

Utkast til høringsvar til HOD – forslag til endringer i helseforetaksloven

1. Innledning

Det vises til høringsnotat av desember 2011, samt brev av 22. desember 2011, med høringsfrist til 20. mars 2012. Fristen er i ettertid satt til 2. april 2012.

Helse Vest gjør oppmerksom på at de fire regionale helseforetakene har hatt et samarbeid i forbindelse med utarbeidelse av høringsvar til departementets forslag til endringer i helseforetaksloven. Vi har imidlertid besluttet å gi hvert vårt høringsvar. Det skyldes ikke at de regionale helseforetakene er uenige med hensyn til de problemstillingene som høringsnotatet tar opp, men mer at det er noe ulikt syn på hva slags form og omfang en slik tilbakemeldingen bør ha. Som en følge av det nevnte samarbeid vil departementet se at deler av Helse Vests høringsvar vil være delvis i samsvar med de andre regionale helseforetakenes uttalelser.

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 med hensyn til 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 Vest vurderer forslaget som en hensiktsmessig utvikling av helseforetaksmodellen, som kan bidra til å legge til rette for økt fellesorganisering på nasjonalt nivå. Helse Vest støtter forslaget.

2.3 Organisering av virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste

Høringsnotatet drøfter 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 Vest 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 Helse Vests syn legge til rette for hensiktsmessig fellesorganisering.

Hvorvidt en virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste skal organiseres som aksjeselskap eller helseforetak, bør etter Helse Vests syn være valgfritt. I denne sammenheng vises det til at foretak ikke skal måtte omorganisere virksomhet som ikke yter spesialisthelsetjeneste og som i dag er organisert i aksjeselskap. Videre vises det til at det kan tenkes at formålet med selskapsorganiseringen i enkelte tilfeller kan tilsi at det bør organiseres som et aksjeselskap.

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 aktører.

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 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 –tjenester som ikke er ”sentrale velferdsgoder” - er de demokratiske hensynene som ligger til grunn for innføringen av kravet til politisk representasjon i styret, etter Helse Vests 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 den delen av helseforetakene som yter direkte pasient behandling og vil ha større behov for styrer med kompetanse på den sektoren virksomheten driver.

Det samme vil også kunne gjelde for noen tjenester som er å anse som spesialisthelsetjeneste, men som i hovedsak er en støttefunksjon for sykehusforetakene. Eksempel på dette er sykehusapotekene. For slike virksomheter er nødvendigvis ikke hensynet bak at folkevalgte skal være representert i styrene like fremtredende som for sykehusforetakene. Snarere tvert i mot vil det kunne være en styrke for slike virksomheters utvikling og integrasjon mot sykehusforetakene at styret er sammensatt med representanter fra sykehusforetakene.

Dersom det åpnes for etablering av helseforetak som ikke driver spesialisthelsetjeneste, bør det således samtidig gjøres unntak fra eierkravene fra 2006 med hensyn til politisk representasjon i styrene for slike helseforetak. For slik virksomhet foreslår Helse Vest derfor at styremedlemmer oppnevnes etter de samme prinsippene som for aksjeselskaper.

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 regionalt helseforetak med underliggende helseforetak er i dag registrert som ett avgiftssubjekt. Det beregnes derfor ikke 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 Vest 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 Vest 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 positivt. Slik bestemmelsen er utformet, favner ordlyden etter Helse Vests syn også konsernstyringsansvaret og de konsernoppgaver som de regionale helseforetakene bærer.

Helseforetaksloven § 30 foreslås utvidet med en eksemplifisering av ulike forhold som innebærer at saker må forelegges foretaksmøtet for det regionale helseforetaket. I dag er dette regulert i foretakenes vedtekter. Helse Vest 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" til 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.

Dersom forslaget om at foretaksmøtet for det regionale helseforetaket skal vedta antall 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 en justering av ordlyden i § 30 nytt tredje ledd, hvorefter "*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

- kommentarer til §§ 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 foretaksmøter.

Hjemmelen til å fastsette vilkår ved tildeling av bevilgninger utenfor foretaksmøte, har etter helseforetaksloven § 16 annet ledd vært forbeholdt departementet. Helse Vest 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 vilkårlæren. Dels har problemstillingen også vært løst ved at de årlige oppdragene til helseforetakene blir stadfestet i foretaksmøtene.

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

Helse Vest har ingen kommentarer til § 18 og § 19, ut over at lovfesting av video- og telefonmøter er i overensstemmelse med dagens praksis.

5. Statens eierstyring av de regionale helseforetakene

- **§ 16 siste ledd om fastsettelse av krav til de regionale helseforetakene og § 16a om innhenting av opplysninger fra de regionale helseforetakene**

5.1 Innledning

Bestemmelsene behandles samlet da de begge utpeker seg ved å kun gjelde departementets eierstyring av regionale helseforetak og ikke eierstyring generelt.

5.2 Til § 16 siste ledd om fastsettelse av krav til regionale helseforetak

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 Vest 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, slik at fristen for avholdelse av foretaksmøtene i så fall burde forskyves i forhold til de regionale helseforetakene.

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 Vest ser det som uproblematisk at departementets hovedbudskap blir inntatt i loven, men mener dette strengt juridisk sett er unødvendig. Vi viser til at 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 Vest 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 Helse Vests 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. Helse Vest mener videre at beskrivelsen av departementets tilsynsrolle ligger for tett opp mot ordlyden i § 28, som bl.a. omhandler RHF-styrets oppgaver og myndighet, samt den korresponderende tilsynsplikt styret har overfor de underliggende helseforetak.

Helse Vest ser det som uheldig, og muligens også ansvarspulveriserende, dersom departementet som eier tillegges en tilsynsrolle som kan synes å være sammenfallende med rollen som styret i de regionale helseforetakene har. Slik bestemmelsen er utformet bidrar den etter vårt syn til å gjøre ansvars- og rollefordelingen mellom nivåene uklar og den samsvarer ikke med premissene som ligger til grunn for foretaksmodellen.

Helse Vest viser til det ovennevnte og foreslår at bestemmelsen endres for å tydeliggjøre rollen og ansvaret som ligger i eierrollen. Videre foreslår vi å endre forslaget til ny § 16 a til å omfatte også de regionale helseforetakenes muligheter til å innhente opplysninger fra helseforetakene. 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 Vest 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 høringsnotatet og lovforslaget, fremstår imidlertid beskrivelsen som avvikende fra dagens ordning slik denne er etablert i henhold til foretaksmøtenes vedtak fra 2005. Vi antar at dette ikke er intensjonen, og vil i det følgende forsøke å klargjøre vårt syn. Videre vil vi foreslå en alternativ lovregulering som etter vår vurdering er mer i samsvar med dagens ordning og de standarder internrevisjonen arbeider etter.

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

Innledningsvis i dette punktet i vårt hørings svar vil vi komme med følgende merknad: 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.

¹ Norges Interne Revisorers Forening og the Institute of Internal Auditors

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 Vest ser det bør begrepet "føre tilsyn med" i helseforetaksloven forbeholdes de som har et overordnet og helhetlig ansvar for virksomheten – styret og daglig leder. Øvrige "organer/enheter" som eier, revisjonskomiteen og internrevisjonen har andre roller og dermed også andre oppgaver. 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 uklarhet 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.

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 revisors 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

Slik som § 37 a er utformet i høringsutkastet kan man få inntrykk av at internrevisjonen er administrerende direktørs ordinære redskap for å utføre slik tilsyn og kontroll som administrerende direktør har i henhold til § 37. Ett eksempel er i pkt 4.11.2, siste avsnitt hvor det står at *"Den ansatte internrevisjonen utfører revisjonsarbeidet og rapporterer både til styret og til daglig leder"*, og deretter: *"Administrativt er den underlagt daglig leder."*

Etter vår oppfatning innebærer dette at det lett kan oppfattes som internrevisjonen er underlagt daglig leder, som en 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.

Videre er omtalen av internrevisjonens ansvar og oppgaver i § 37 a, og enda mer i merknadene, etter vårt syn egnet til å skape usikkerhet. 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."* Det anses derfor som uheldig at det i merknaden til § 37 a står *"I første ledd pålegges regionale helseforetak å ansette internrevisjon som skal utføre det praktiske arbeidet med de tilsynsoppgavene som styret og daglig leder er pålagt i lov, forskrift, vedtekter og instruks, herunder i helseforetaksloven §§ 28, 29 og 37."*

Slik merknaden er utformet, kan den forstås slik at internrevisjonen tillegges et ansvar som er i strid med gjeldende standarder for og definisjoner av internrevisjon, ved at daglig leders ansvar/oppgaver (internkontrollen) er flyttet over til internrevisjonsenheten. Realiteten i dette er at internrevisjonens ansvar og oppgaver endres fra å være en uavhengig funksjon som skal se etter at internkontroll er etablert og fungerer som forutsatt som ledd i styrets tilsynsansvar, - til å bli en del av daglig leders apparat for å gjennomføre internkontroll. Vi antar at dette ikke er departementets intensjon, og vil nedenfor foreslå endringer som ivaretar dette.

Vår vurdering er at internrevisjonen skal *bistå* styret og daglig leder gjennom å se etter at det er etablert internkontroll, 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. 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 som de regionale helseforetakene 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"

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 det regionale helseforetaket 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. 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.

Helse Vest støtter i utgangspunktet forslaget til departementet til endringer i helsepersonelloven § 26. Forslaget innebærer at den som yter helsehjelp gis adgang til å videreformidle opplysninger til daglig leder og internrevisjonen i regionalt helseforetak «*når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten*». Vi mener imidlertid at det vil være nødvendig at det fremkommer i bestemmelsen at opplysninger kan videreformidles også når det er nødvendig for å kunne utføre «lovbestemt internrevisjonsarbeid».

Videre støtter vi forslaget at opplysninger skal så langt som mulig gis uten individualiserende kjennetegn. Dette innebærer at pasientopplysninger skal anonymiseres hvis formålet med bruken av opplysningene kan oppnås på samme måte som om de ble gitt med individualiserende kjennetegn. Videre ser vi det som viktig at presisering i høringsnotat om at internrevisjonen ikke i samme grad som helsetilsynet/fylkesmannen har behov for individualiserende kjennetegn i forbindelse med utøvelse av sin oppgave blir tatt inn i utarbeidelse i lovforarbeidene.

I helsepersonelloven § 26 siste ledd er det eksplisitt angitt at taushetsplikten gjelder tilsvarende for personell i pasientadministrasjonen. Her burde kanskje komme inn en presisering i forhold til daglig leder og internrevisjonen i regionalt helseforetak.

Slik forslaget til endringer av helsepersonelloven er utformet i høringsnotatet ser Helse Vest behov for en nærmere klargjøring mellom helsepersonelloven § 26 og helsepersonelloven § 29 b. Det vil være en fordel om det gitt noen nærmere konkrete tilfeller på forskjellen på praktisk anvendelse av helsepersonelloven § 26 og helsepersonelloven § 29 b i forhold til de

regionale helseforetakene. Vi viser i denne sammenheng spesielt til begrepene kvalitetssikring, administrasjon, planlegging og styring som nevnes i § 29 b, mens det i § 26 anvendes med begreper som kvalitetssikring og internkontroll.

På side 43 i høringsnotatet står det: *”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.”* Videre påpekes det at innsynet vil bli begrenset til få og konkrete personer. I forslag til merknader til helsepersonelloven § 26 vises det til «administrasjonen i regionalt helseforetak». Hvis mulighet for innsyn skal begrenses til «få og konkrete personer» fremstår er det uheldig at det i merknadene til bestemmelsen brukes begrepet «administrasjonen i regionalt helseforetak».

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 internrevisjonen avhengig av at utkast til rapporter sendes det aktuelle helseforetaket for kvalitetssikring av faktainformasjon mm. Slik oversendelse og kvalitetssikring er i dag vanskeliggjort ved at det ikke foreligger hjemmel for utsatt offentlighet frem til rapporten er ferdigstilt. Det vises til at det offentlighetskravet prinsipielt sett inntreffer 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 riksrevisjonsloven § 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 de regionale helseforetakenes 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 forslag 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 Vests forslag til lovtekst og plassering blir som følgende:

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

§ 28 nytt 6. ledd Styrets oppgaver:

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 Vest 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 saker der det er konflikt 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, jf. 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) helseforetaksloven § 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 forståelse 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. 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 overgangsløsninger eller eventuelt suppleringsvalg 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 valgssyklus.

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. Samtidig kan behovet for fleksibilitet ivaretas ved at "*skal*" skiftes ut med "*kan*".

Å gjennomføre et valg av ansattes styrerepresentanter er omfattende og gjøres i helseregionene i dag samtidig både for valget til styret i regionale helseforetakene og valgene til styrene ved de enkelte helseforetak. 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. Det vises til at man ikke kan ha verv som ansattes representant 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 avholde suppleringsvalg, 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 Vest 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, eventuelt suppleringsvalg, noe som kan reguleres nærmere i valgforskriften. Det bør derfor heller innføres en adgang ("kan"-bestemmelse) til å gjennomføre nyvalg eller suppleringsvalg ved omdanninger, og deretter regulere dette nærmere i valgforskriften.

8. Lovfesting av åpne styremøter – helseforetaksloven § 26a

8.1 Innledning

Helse Vest 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 i offentleglova 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 offentleglova er tilsiktet. Dersom forslaget blir stående vil imidlertid etter vårt syn helseforetakene stilles i en vanskeligere situasjon i mange sammenhenger enn forvaltningen for øvrig.

8.2 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 offentleglova innskrenket mulighetene for å kunne unnta organinterne dokumenter i henhold til offentleglova § 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 de regionale helseforetakene i høringsrunden før vedtakelsen av offentlegforskrifta, 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 Vest 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. offentlegforskrifta § 8, slik at det kan tilrettelegges bedre for at aktørene kan oppfylle sine lovpålagte plikter.

8.3 Forslagets § 26 a nr 3 – 5 og forholdet til offentleglova

Det som etter vårt syn er problematisk ved forslaget, er at det som i dag dekkes av offentleglova § 23 første ledd synes å falle bort. Etter denne bestemmelse 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. Lovforslagets 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. Vi viser til bl.a. 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 reguleringsiltak, 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 tilfredsstiller 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.

8.4 Helse Vests vurdering

Som påpekt innledningsvis støtter Helse Vest departementets forslag om å lovfeste kravet som ble gitt i 2003 om at styremøtene i all hovedsak skal være åpne. Videre ser vi behov for å presisere at det finnes saker hvor det er behov for lukkede styremøter.

Helse Vest mener primært at hensynet til lukkede styremøter best i varetas ved å vise generelt til lovbestemt taushetsplikt og offentleglovas bestemmelser. I tillegg ser vi behov for å eksplisitt ta inn departementets forslag til nr.1 og 2 i ny § 26 a annet ledd .

Hvis departementet velger og ikke henvise generelt til offentlegova, er Helse Vest av den oppfatning at oppstillingen ikke må være uttømmende, men eksemplifiserende. Dette for å unngå at forslaget til bestemmelse innskrenker offentleglovas bestemmelser.

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 Vest er kjent med at formuleringen i siste del av annet punktum i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 første ledd, .. *"som gir pasienten slik valgreitt"*, 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 Vest 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.