte satsingsområder som forskning, rusbehandling samt behovet for vedlikehold av bygningsmassen
6. HMN skal i langtidsperioden stimulere helseforetakenes arbeid med å finne gode faglige og effektive samarbeidsløsninger med kommunene
7. Strategiske planer og handlingsplaner med konsekvenser for langtidsperioden, innarbeides i årlige budsjett og i det videre arbeidet med langtidsplan og budsjett for perioden

Protokoll

Styremedlem Ottar Brage Guttelvik ba om man innarbeidet en formulering om likeverdig helsetilbud i vedtaket.

Styremedlem Trond Prytz ba om at man innarbeidet en formulering om framtidig kompetansebehov i vedtaket.

Med utgangspunkt i debatten la adm. dir fram et tilleggspunkt (pkt 3):

3.

a. Det legges til grunn at samfunnsperspektivet skal vektlegges ved gjennomføring av Strategi 2020.

b. Styret i Helse Midt-Norge RHF vektlegger at innbyggerne i Midt-Norge skal ha likeverdige helsetilbud.

c. Overordnede analyser vedrørende framtidig kompetansebehov skal følges opp med løpende kompetanseplanlegging og kompetanseutviklingstiltak.

Det ble stemt over alle punkt samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.

2. Gjennomføring av Strategi 2020, generell effektivisering og en bedre struktur av tjenestetilbudet er en forutsetning for:

- å møte pasientenes fremtidige behov med tjenester av høy faglig kvalitet
- å frigjøre tilstrekkelige midler til investeringer
- å gi ressursmessig handlingsrom for regionens satsingsområder
- å sikre bærekraftige fagmiljøer med riktig kompetanse og tilstrekkelig kapasitet

3.

a. Det legges til grunn at samfunnsperspektivet skal vektlegges ved gjennomføring av Strategi 2020.

b. Styret i Helse Midt-Norge RHF vektlegger at innbyggerne i Midt-Norge skal ha likeverdige helsetilbud.

c. Overordnede analyser vedrørende framtidig kompetansebehov skal følges opp med løpende kompetanseplanlegging og kompetanseutviklingstiltak.

4. Helse Midt-Norge skal ha en bærekraftig drift med høy kvalitet. For å oppnå dette legger styret i langtidsperioden vekt på tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr (MTU)

5. Styret peker på behov for bygningsmessig opprustning i Nordmøre og Romsdal, og viser til prosjekt som gjennomføres i Helse Møre og Romsdal. Styret vil ta stilling til prosjektet og fremdrift når anbefaling foreligger. Også i andre helseforetak er det behov for bygningsmessige investeringer og styret vil komme tilbake til prioritering av dette.

6. Styret ser behov for å gjennomføre ambisjonen i opptrapping av særskilte satsingsområder som forskning, rusbehandling samt behovet for vedlikehold av bygningsmassen
7. HMN skal i langtidsperioden stimulere helseforetakenes arbeid med å finne gode faglige og effektive samarbeidsløsninger med kommunene
8. Strategiske planer og handlingsplaner med konsekvenser for langtidsperioden, innarbeides i årlige budsjett og i det videre arbeidet med langtidsplan og budsjett for perioden

Sak 22/12 Årsrapport 2011 for internrevisjonen og revisjonskomiteen

Før denne saken ble behandlet ble orienteringssaken vedr. Internrevisjonen gitt

Revisjonskomiteens forslag til vedtak:

Styret tar årsrapport 2012 for internrevisjonen og revisjonskomiteen til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar årsrapport 2012 for internrevisjonen og revisjonskomiteen til orientering.

Sak 23/12 Internrevisjonens foreløpige aktivitetsplan for 2012- 2013

Revisjonskomiteens forslag til vedtak:

Styret tar internrevisjonens foreløpige aktivitetsplan for 2012-2013 til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar internrevisjonens foreløpige aktivitetsplan for 2012-2013 til orientering.

Sak 24/12 Internrevisjonsrapporter - nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i helseforetakene

Revisjonskomiteens forslag til vedtak:

1. Styret forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF følger opp anbefalingene i internrevisjonsrapportene.
2. Styret anmoder administrerende direktør om å vurdere mulige tiltak i hele foretaksgruppen i tråd med anbefalingene i hovedrapporten fra den nasjonale revisjonen. Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF følger opp anbefalingene i internrevisjonsrapportene.
2. Styret anmoder administrerende direktør om å vurdere mulige tiltak i hele foretaksgruppen i tråd med anbefalingene i hovedrapporten fra den nasjonale revisjonen. Protokoll

Sak 25/12 Regionalt traumesystem

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporten ”Traumesystem i Norge – Forslag til organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter” til etterretning.
2. Styret legger til grunn inndelingen av behandlingsskjeden i rapporten, der det skilles mellom prehospital tjeneste, akutt sykehus med traumefunksjon, traumesenter og rehabiliteringssykehus.
3. Anbefalingene om krav til infrastruktur, organisering og kompetanse legges til grunn for den videre utviklingen av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Midt-Norge.
4. Styret forutsetter at behandling av andre pasienter med behov for akutt hjelp må skje i henhold til funksjonsfordeling i Strategi 2020.
5. Styret vedtar at St. Olavs hospital er regionens traumesenter.
6. Styret vedtar at Ålesund sjukehus skal være akutt sykehus med traumefunksjon, og med mer omfattende behandlingsansvar enn øvrige sykehus.
7. Styret ber underliggende HF utarbeide en handlingsplan for hvordan alle sykehus, også de uten døgnkontinuerlig traumeberedskap, skal sikre kompetanse innen feltet

Protokoll

Etter forslag fra varamedlem John Olav Berdahl endret adm. dir sitt forslag til pkt. 6 til

6. Styret vedtar at Ålesund sjukehus skal være akuttstusykehus med traumefunksjon, og med mer omfattende behandlingsansvar.

Styremedlem Trond Prytz fremmet følgende forslag til endring av pkt 7:

7. Styret ber underliggende HF utarbeide en handlingsplan for hvordan alle sykehus, også de uten døgkontinuerlig traumeberedskap, skal bidra innen feltet

Det ble stemt over alle punkter samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporten ”Traumesystem i Norge – Forslag til organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter” til etterretning.
2. Styret legger til grunn inndelingen av behandlingsskjeden i rapporten, der det skilles mellom prehospitaletjeneste, akuttstusykehus med traumefunksjon, traumesenter og rehabiliteringssykehus.
3. Anbefalingene om krav til infrastruktur, organisering og kompetanse legges til grunn for den videre utviklingen av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Midt-Norge.
4. Styret forutsetter at behandling av andre pasienter med behov for akutt hjelp må skje i henhold til funksjonsfordeling i Strategi 2020.
5. Styret vedtar at St. Olavs hospital er regionens traumesenter.
6. Styret vedtar at Ålesund sjukehus skal være akuttstusykehus med traumefunksjon, og med mer omfattende behandlingsansvar.
7. Styret ber underliggende HF utarbeide en handlingsplan for hvordan alle sykehus, også de uten døgkontinuerlig traumeberedskap, skal bidra innen feltet

Sak 26/12 Høring ny Helseforetakslov

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til vedlagte høringssvar. (Vedlegg 1)
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF anmoder spesielt eieren om at:
 - a. § 26 a utformes slik at den ikke gir innskrenkninger i forhold til lukking av styremøter ut over det som fremgår av prinsippene for unntak fra innsynsretten i Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova)
 - b. Eksemplifisering i § 30 tas bort og at eventuell eksemplifisering isteden legges i vedtektene.

c. § 42 utformes slik at styret gis mulighet til å organisere fellesvirksomhet mellom foretak som helseforetak også i de tilfeller hvor virksomheten ikke yter spesialisthelsetjenester men hvor tjenestene allikevel er sentrale i forhold til helseforetakenes kjernevirksomhet.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til vedlagte høringsvar. (Vedlegg 1)

2. Styret for Helse Midt-Norge RHF anmoder spesielt eieren om at:

- a. § 26 a utformes slik at den ikke gir innskrenkninger i forhold til lukking av styremøter ut over det som fremgår av prinsippene for unntak fra innsynsretten i Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova)
- b. Eksemplifiseringen i § 30 tas bort og at eventuell eksemplifisering isteden legges i vedtektene.
- c. § 42 utformes slik at styret gis mulighet til å organisere fellesvirksomhet mellom foretak som helseforetak også i de tilfeller hvor virksomheten ikke yter spesialisthelsetjenester men hvor tjenestene allikevel er sentrale i forhold til helseforetakenes kjernevirksomhet.

27/12 Valgkomiteens forslag til oppnevning av helseforetaksstyrer 2012 - 2014

Saken ble behandlet i lukket møte etter sak 28/12, 29/12 og 30/12

Forslag til vedtak:

1. Styreleder får fullmakt til fremme saken for Foretaksmøtene

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

- 1 Styreleder får fullmakt til fremme saken for Foretaksmøtene

Sak 28/12 Utredning om organisering av ortopediske hjelpemidler og høreapparat Unntatt off.het jfr. Offlova § 14

Saken ble behandlet i lukket møte før sak 27/12, etter sak 29/12 og 30/12

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar utredningen til orientering.
2. Styret ber at de fire regionale helseforetakene oversender den likelydende styresaken til Helse- og omsorgsdepartementet til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar utredningen til orientering.
2. Styret ber at de fire regionale helseforetakene oversender den likelydende styresaken til Helse- og omsorgsdepartementet til orientering.

Sak 29/12 Orienteringssaker

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.

I styremøte 22.03.2012 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Landsvernplan helse med forskrift (orientering gitt før sak 19/12)
- Internrevisjon (orientering gitt før sak 22/12)
- Nytt fra foretaksgruppen
- Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal
- Samarbeid Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF – mandat
- Risikostyring i Helse Midt-Norge
- Utkast årsberetning 2011
- IKT Strategi
- Forhold knyttet til anskaffelse av billediagnostiske tjenester

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.

Evt. kommentarer til Årsberetning sendes på mail til rita.b.holand@helse-midt.no innen 12.04.12.

Sak 30/12 Eventuelt

Det ble orientert om følgende saker under eventuelt

- Kompetanse innen psykisk helse i ambulansetjenesten
- Poliklinisk virksomhet i DMS
- Regional kreftplan

Sak 31/12 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll fra styremøte ble godkjent og signert.

Trondheim 22.03.2012

Marthe Styrve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdís Harsvik

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Nils Håvard Dahl

Tore Brudseth

Ellen Wobni

Björg Henriksen