

NOU

Norges offentlige utredninger **1999: 15**

Hvor nært skal det være?

Tilknytningsformer for offentlige sykehus

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 18. september 1998.
Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 23. mars 1999

Statens forvaltningstjeneste
Statens trykning

Oslo 1999

Til Sosial- og helsedepartementet

Sosial- og helsedepartementet nedsatte 18. september 1998 et utvalg for å utrede tilknytningsformer for offentlige sykehus.

Utvalget legger med dette fram sin utredning. Utredningen er enstemmig der hvor det ikke framgår noe annet.

Oslo, 23. mars 1999

Rune J. Sørensen leder

Bjørn Magne Eggen

Anne Grette

Tove Hafnor

Asbjørn Hofslie

Gunhild Johansen

Paul M. Nilsen

Åse Annie Opsjøn

Kari Rolstad

Robert Rustad

Knut E. Schrøder

Tove Stangnes

Geirmund Unsgård

Nils Fr. Wisløff

Hans Petter Aarseth

Vidar Oma Steine

Arne Fosseng

Brit Mari Heggøy

Nina K. Lidahl

Øystein Solheim Lien

Kapittel 1

Pasienten, samfunnet og sykehuset**1.1 Innledning**

I dette kapitlet settes utvalgets problemstilling inn i et pasient- og samfunnsperspektiv. Reformarbeid i helsesektoren retter seg mot et bedre tilbud for pasientene. Fra valg og utforming av organisasjons- og tilknytningsform er det imidlertid en nokså lang vei til effekter for pasienter og samfunn. Det er heller ikke lett å si noe entydig om hvordan ulike tilknytningsformer¹ for sykehusene slår ut for alle de mål og hensyn som gjøres gjeldende i helsepolitikken.

Utvalget har fått som mandat å utrede de offentlige sykehusenes tilknytningsform. I praksis dreier dette seg om en utredning av både dagens tilknytningsformer og av ulike alternative organisasjons- eller tilknytningsformer for sykehusene. Det reises spørsmål

- om dagens tilknytningsformer bør videreføres, og om det eventuelt bør gjøres endringer i modellene eller i praktiseringen av dem
- om det nylig vedtatte kommunale foretaket, som er forankret i kommuneloven, dekker et eventuelt behov for endring
- om det er hensiktsmessig å organisere sykehus som statsforetak, aksjeselskap eller stiftelse, og om det i tilfelle er nødvendig å gjøre tilpasninger i modellene for å dekke særskilte behov knyttet til sykehusene
- om det er behov for nye tilknytningsformer for å dekke behovene i sykehussektoren.

På bakgrunn av utvalgets mandat vil det kunne hevdes at dette er en oppgave for eksperter i organisering av offentlig virksomhet. Men det er viktig å få fram en bredde i synspunkter på hvordan organisatoriske løsninger påvirker interesser og verdier, mål og hensyn i sykehusdriften, samtidig som utredningen av disse løsningene baseres på et godt organisatorisk, juridisk og økonomisk fundament.

Sykehusvirksomhetenes effekter på verdier og interesser vil i stor grad vil være et resultat av de helsepolitiske virkemidler som velges. Blant annet gjelder det hvilke ressurser som sykehusene tilføres og måten de finansieres på, hvilke juridiske rettigheter som gis til pasientene, hvilket helsepolitisk ansvar som pålegges fylkeskommunene, hvilke lovkrav som stilles til sykehustjenester, omfang og innretning på utdanningen av helsepersonell, hvilke krav som stilles til helsepersonell, og hvilke faglig-etiske holdninger som utvikles hos de ulike grupper helsepersonell. Utvalget minner om at det samtidig med utvalgets arbeid utredes eller gjennomføres tiltak innenfor disse områdene som tilsikter å få norske sykehus til å fungere i samsvar med helsepolitikkenes mål. Blant annet kan nevnes det pågående evaluerings- og justeringsarbeidet med den innsatsstyrte finansieringen, tiltak på utdannings- og rekrutteringsområdet for å øke tilgangen på helsepersonell, det framlagte forslaget til pasientrettighetslov og de øvrige foreslåtte helselovene.

1. Se "*Definisjon av tilknytningsform*" i kapittel 3.3.1 for en nærmere definisjon av tilknytningsformer, og figur 4.1 for en oversikt over dem.

Men også valg av tilknytningsformer vil ha innflytelse. Ikke minst gjelder det samspillet mellom tilknytningsform og de øvrige virkemidlene. Valg av tilknytningsform vil i stor grad kunne påvirke de ulike aktørenes posisjoner og roller, hvilke incitamentersom etableres, hvilke holdninger som utvikles osv. *Valg, utforming og praktisering av tilknytningsform* kan derigjennom forsterke eller modifisere effektene av de virkemidler som settes inn i helsepolitikken og på denne måten påvirke hvilke hensyn eller interesser som blir ivaretatt. En illustrasjon på problemstillingen er dette: ulike tilknytningsformer kan påvirke i hvilken grad sykehuset har oppmerksomhet rettet mot de inntektsmessige effekter av behandlingstiltak som gjennomføres, og dermed eventuelt påvirke sykehusets prioriteringer. Når utvalget har vurdert hva som er hensiktsmessige tilknytningsformer, vil det helt sentrale elementet være om samspillet mellom de øvrige virkemidlene og tilknytningsformen er egnet til å realisere de helsepolitiske målene.

I helsepolitikken søkes det å ivareta behov som retter seg mot den enkelte. Dette kan for eksempel være en enkelt pasients behov for en bestemt behandling. Samtidig skal helse- og sykehusvesenet ivareta behov og oppgaver som ikke retter seg direkte mot konkrete pasienter med diagnostiserte lidelser. Dette vil blant annet være utdannings- og forskningsoppgavene som skal ivareta befolkningens framtidige behov for helsetjenester. Framtidige pasienter er like virkelige som de som til enhver tid er behandlingstrengende, selv om vi ikke per i dag vet akkurat hvem de er. Forholdet mellom de pasientene som trenger behandling i dag og de som vil trenge behandling i framtiden, tilsier at ikke alle ressurser i helsevesenet kan settes inn i pasientbehandling i dag. Det ville gå på bekostning av de som senere vil trenge behandling. I det å sette «pasienten først» ligger det også andre typer avveininger som mellom forebygging og behandling. Helsepolitikken retter seg først og fremst mot pasientbehandling, men det er også andre hensyn og verdier som ses som sentrale og viktige.

1.2 Helsepolitiske mål og virkemidler

Det grunnleggende elementet i norsk helse- og sykehuspolitikk er å sikre hele befolkningen god tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Det er en forutsetning at tilgangen skal være uavhengig av alder, kjønn og bosted og at tjenestene skal ytes av en offentlig styrt helsesektor.

De offentlige sykehusene er tema for denne utredningen. De spiller en helt sentral rolle for å nå den grunnleggende målsettingen i helsepolitikken. Sykehusene er til for pasientene og befolkningen generelt, og sykehustjenestene hører til blant velferdsstatens kjerneytelser. Langt på vei har offentlige sykehus hatt et monopol på å levere spesialisthelsetjenester. De offentlige sykehusene er bevilgningsfinansierte og organisert som en del av det offentlige. Dette har gitt grunnlag for at myndighetene har kunnet utøve styring av sykehusene og koordinering av ressursbruken i helsesektoren gjennom den tradisjonelle etatsstyringen av sykehusenes virksomhet. Det er også et selvstendig poeng at tjenesteytingen skal være under demokratisk styring gjennom at den er forankret i nasjonale og lokale politiske organer. Organiseringen, der det er et tilnærmet monopol fra det offentliges side med tilhørende tett politisk styring, gjør det rimelig å si at det norske sykehusvesenet har hatt klare innslag av tilbudsstyring; myndigheter og sykehusene har selv

i stor grad bestemt både omfang og sammensetning av spesialisthelsetjenestene.

Denne situasjonen kan nå sies å være kommet under et press fra flere kanter. For det første er det *utviklingstrekk i samfunnet* som gjør at den klare tilbudsstyringen ikke lenger passer like godt. For det andre *har myndighetene selv satt i verk tiltak* som kan sies å bryte med den tradisjonelle styringen av sektoren.

I samfunnet gjør det seg etter hvert gjeldende et krav om brukerorientering av offentlig virksomhet og kanskje særlig den offentlige virksomhet som er tjenesteytende overfor innbyggerne. Vekten på brukerstyring og brukermedvirkning har også nådd sykehussektoren. Dette speiles i det framlagte forslaget til ny pasientlov², der det blant annet foreslås å gi pasientene rett til fritt å velge sykehus innenfor samme behandlingsnivå. Sammen med økt oppmerksomhet omkring kvalitet og service på tjenestene kan dette bidra til å sette sykehusene under et visst press for å være attraktive for pasientene.

Finansieringsformen for deler av sykehusenes virksomhet er også lagt om til aktivitetsbasert finansiering. Det innebærer at sykehusenes inntekter er avhengig av aktivitetsnivået, og at det er kommet et viktig innslag av incitamenter inn i finansieringen. Den nye finansieringsformen vil trolig forsterke effekten av et fritt sykehusvalg.

Et annet utviklingstrekk som berører de offentlige sykehusene, er en viss framvekst av private tilbud og av privat etterspørsel etter helsetjenester. Det private tilbudet av spesialisthelsetjenester er bare i begrenset grad i konkurranse med det offentlige tilbudet, og det er bare i visse geografiske områder at det eksisterer et privat tilbud av noen betydning. Det kan imidlertid også ses en viss økning i en privat etterspørsel etter helsetjenester i den form at organisasjoner eller privatpersoner selv ønsker å betale for bestemte helsetjenester. Det kan ikke sies at verken det private tilbudet eller den private etterspørselen i dag utgjør noen overhengende trussel for en offentlig styrt helsesektor. Men disse faktorene kan likevel utgjøre et press fordi de kan bidra til økt konkurranse - kanskje særlig om ressurser, men også om pasienter.

Til sammen kan utviklingstrekkene i samfunnet og de nye tiltakene fra myndighetenes side sies å innebære et visst brudd med den tradisjonelle modellen for styring av helse- og sykehussektoren. Vesentlige deler av helsepolitikken blir imidlertid videreført.

Flere elementer både i helse- og sykehuspolitikkenes målsettinger og i virkemiddelbruken forutsetter fortsatt betydelig styring både fra myndigheter og sykehuseiere, fra sykehusledelser og fra faglige miljøer i sykehusene.

Det er enighet om at det bør være nasjonal og lokal politisk kontroll med strukturen i sykehusvesenet. Det er ønskelig for å sikre et bredt landsdekkende tilbud og at øyeblikkelig hjelp- og beredskapsfunksjoner gis en tilfredsstillende dekning over hele landet. Det innebærer politisk styring av lokalisering og dimensjonering av sykehus og av oppgavefordelingen mellom sykehusene. En del av denne strukturstyringen skal ivaretas gjennom det regionale helseplanarbeidet, som er tillagt regionale samordningsoppgaver. Et forhold som gjør det viktig med både regional og nasjonal samordning, er at det er knapphet på sentrale grupper blant helsepersonellet. Det er derfor viktig at slike beslutninger ikke tas av det enkelte sykehus eller av den enkelte fylkeskommune alene, og at det tas hensyn til de behov som finnes både innenfor og mellom regioner.

2. Ot prp nr 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter.

Flere av de behovene som sykehussektoren er satt til å ivareta, vil ikke framstå som aktiv etterspørsel overfor sykehusene. Det forutsettes også at sykehusene skal yte tjenester som ikke omfattes av aktivitetsbasert finansiering, og som dermed skal ytes uten at det utløses inntekter for sykehusene. Dette gjelder for eksempel hele psykiatrien og andre store grupper av pasienter, som de som har kroniske lidelser. Det samme gjelder til dels for målsettingen om at det skal holdes tilstrekkelig kvalitet innenfor pleie og omsorg. Disse oppgavene er lagt til sykehusene, og det vil være sykehusenes ledelse og de faglige miljøene som må følge dem opp. Men sykehuseierne har et politisk og juridisk ansvar for at disse målsettingene og oppgavene følges opp av sykehusene.

Samfunn og myndigheter står overfor et problem i helsepolitikken ved at den medisinske teknologi- og metodeutviklingen gjør at det blir mulig å yte flere tilbud enn det sykehusene er i stand til å yte ut fra de tildelte ressurser. Dette setter større krav til de beslutningene om prioriteringer som skal fattes. Samlet sett skal prioriteringsbeslutningene fattes av nasjonale myndigheter, men både sykehuseiere og sykehus står overfor viktige prioriteringsbeslutninger innenfor de rammer som gis. Nye behandlingstilbud stiller også beslutende myndigheter overfor etiske spørsmål ved at de må ta stilling til om tilbudene skal gis til de ulike pasientgruppene. For samfunn og myndigheter er det viktig å ha kontroll med den samlede ressursbruken i helse- og sykehussektoren. Behovet for kostnadskontroll betinger også politisk styring av og med sykehussektoren, både på nasjonalt og lokalt nivå.

Spørsmålet om ivaretagelsen av de kollektive elementene i sykehusenes virksomhet aktualiseres når man vurderer å endre tilknytningsform. Det er grunnleggende at disse elementene sikres for å nå den overordnede målsettingen om å sikre hele befolkningen god tilgang til helsetjenester. Ved valg av tilknytningsform må det vurderes *hvordan* de kollektive elementene ivaretas, for eksempel ved at formen som velges gir adgang til overordnet politisk styring både overfor det enkelte sykehuset og overfor sektoren samlet.

1.3 Pasienten først

Pasienten først brukes gjerne som en betegnelse på sykehus som på en grunnleggende måte setter pasientenes behov og situasjon i fokus. Et slikt perspektiv bør også ligge til grunn når spørsmålet om sykehusenes tilknytningsform settes på dagsorden. Perspektivet bør omfatte alle pasientgruppene, noe som innebærer oppmerksomhet mot grupper både innenfor og utenfor den aktivitetsbaserte finansieringen. Å ha fokus mot pasientenes behov og situasjon betyr ikke at man skal nedprioritere sykehusenes andre hovedoppgaver knyttet til forskning, utdanning og opplæring ettersom disse også retter seg mot pasientenes behov, om enn på lengre sikt.

Her skal følgende viktige elementer i et pasienten først-perspektiv trekkes fram:

Tilgjengelige tjenester

Det pasientorienterte sykehuset bør yte helsetjenester som samsvarer med befolkningens behov og politiske prioriteringer.

Tjenester med høy kvalitet

Sykehusene må gjøre bruk av medisinsk og helsefaglig kompetanse og den teknologi som er utviklet til beste for pasientene. Helsepersonellet må arbeide sammen med utgangspunkt i pasientenes behov og situasjon.

Høyt servicenivå

Det er viktig at sykehusene på en gjennomtenkt måte legger til rette for at pasientene skal oppleve god service ved sykehusene. Det er derfor av betydning å gi en god praktisk tilrettelegging blant annet for å unngå unødig venting for pasientene og å sørge for riktig og tilrettelagt informasjon. Det betyr mye å vise forståelse for pasientenes situasjon og å legge vekt på å få kommunikasjonen mellom personell og pasienter til å fungere, blant annet for å sikre den pasientmedvirkning som helsepolitikken forutsetter.

At tjenestene ytes på en helhetlig måte

Pasientenes behov forutsetter ofte samvirke og samarbeid mellom flere virksomheter i helsetjenesten. For det første vil primærhelsetjenesten ofte være involvert både før og etter en behandling i sykehus. Dermed er samarbeidet mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten av stor betydning for et godt resultat for pasientene. For det andre vil det mange ganger være flere sykehus involvert i behandlingen av den enkelte pasient. Det er derfor viktig at samspillet både mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike sykehus skjer med utgangspunkt i pasientenes behov og situasjon.

At pasienten først-perspektivet trekkes fram i denne sammenhengen innebærer først og fremst at disse forholdene er sentrale også når spørsmålet dreier seg om valg og utforming av tilknytningsform for de offentlige sykehusene. Det er viktig at de tilknytningsformer som velges, kan ivareta de krav som stilles opp i *pasienten først* på en hensiktsmessig måte.

Det er rimelig at løpende *pasientbehandling* og nødvendig *pleie og omsorg* settes i fokus når sykehusspørsmål utredes. Sykehusenes tre andre hovedoppgaver må imidlertid også tas med i utredningen. Oppgavene *utdanning, forskning/fagutvikling* og *pasientopplæring* er viktige for sykehusene og for at disse i framtiden skal kunne ivareta pasientbehandlingsfunksjonen. På kortere sikt vil det imidlertid være konflikter mellom disse oppgavene ettersom de alle skal ivaretas samtidig, og forskning og utdanning vil trekke ressurser som ellers kunne settes inn i pasientbehandlingen. Slike konflikter kan oppstå både på det enkelte sykehus og på mer overordnet nivå. Det er imidlertid helt sentralt at disse oppgavene utføres for at sykehusene skal kunne behandle pasienter og utvikle sitt tilbud. En nedprioritering av utdanningsfunksjonen vil gi negative effekter på ganske kort sikt, mens nedprioritering av forskningen først vil gi negative konsekvenser over tid. Oppgavene utdanning og forskning utgjør en sentral del av sykehusenes samfunnsmessige rolle. Det må dermed legges til rette for at sykehusene kan ivareta disse oppgavene på en tilfredsstillende måte. Det enkelte sykehus vil ikke fullt ut oppleve de negative konsekvensene av å nedprioritere disse oppgavene, og det er viktig at det foreligger en samlet styring og kontroll med at disse oppgavene utføres.

For samfunnet er det også viktig at sykehusenes produksjon skjer på en tilstrekkelig effektiv måte. En gitt mengde ressurser som settes inn i sykehusvesenet bør føre til en høyest mulig produksjon av helsetjenester. Jo bedre

effektivitet, desto flere behandlede pasienter. Det samme vil gjelde for forskning og utdanning. Men kvaliteten må være tilfredsstillende, og man må unngå å gjennomføre tiltak som svekker den ønskede kvaliteten ved sykehusenes ulike aktiviteter. Effektivitet i sykehus må innebære både riktig produksjon og høy produksjon. Sykehusene bør ikke la økt produksjon gå på bekostning av prioriterte pasientgrupper.

For at sykehusene skal klare å møte de krav som stilles, er de helt avhengig av den innsatsen som gjøres av de ansatte. Denne innsatsen utgjør omkring to tredjedeler av sykehusenes samlede ressursbruk, og er helt avgjørende for sykehusenes samlede resultater. I tillegg til at myndighetene må legge opp til bruk av hensiktsmessige juridiske, økonomiske og organisatoriske virkemidler i styringen av sykehusene, vil normer og verdier i sykehussorganisasjonene og i profesjonene ha stor betydning for hvordan sykehusene fyller rolle og løser sine oppgaver.

For sykehusene vil det også være viktig at de oppgavene de er satt til å løse, gjøres tilstrekkelig klare. Det påhviler dermed fylkeskommunene og staten et ansvar for å formulere sine krav til sykehusene på en klar måte, og å sørge for at sykehusene gis rammebetingelser som setter dem i stand til å løse oppgavene.

1.4 Valg av tilknytningsform for sykehusene

Temaet for denne utredningen - valg og utforming av tilknytningsformer for de offentlige sykehusene - vil dreie seg om hvordan tilknytningsformer som ett av flere virkemidler bidrar til å sette pasienten først.

De aller fleste offentlige sykehusene eies og drives i dag av fylkeskommunene.³Fylkeskommunene er også tillagt et hovedansvar for finansieringen av sykehusene. Fylkeskommunene er dermed gitt en grunnleggende ansvarsposisjon i norsk helsepolitikk. Ved valg av tilknytningsform vil det være sentralt at det blir valgt løsninger som bidrar til å oppfylle fylkeskommunenes forpliktelser i helsepolitikken. Det generelle prinsippet er at fylkeskommunene skal ha stor frihet til selv å velge sine organisatoriske løsninger.

Sykehusetjenester er et område som er av stor betydning for samfunnet. Det medfører politisk ansvar og behov for politisk styring. I tillegg til at sentrale myndigheter er tillagt ansvar for og styring med sektoren, er sykehusene forankret i det lokale demokratiet. Det må vurderes om de forskjellige tilknytningsformene gir muligheter for tilstrekkelig politisk styring og kontroll med sektoren.

I utvalgets mandat gjøres det klart at utvalget skal basere sin utredning og sine tilrådinger på at dagens eierskap til de offentlige sykehusene opprettholdes. Mange av utvalgets vurderinger vil ikke være upåvirket av om denne målsettingen brytes. Det er ikke likegyldig hvem som eier virksomheten, dersom man mener at viktige styringsbehov vil måtte ivaretas gjennom eierstyringen og ikke fullt ut kan overlates til styring gjennom markedsliknende mekanismer og kontrakts- og avtaleteknikker.

Sykehusene er ikke en enhetlig gruppe virksomheter, og har sitt virke under forskjellige forutsetninger. Oppgavesammensetningen for sykehusene er heller ikke lik. Det vil være knyttet ulike styringsbehov til ulike oppgaver, og det vil være variasjon med hensyn til hvilke virkemidler som er egnet. Ved

3. Oslo kommune har også fylkeskommunale oppgaver.

valg av tilknytningsformer må det tas hensyn til mangfoldet i sykehusenes situasjon.

1.5 Oppsummering

Utvalgets vurderinger av tilknytningsform er i stor grad knyttet til forholdet mellom:

- hva som er de helsepolitiske målene
- hvilke virkemidler myndighetene bruker for å realisere målene
- hvilke oppgaver og roller de offentlige sykehusene har innenfor rammen av helsepolitiske mål og virkemidler

Spørsmålet om tilknytningsform ville vært enklere dersom man hadde maktet å lage så presise virkemidler at sykehusene automatisk ville handle riktig i forhold til de helsepolitiske målene. Det er imidlertid innenfor gjeldende virkemiddelbruk et visst rom for at sykehuset kan utøve prioriteringer og skjønn. Sykehusene vil også stå overfor ulik grad av press med hensyn til omstillinger som kan forbedre pasientbehandling og produktivitet.

For helsepolitikken er det viktig hvordan sykehusene bruker denne friheten. Det er ikke minst viktig fordi det kan ligge inne spenninger eller motsetninger mellom to sett av styringsvirkemidler eller incitamenter som sykehusene påvirkes av:

- *Styringen som skjer fra sykehuseiere.* Her legges vekten på det kollektive elementet. Det gjelder forhold som nasjonal koordinering av og samarbeid om ressursbruken, at sykehusene bidrar til samarbeid med primærhelsetjenesten, en nasjonal strategi for å ha et landsdekkende tilbud og for å dekke øyeblikkelig hjelp og beredskap, og at også behov som ikke nødvendigvis understøttes av aktiv etterspørsel, rettslige krav eller økonomiske incitamenter dekkes. Det er også sentralt at de helsepolitiske prioriteringene ivaretas, og at samarbeidet om regional helseplanlegging og funksjonsfordeling kan følges opp. Det må forventes at sykehusene respekterer pålegg fra eieren og viser lojalitet mot eierens intensjoner.
- *Incitamenter og påvirkningen av sykehusene utenfra.* Pasientrettighetsloven vil gi etterspørrere rettskrav på en helt annen måte enn tidligere. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom retten til fritt sykehusvalg. Den innsatsstyrte finansieringen dekker en stor del av kostnadene, men gjelder bare for deler av oppgavene. Denne finansieringsordningen innebærer at alternative aktiviteter får ulike inntektseffekter. Incitamentene forutsettes å virke når de nye ordningene er innført og virkemidlene er forsøkt gitt en innretning som også generelt understøtter helsepolitikens målsettinger.

Utvalget oppfatter det som kjernen i sin oppgave å gi råd om tilknytningsformer som

- *på den ene siden* kan understøtte den brukerorientering, dynamikk og fleksibilitet som de nye virkemidlene legger opp til, og som kan bidra til at ikke de offentlige sykehusene forvitrer
- *på den andre siden* erkjenner at det ligger et potensiale for feilbruk i de nye virkemidlene - ved at det enkelte sykehuset i for stor grad kan bli seg selv nok og i overdreven grad konsentrere seg om egen økonomi og vekst, slik at det får negative effekter i forhold til de samlede helsepolitiske målene

Det er også viktig at tilknytningsformene ivaretar behovene for samfunnsmessig styring gjennom folkevalgte organer.

I dette perspektivet er spørsmålet om valg, nærmere utforming og praktisering av tilknytningsform viktig.

Kapittel 2

Sammendrag

I utredningens *kapittel 1* presenteres det pasient- og samfunnsperspektiv som utvalget har lagt til grunn for sine vurderinger og tilrådinger.

I *kapittel 3* presenteres bakgrunnen for utvalgets oppnevning, dets mandat, sammensetning og arbeidsmåte.

I *kapittel 4* presenteres utvalgets forståelse av problemer og utfordringer i sykehussektoren. Følgende forhold framheves:

- Sykehusene er komplekse organisasjoner, og sykehusene må kunne tilpasse seg raske endringer i behandlingsmetoder, i befolkningens ønsker og medisinske behov.
- Sykehusene har en viktig samfunnsmessig rolle knyttet til forskning og utdanning.
- En rekke nye elementer har i de senere år kommet inn i den helsepolitiske virkemiddelbruken; innsatsstyrt finansiering, pasientrettigheter, herunder rett til å velge sykehus på samme nivå, og styrking og formalisering av det regionale helsesamarbeidet.
- Sykehusenes må gis rammebetingelser som gir mulighet for rasjonell bruk av innsatsfaktorene kapital og personellressurser.
- Realisering av de helsepolitiske målene, det faktum at sykehusene er offentlig eide og finansierte og behovet for utgifts- og kostnadskontroll fordrer at sykehusene er underlagt politisk-demokratisk styring. Søkelyset rettes mot hva som skal være formene for denne styringen og hvordan dette henger sammen med valg av tilknytningsform.

Dagens organisasjonsmodeller for sykehus presenteres i *kapittel 5*. Det gis også en beskrivelse av erfaringene med bruk av organisasjonsmodellene sett fra sykehusdirektørens, fylkesrådmennenes og politikernes ståsted. Utvalgets undersøkelser viser blant annet at det er store variasjoner i hvilke fullmakter sykehusledelsen har til å omdisponere innenfor vedtatt økonomisk ramme, og at det er betydelige forskjeller i hvilken myndighet de har i tilsetnings- og personalsaker. Sett fra sykehusdirektørens ståsted preges styringen i mange fylkeskommuner av utilstrekkelig myndighet i rekrutterings- og personalpolitikken, og at langsiktige hensyn svekkes som følge av tilfældigheter i tilgangen på investeringsmidler. Situasjonen synes å være likeartet når det gjelder statens styring av de to store statssykehusene.

Kapittel 6 presenterer «kommunalt foretak» Dette er en underform av forvaltningsorganisering som åpner for å gi sykehusene en friere organisatorisk posisjon. Utvalget foreslår justeringer i de lovbestemmelsene i kommuneloven som regulerer kommunalt foretak. Forvaltningsbedrift er en eksisterende organisasjonsform i statlig sektor.

Kapittel 7 presenterer statsforetak og kommunalt selskap. Begge disse tilknytningsformene er selvstendige rettssubjekter. Statsforetak er en eksisterende tilknytningsform i statlig virksomhet. Kommunalt selskap er en ny tilknytningsform som legges fram i denne utredningen.

Kapittel 8 presenterer tilknytningsformene aksjeselskap, statsaksjeselskap, særlovselskap og stiftelse. Aksjeselskap, statsaksjeselskap og særlovselskap gir eieren muligheter til å øve innflytelse på selskapene gjennom

generalforsamlingen. Stiftelsen er den mest uavhengige tilknytningsformen fordi den ikke har noen eier, men er selveiende og selvstyrende.

Utvalget gir sine vurderinger og tilrådinger i *kapittel 9*. Et samlet utvalg mener at de styringsmessige utfordringer som er drøftet i "*Problemer og utfordringer i sykehussektoren*" i kapittel 4, tilsier reformer i styringen av de offentlige sykehusene. Grunnlaget for utvalgets vurderinger i dette kapitlet, er hensynet til helsepolitiske mål, hensynet til demokratisk styring og forvaltningsmessig hensiktsmessighet, samt de styringsmessige utfordringer som sykehussektoren står ovenfor. Reformene bør klargjøre statens og fylkeskommunenes roller som myndighetsutøvere, som eiere og som oppdragsgivere for de offentlige sykehusene.

Utvalget mener at forvaltningsorganformen er en egnet tilknytningsform for sykehus. Det er imidlertid et klart behov for å gi sykehusledelsen bedre muligheter til å utøve profesjonell ledelse og utvidede fullmakter knyttet til personale og økonomi. Erfaringene med dagens styringspraksis viser at ledelsen må gis et klarere og mer langsiktig mandat til å styre den daglige virksomheten i sykehusene.

Utvalgets prinsipielle utgangspunkt er at både stat og fylkeskommune må stå fritt i valg av tilknytningsform. Flertallet i utvalget (medlemmene Eggen, Grette, Hafnor, Hofslie, Nilsen, Opsjøn, Rolstad, Rustad, Schrøder, Sørensen, Unsgård, Wisløff og Aarseth) vil ikke legge formelle restriksjoner på statens og fylkeskommunenes organisasjonsfrihet. Sykehuseier må selv vurdere og velge tilknytningsform. Mindretallet (medlemmene Johansen og Stangnes) mener at valgfriheten bør begrenses til forvaltningsorganer, slik at sykehusene forblir en del av staten og fylkeskommunens som rettslige enheter.

Storparten av flertallet (medlemmene Eggen, Hafnor, Nilsen, Opsjøn, Rustad, Schrøder, Sørensen, Unsgård, Wisløff og Aarseth) mener at det foreslåtte kommunalt selskap og statsforetaket er egnede tilknytningsformer for offentlige sykehus. Disse formene er også klare alternativer til dagens forvaltningsorganisering. På den ene siden markeres at sykehusene forblir offentlig eide, de er underlagt folkevalgt styring, og at stat og fylkeskommune har den nødvendige kontroll med sykehusenes økonomiske rammer. På den andre siden understrekes sykehusledelsens selvstendighet og ansvar for den daglige driften. Disse medlemmene mener derfor at statlige myndigheter kan vurdere omdanning av Rikshospitalet og Radiumhospitalet til statsforetak. Dersom fylkeskommunene vil vurdere et alternativ til dagens tilknytningsform, bør de se kommunalt selskap som hovedalternativet.

To medlemmer av flertallet (medlemmene Grette og Hofslie) understreker at hver enkelt fylkeskommune må foreta egne valg basert på demokratiske prosesser og lokale forhold. Disse medlemmene vil ikke gi generelle anbefalinger om hvilke tilknytningsformer som bør foretrekkes.

Et annet medlem av flertallet, Rolstad, anser forvaltningsorganisering som den mest hensiktsmessige form for organisering av sykehus, og anbefaler derfor at sykehuseierne utnytter mulighetene i forvaltningsmodellen og herunder også vurderer bruk av kommunalt foretak.

Utvalget har også vurdert behovet for en statlig godkjenningsordning ved omdannelse av offentlige sykehus til selvstendige rettssubjekter. Flertallet, (medlemmene Grette, Hafnor, Hofslie, Nilsen, Opsjøn, Rolstad, Rustad, Schrøder, Sørensen, Unsgård, Wisløff og Aarseth) mener at en slik omdanning i seg selv ikke bør gi grunnlag for en statlig godkjenning. Flertallet anser at sykehuseier har et bredt tilfang av virkemidler for å ivareta helserettslige

forpliktelser, herunder vedtekter, kontrakter og muligheten til inngripen som eier.

Medlemmene Johansen og Stangnes ønsker en godkjenningsordning for å forhindre at sykehus blir omdannet til selskap eller stiftelse. Medlemmet Eggen mener godkjenning er påkrevd spesielt for å sikre at sykehuseierne kan ivareta sine helserettslige forpliktelser, både i forhold til enkeltpasienter, og de regionale og nasjonale oppgavene.

I *kapittel 10* redegjør utvalget for de økonomiske og administrative konsekvenser av sine forslag.

Kapittel 3

Utvalgets mandat og arbeid**3.1 Bakgrunn for oppnevningen av utvalget**

Som bakgrunn for forslaget om å oppnevne et utvalg for utredning av tilknytningsformer for offentlige sykehus, anførte Sosial- og helsedepartementet følgende i foredraget til kongelig resolusjon av 18. september 1998:

«Selv om en rekke spørsmål knyttet til det offentlige sykehusvesenet har vært utredet i de senere årene, har det ikke vært gjennomført noen systematisk vurdering av hva som er hensiktsmessig tilknytningsform for de offentlige sykehusene. Samtidig skjer det en rekke endringer i sykehusenes rammebetingelser, noe som tilsier at valg av tilknytningsform nå bør undergis en ny og samlet vurdering. Særlig vil departementet vise til:

- Stortinget har vedtatt at det på samme behandlingsnivå skal gjennomføres rett til fritt sykehusvalg over hele landet. Forslag til praktisk opplegg vil bli lagt frem i forslaget til pasientrettighetsloven som planlegges fremmet høsten 1998.
- Gjennom ordningen med innsatsstyrt finansiering er en stor del av den tidligere rammefinansieringen (45 %) gjort om til aktivitetsbasert finansiering.
- Endringene i sykehusloven (Ot.prp.nr. 48 1997-98) med opplegg for en mer aktiv bruk av regional helseplanlegging.

Samtidig vil departementet vise til at private aktører har fått en økt betydning på helseområdet, både hva gjelder etterspørsel og tilbud av helsetjenester. Det vises til at private helseinstitusjoner i økende grad dels konkurrerer med de offentlige sykehusene om arbeidskraften og dels tilbyr de samme helsetjenestene som de offentlige sykehusene. Likeens er det en betydelig økning i den private etterspørselen etter sykehustjenester, fra enkeltpersoner, bedrifter, forsikringsselskaper og andre organisasjoner. I flere sammenhenger er det for øvrig riktig å si at det har utviklet seg nordiske eller internasjonale helsemarkeder som påvirker situasjonen for de offentlige sykehusene. Departementet legger vekt på at de offentlige sykehusenes rammebetingelser og tilknytningsform også må vurderes i lys av de private aktørenes rolle i helsevesenet.

Det vises til at Sosial- og helsedepartementet i revidert nasjonalbudsjett for 1998 har varslet at det skal utredes omdannelse av Radiumhospitalet og Rikshospitalet til sykehusforetak og at også fylkeskommuner har fremmet forslag om å endre sykehusenes tilknytningsform.

Spørsmålet om sykehusenes tilknytningsform berører en rekke viktige samfunnsinteresser, og Sosial- og helsedepartementet er derfor av den oppfatning at utvalget bør få en bred sammensetning. Sykehusene utgjør en relativt omfattende del av fylkeskommunenes virksomhet, og det er derfor naturlig at fylkeskommunene og Kommunenes Sentralforbund er representert. Departementet har også lagt vekt på å få representanter fra ulike typer sykehus fra ulike deler av landet. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon skal ivareta

pasientenes interesser. I tillegg til den pasientrettede virksomheten, har også sykehusene en viktig funksjon som sentra for medisinsk forskning og utdanning, og det foreslås derfor at de medisinske fakultetene får en representant i utvalget. Spørsmålet om tilknytningsform berører de ansattes interesser i så stor grad at de største arbeidstakerorganisasjonene i helsesektoren bør være representert i utvalget. Endelig ønsker departementet å oppnevne personer med høy kompetanse på styring og organisasjon som ikke har noen direkte tilknytning til sektoren. Det er også på vanlig måte tatt hensyn til at utvalget skal ha en geografisk og kjønnsmessig bredde.»

3.2 Mandat og utvalgets sammensetning

3.2.1 Mandat

Utvalget skal vurdere og fremme forslag om hvilke tilknytningsformer som bør velges for de offentlige sykehusene. Både fylkeskommunale og statlige sykehus forutsettes vurdert. Utvalget skal basere sitt arbeid på det nåværende eierskap for sykehusene.

Utvalget forutsettes med utgangspunkt i gjeldende helsepolitiske mål å klargjøre hvilke hensyn som bør vektlegges ved valg av tilknytningsform og vurdere hvilken tilknytningsform som best ivaretar disse hensynene. Det forutsettes at utvalget som grunnlag for sine tilrådinger vurderer de ulike eksisterende tilknytningsformer i forhold til vurderingskriteriene, slik som forvaltningsorgan, organisering innenfor de rammer som kommuneloven åpner (her forutsettes også forslagene i Ot.prp.nr. 53 1997-98 vurdert), forvaltningsbedrifter, stiftelse, statsforetak og offentlige heleide aksjeselskap. Det forutsettes også at utvalget vurderer om det gjennom lovgivning bør etableres nye tilknytningsformer som kan brukes av sykehus - herunder om eventuelle nye tilknytningsformer bør være felles for fylkeskommunale og statlige sykehus. Det bes om at eventuelle forslag til nye tilknytningsformer utredes mest mulig konkret, blant annet ved at det eventuelt utarbeides forslag til lovtekst, og med premisser for denne.

Utvalget bes også vurdere om det bør settes rettslige rammer for sykehuseiernes valg av tilknytningsform, om det bør tilstrebes at fylkeskommunale og statlige sykehus har samme tilknytningsform og også om valg av tilknytningsform bør forutsette godkjenning fra nasjonale helsemyndigheter. I den grad utvalget fremmer forslag om felles nasjonale rammer eller retningslinjer for sykehusorganisering forutsettes at dette særskilt vurderes i relasjon til prinsippet om at fylkeskommunen selv bør kunne bestemme valget av organisatoriske løsninger - så lenge løsningen som velges gir grunnlag for at sykehuseiernes og sykehusenes forpliktelser kan oppfylles.

Sykehusenes interne organisering omfattes ikke av mandatet. Utredningen skal ta utgangspunkt i dagens finansieringsordninger for sykehus. Utvalget forutsettes å vurdere alle relevante effekter av forslag som fremmes, og inklusiv hvordan alternativene påvirker sykehusenes muligheter til å svare på pasientbehov innenfor de «pasienten først prinsipper» som omtales i NOU 1997 nr. 2 kapittel 1. I så henseende skal særlig framheves:

- Målsettingen om lik tilgjengelighet for hele befolkningen til viktige helsetjenester.
- Målsettingen om et effektivt sykehusvesen.
- Målsettingen om et geografisk spredt sykehusvesen.
- Ivaretagelsen av universitets- og forskningsfunksjoner.

- Effekt i forhold til pasientgrupper som innebærer store krav til omsorg, pleie og oppfølging.
- Fylkeskommunenes og sykehusenes samarbeid med andre, herunder deres medvirkning i den regionale helseplanlegging og samarbeidet med andre sykehus og med primærhelsetjenesten.
- Kravet om at helsetjenesten skal være forsvarlig, og tilsynsmyndighetenes oppfølging av forsvarlighetskravet.
- Hvordan aktuelle tilknytningsformer påvirker ansvarsforhold i helsevesenet.
- Hvordan løsninger kan påvirke fordeling av helsepersonell innen faggrupper der det er knapphet på personell.
- Hvordan det enkelte alternativet generelt passer inn i fylkeskommunal organisering og økonomiforvaltning.

Det skal redegjøres for økonomiske og administrative konsekvenser av utvalgets forslag. Frist for arbeidet settes til 15. mars 1999.

3.2.2 Utvalgets sammensetning

Rune J. Sørensen, leder	Handelshøyskolen BI
Laila Dávøy	Norsk sykepleierforbund
Bjørn Magne Eggen	Statens helsetilsyn
Anne Grette	Oslo kommune
Tove Hafnor	Radiumhospitalet
Asbjørn Hofslie	Nord-Trøndelag fylkeskommune
Gunhild Johansen	Norsk Kommuneforbund
Paul Nilsen	Hordaland fylkeskommune
Åse Annie Opsjøn	Stokmarknes sykehus
Kari Rolstad	Kommunenes Sentralforbund
Robert Rustad	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Knut E. Schrøder	Regionsykehuset i Tromsø
Tove Stangnes	Norsk helse- og sosialforbund
Geirmund Unsgård	Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Nils Fredrik Wisløff	Vestfold fylkeskommune
Hans Petter Aarseth	Den norske lægeforening

Laila Dávøy ble den 15. mars 1999 utnevnt som medlem i Regjeringen, og trådte fra samme tidspunkt ut av utvalget.

Utvalgets sekretariat

Vidar Oma Steine, sekretariatsleder, Sosial- og helsedepartementet Arne Fos-seng, Statskonsult Brit Mari Heggøy, Hordaland fylkeskommune Nina K. Lidahl, Statskonsult Øystein Solheim Lien, Statskonsult

3.3 Definisjoner, avgrensning og enkelte tolknings spørsmål

3.3.1 Definisjon av tilknytningsform

Med begrepet *tilknytningsform* forstås den *måten* en virksomhet er knyttet til de sentrale myndighetene eller organene på. Det vil si til regjering, departement og storting for statlige virksomheter og til de øverste politiske og administrative organer i fylkeskommunene/kommunene. Gjennom fastleggingen og utformingen av tilknytningsform bestemmes grunnlaget for og virkemåten til de styrings-, kommunikasjons- og kontrollrelasjonene som må finnes mellom det politisk ansvarlige nivået og det utførende nivået.

Begrepet tilknytningsform er av rettslig art. Det dekker en offentlig virksomhets *eksterne* organisering, det vil si de formelle styringsrelasjonene mellom en offentlig virksomhet og dens overordnede myndighet, eier eller etablerer (sentrale organer). Tilknytningsformen gjelder dermed de styringsmessige og organisatoriske relasjonene mellom departement og statssykehus, og mellom fylkeskommune og sykehus.

Sentrale trekk som skiller hovedtilknytningsformene forvaltningsorgan-selskap og stiftelse er:

- Rettslig status: hvorvidt virksomheten er en del av staten eller fylkeskommunen som juridisk person eller er et eget rettssubjekt.
- Plassering av ansvaret for organisering og strategisk styring: sentrale organer eller virksomheten selv.
- Plassering av ansvaret for økonomi og tilførsel av finansielle ressurser: sentrale organer eller virksomheten selv.
- Muligheter til å ivareta overordnede styringsbehov i forhold til den løpende driften.
- Personalets status; (til dels) ulikt lovverk og forskjellig avtaleverk.

Med de formålene og tidsrammene utvalget er gitt i mandatet, har ikke utvalget tatt mål av seg til å gjennomgå og drøfte alle sider ved organisasjons- og styringsformer i offentlig virksomhet. Utvalget har forsøkt å velge ut de sentrale elementene for overordnet organisering av sykehusvirksomhet og det som skiller tilknytningsformene fra hverandre.

Utvalget har vurdert å bruke benevnelsen *etatsmodell* på den form for organisering av sykehus som fylkeskommunene har i dag, med eller uten sykehusstyre. Etaten er en integrert del av fylkeskommunen og viser med det en vesentlig forskjell i forhold til for eksempel et selskap. Begrepet *etat* er imidlertid ikke entydig definert, og er i minkende utstrekning i bruk innenfor den fylkeskommunale organisering. Utvalget velger derfor å benytte forvaltningssorganform eller for korthets skyld *forvaltningsmodell* som benevnelse på dagens hovedtilknytningsform for fylkeskommunale og statlige sykehus.

3.3.2 Avgrensninger og presiseringer

Ut fra definisjonen av begrepet tilknytningsform og i lys av mandatet kan det gjøres enkelte presiseringer og avgrensninger.

Reformer innenfor offentlig sektor - ikke spørsmål om privatisering

Utvalget har fått som mandat å vurdere tilknytningsform for de offentlige sykehusene. Utvalget skal basere seg på nåværende eierskap for sykehus.

Begrepet tilknytningsform dekker *ikke* relasjonene mellom *privateide* virksomheter og offentlige organer eller myndigheter.

Utvalget skal vurdere hva som er hensiktsmessige tilknytningsformer for offentlig eide sykehus. Privateide sykehus som er innenfor de offentlige helseplanene (og som på andre dimensjoner enn eierskap, som finansiering, er å betrakte som «offentlige») er utelatt fra utredningen. For at et sykehus skal være innenfor mandatet, må stat eller fylkeskommune være den utøvende eier av sykehuset. Disse forutsetningene innebærer også at det kun er tale om tilknytningsformer der fylkeskommunen eller staten eier *hele* virksomheten. Deleide aksjeselskaper vurderes derfor ikke.

Forutsetningene nevnt ovenfor impliserer også at stiftelser formelt sett ligger utenfor utredningens mandat å vurdere, ettersom stiftelsen er en selveiende form. Men offentlig etablerte stiftelser er i bruk på andre sektorer, og det finnes noen privatetablerte stiftelser som driver sykehus. Utvalget har derfor, for fullstendighetens skyld, valgt å inkludere stiftelsesformen i presentasjonen av tilknytningsformer for sykehus og i vurderingene av spørsmål knyttet til eventuell omdanning av eksisterende offentlige sykehus til andre tilknytningsformer.

- Det inngår ut fra det ovenstående *ikke* i utvalgets oppgave å vurdere
- spørsmålet om private eiere helt eller delvis bør trekkes inn i sykehus som i dag er offentlig eid
 - spørsmålet om hvorvidt og eventuelt på hvilken måte det bør legges opp til at privat eide sykehus løser oppgaver som inngår i de offentlige helseplanene
 - spørsmålet om utkontraktering av bestemte oppgaver eller funksjoner, dvs at et offentlig eid sykehus setter bort til private helseinstitusjoner å utføre nærmere angitte oppgaver eller funksjoner, og at dette eventuelt skjer gjennom anbudskonkurranser

Spørsmålet om organisering etter ulike oppgavetyper

En virksomhet kan utføre flere oppgavetyper, som kan være mer eller mindre forskjelligartede. For sykehusenes del dreier det seg om pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring. I tillegg kommer støttefunksjoner og hjelpetjenester som apotekvirksomhet, renhold, vaskeridrift, kantinedrift osv. For en del offentlige virksomheter kan oppgavenes art og utviklingen av rammevilkårene for dem være slik at det reises spørsmål om det er hensiktsmessig med utskilling av enkelte oppgavetyper, med tilhørende spørsmål om ny tilknytningsform for de utskilte oppgavene. Dette går gjerne sammen med at disse oppgavene utsettes for konkurranse fra tjenestetilbydere i privat sektor.

I utgangspunktet inkluderes hele sykehusets virksomhet og alle oppgavetyper. Men sykehusenes basisvirksomhet, pasientbehandlingen, er den primære oppgavetyper når tilknytningsformer vurderes. Det anses som uaktuelt å dele sykehusets hovedoppgaver og etablere ulike tilknytningsformer for henholdsvis pasientbehandling og de andre utadrettede hovedoppgavene, forskning og undervisning (og pasientopplæring). Utvalget vil heller ikke gå inn på organiseringen av støttefunksjoner (jf også avgrensingen ovenfor) eller organiseringen av apotekvirksomheten ved sykehusene. Ettersom utvalgets mandat ikke omfatter sykehusets interne organisering, drøftes heller ikke spørsmålet om utskilling av ulike funksjoner i datterselskaper.

Om internasjonale forhold og erfaringer

Det har ikke vært mulig innen fristen for arbeidet å kartlegge hvordan sykehus er organisert og styrt i andre land og hvilke erfaringer man der har med ulike tilknytningsformer og organisasjonsmodeller. Som underlag for arbeidet har utvalget likevel fått innhentet opplysninger om reformer i helse- og sykehussektoren, særlig i Sverige og Storbritannia.

3.4 Utvalgets arbeid

Utvalget hadde sitt første møte den 6. oktober 1998 og sitt siste møte den 15. mars 1999. Utvalget har i alt hatt åtte møter.

Utvalget har avholdt flere møter med representanter for berørte parter. Gjennom dette har en fått inn verdifulle synspunkter og innspill til utredningen. Det er avholdt høringsmøter med representanter for henholdsvis pasientorganisasjonene og forsknings- og utdanningsinstitusjoner, og et møte med representanter fra den administrative ledelsen i fylkeskommunene.

Utvalgets sekretariat har fått utført flere utredninger til hjelp i sitt arbeid. Førsteamanuensis Terje P. Hagen ved Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo har gjennomført en undersøkelse og skrevet en rapport om sykehusene organisert som forvaltningsorganer i fylkeskommunene. Rapporten omhandler problemoppfatninger og reformønsker hos sykehusdirektører, fylkesrådmenn, fylkeshelsesjefer og fylkeskommunale politikere. Denne rapporten følger som vedlegg til utredningen. Det samme gjør en kortversjon av Terje Haugli Nilsens rapport (Haugli Nilsen Evaluering og rådgivning) om tilknytningsformer for statssykehusene. Advokat Gudmund Knudsen fra advokatfirmaet Bugge, Arentz-Hansen og Rasmussen har ytt viktig bistand i den juridiske delen av arbeidet med forslag til ny kommunal selskapsform, og han har også utført andre juridiske utredninger og betenkninger for utvalget.

Utvalget og sekretariatet satte i gang flere mindre prosjekter, slik at også mange andre utredninger, undersøkelser og notater har gitt viktig kunnskap og grunnlag for utvalgets vurderinger og tilrådinger. Alf Mørkrids intervjuundersøkelse (Utviklingspartner DA) overfor et utvalg av avdelingsledere på sykehus har supplert Hagens undersøkelse. SINTEF Unimed, Norsk institutt for sykehusforskning (NIS) har levert underlagsmateriale om sykehussektoren i Norge. Per Kristian Vareide, NIS og Terje Haugli Nilsen har skrevet notater om reformer innen helse- og sykehussektoren i henholdsvis Sverige og Storbritannia. Bjørn Larsen, Noraudit Consulting har bidratt med notater om organisatoriske og styringsmessige rammevilkår for kommunal og fylkeskommunal tjenesteproduksjon, og prof. dr. ing. Per T. Eikeland har forfattet en delutredning om sykehusenes realkapital for utvalget. Sekretariatet har dessuten i egen regi gjennomført en kartlegging av dagens organisering og fullmaktsutforming i forholdet mellom fylkeskommunene og sykehusene.

Utvalgets leder og sekretariat har underveis i arbeidet med utredningen hatt kontakt med Kommunal- og regionaldepartementet, Sosial- og helsedepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF) og Kommunenes Sentralforbund. Avdelingsdirektør Arne Benjaminsen fra KUF ble dessuten gitt observatørstatus i utvalget.

Kapittel 4

Problemer og utfordringer i sykehussektoren**4.1 Bakgrunn og premisser**

Endring av tilknytningsform er i seg selv ikke noe mål. Reformforslag skal være godt faglig fundert og det skal være klart hvilke problemer og utfordringer som eventuelle reformer skal bidra til å løse og møte. Før konkrete problemer og utfordringer i dagens situasjon presenteres, vil utvalget trekke fram to forhold som har stått sentralt i de etterfølgende vurderinger:

- Den helsepolitiske virkemiddelbruken består av elementer som dels trekker i ulik retning.
- Det er ikke gitt at de problemer og utfordringer det norske sykehusvesen står overfor kan tilskrives dagens tilknytningsformer eller måten disse praktiseres på.

Blandingssystem og spenninger i den helsepolitiske virkemiddelbruken

Virkemiddelstrukturen som er valgt for realisering av de helsepolitiske mål kan karakteriseres som et blandingssystem. Det er innført *markedsimulerende mekanismer og økonomiske incitament*, samtidig som man ønsker å styrke *plan og samarbeid*. Gjennom innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg på samme behandlingsnivå, etableres det et markeds- og konkurranselignende system. Planstyring er søkt styrket gjennom formalisering og styrking av det regionale helseplansystemet, statlig godkjenning av de regionale helseplanene og systemet for fordeling av legespesialister.

I helsepolitikken legges det opp til at helsefaglige mål og effektivitetsmål skal forfølges samtidig. Dette er ikke minst basert på at et mer effektivt sykehusvesen vil kunne gi behandling til flere. Det å forfølge målet om effektivitet kan imidlertid gå ut over andre mål i helsepolitikken. Dette har sammenheng med de virkemidlene som settes inn for å fremme effektivitet i sykehussektoren. For eksempel gir innsatsstyrt finansiering økonomiske insentiver til å øke pasientbehandlingen, samtidig som det kan være en fare for at pasientgrupper som ikke omfattes av ordningen nedprioriteres. Gjennom innføringen av innsatsstyrt finansiering, og dels også forsterket gjennom fritt sykehusvalg kan sykehusene bli både mer økonomisk presset og motivert. Helsepolitikken er basert på at det skal skje en betydelig grad av samarbeid, både mellom sykehus og mellom sykehus, primærhelsetjenesten og andre helseinstitusjoner. Det forventes i stor grad at det enkelte sykehus skal være lojal mot dette samarbeidet, og at ikke egne struktur-, vekst- eller økonomimål skal føre til at samarbeidet blir skadelidende. Det er viktig å erkjenne at det i forhold til de helsepolitiske målene kan ligge spenninger eller dilemmaer i den virkemiddelstrukturen som er valgt. Valg, utforming og praktisering av tilknytningsformer kan påvirke hvordan denne spenningen håndteres.

Tilknytningsform kan ikke løse alle problemene i sykehussektoren

Det er klare svakheter i det norske sykehusvesen. Dette framkommer ikke minst gjennom ventelister og brutte ventetidsgarantier, selv om de siste tallene viser en betraktelig bedring.⁴ Det er dokumentert at det er behov og muligheter for kvalitative forbedringer av ulike sider av spesialisthelsetjenesten, gjennom bl.a. Helsetilsynets tilsynsrapporter og materiale fra Norsk Pasientskadeerstatning. Brukerundersøkelser viser at mange sykehus har potensiale for å forbedre service og informasjon overfor pasientene. Det er imidlertid ikke dokumentasjon på at norske sykehus gjennomgående holder lavere kvalitet enn sykehus i andre land. Det er utviklet og opprettholdt en rimelig grad av lik tilgjengelighet til helsetjenester og høy tjenestekvalitet, noe som blant annet ble framhevet i en OECD-rapport nylig (OECD 1998).

Det er ikke er gitt at de svakheter som norsk sykehusvesen har, kan føres tilbake til dagens organisasjons- og tilknytningsformer og måten disse praktiseres på. En rekke andre forhold påvirker situasjonen - blant annet mangel på økonomiske ressurser, og at det skapes et forventningsgap fordi det fra politisk hold ikke klargjøres godt nok hvilke ytelser som kan forventes fra det offentlige helsevesenet. Videre kan svakheter i intern organisering og ledelse, mangel på fagfolk, mangler i utdanningen av helsepersonell som ikke gir riktig kompetanse eller de ønskede holdningene og lite fleksibel bruk av arbeidskraft påvirke situasjonen. Antakelig er det på alle disse områdene muligheter for forbedringer. Det bør altså være en realistisk oppfatning av i hvor stor grad forhold knyttet til valg, utforming og praktisering av tilknytningsformer er årsak til problemene, og hvilke problemer reformer på dette feltet kan løse.

Sykehus, virkemidler og styring

Utvalget vil peke på tre forhold som er sentrale i forhold til vurdering av sykehusenes tilknytningsform:

- Sykehusene er *komplekse organisasjoner* og de løser sine oppgaver i en tiltakende omskiftelig situasjon. Rask teknologi- og metodeutvikling, mer krevende pasienter og økende innslag av konkurranse krever løpende omstillinger. Har sykehus en tilstrekkelig fleksibilitet til å tilpasse seg situasjonen og til å omstille seg raskt? Dagens organisasjonsform for sykehusene setter rammer og gir føringer for blant annet bruken av *sykehusets personell- og kapitalressurser*. Gir dagens tilknytningsform tilstrekkelige fullmakter til sykehusledelsen knyttet til kapital- og personellressursene? Valg av organisasjonsløsninger for sykehus vil i stor grad styres ut fra hensynet til pasientbehandling, men sykehus har tre viktige supplerende oppgaver: *forskning og utvikling, utdanning og pasientopplæring*, som også bør trekkes inn i vurderingene. Det kan reises spørsmål om dagens organisering, og de rammebetingelser som følger av denne, er tilpasset den karakter som sykehusene har som organisasjoner. Sentrale elementer i vurderingen vil være om det gis tilstrekkelig grunnlag for ledelsesautoritet og om fullmaktene gir den tilstrekkelige fleksibiliteten (4.2).
- Som det er pekt på i "*Pasienten, samfunnet og sykehuset*" i kapittel 1, er det innretningen av virkemidlene som først og fremst påvirker i hvilken grad helsepolitiske mål realiseres. Det gjennomføres *endringer i helsepolitikken*

4. Registreringene i siste periode i 1998 viser en reduksjon i garantibruddene på 43 %.
Kilde: Norsk Pasientregister.

virkemidler, der mer av styringen skjer gjennom generelle juridiske og økonomiske virkemidler og der det legges vekt på å gi sykehusene incitament knyttet til pasientrettigheter, pasientetterspørsel og økonomi. Dette innebærer blant annet at sykehusene utsettes for mer konkurranse og at de også i større grad enn tidligere bærer økonomisk risiko. Dette vil i seg selv stille økte krav til sykehusenes fortløpende tilpasninger. Er dagens tilknytningsformer og praktisering av dem tilpasset den nye virkemiddelstrukturen? Virkemiddelbruken gir rom for prioriteringer og skjønn i det enkelte sykehus i behandling og oppfølging av pasienter. Hvordan sykehusenes skjønn og prioriteringer utøves, blir særlig viktig fordi det ligger noen potensielle spenninger eller motsetninger i dagens virkemiddelbruk. Vil de individrettede incitament som ligger i det frie sykehusvalget og innsatsstyrt finansiering føre til at viktige kollektive elementer i sykehuspolitikken blir skadelidende? (4.3).

- Realisering av de helsepolitiske målene og det faktum at sykehusene er offentlig finansiert og offentlig eid, av fylkeskommuner eller stat, fordrer naturlig nok de skal være under *politisk-demokratisk styring*. Det vil si at det må legges til rette for at de riktige sakene blir forelagt politiske organer til avgjørelse, og for at sykehuseieren kan utøve styring for å sikre at de overordnede helsepolitiske målene ivaretas. Samtidig må sykehusene ha den nødvendige forutsigbarhet og fleksibilitet til å løse oppgavene sine. Det bør spørres hva som bør være *formene for den politiske styringen*, og hvordan dette henger sammen med valg av tilknytningsformer (4.4).

Det er viktig å vurdere om det er trekk ved sykehusene som organisasjoner, rammebetingelsene de virker innenfor og den helsepolitiske virkemiddelbruken som tilsier endringer i valg, utforming og praktisering av sykehusenes tilknytningsform. Det reiser også spørsmål om hva som bør være formene for den politiske styringen av sykehus (4.5).

4.2 Sykehusene - komplekse organisasjoner

4.2.1 Utviklingstrekk og særtrekk

Sykehusene er høyteknologiske og kompetansebaserte institusjoner. Det utvikles stadig nye behandlingsprinsipper og metoder, samtidig som det skjer en medisinsk-teknologisk utvikling med ny og kapitalkrevende teknologi og sterkt spesialiserte prosedyrer. Der skjer generelt en økt spesialisering i sykehusene.

Sykehus er komplekse organisasjoner og kompleksiteten er et resultat både av størrelse, spesialisering og teknologi.

Tabell 4.1: Antall sykehus gruppert etter utførte årsverk 1997*

Sykehustype	Antall årsverk 1997							Sum
	< 50	50-99	100-199	200-499	500-999	1000-1999	> 2000	
Spesialsykehus	2	7	4	10	1	1	0	30
Lokalsykehus	0	2	11	21	8	2	1	45
Sentralsykehus	0	0	0	0	1	9	2	12
Regionsykehus	0	0	0	0	0	0	5	5
Alle sykehus	4	11	16	31	10	12	8	92
Relativ fordeling	4%	12%	17%	34%	11%	13%	9%	100%

* Inkluderer psykiatriske sykehus og psykiatriske avdelinger på somatiske sykehus.

Kilde: Samdata sykehus. Tabeller 1997. SINTEF Unimed - Norsk institutt for sykehusforskning

Forskjellen i størrelse gjenspeiler funksjonsfordelingen og spesialiseringsgraden ved sykehusene, jf tabell 4.1. Sykehus med funksjoner innen forskning og undervisning har flere årsverk enn andre sykehus sett i forhold til antall behandlede pasienter. Sykehus med regionsfunksjoner og landsfunksjoner har som regel også lokalsykehus- og sentralsykehusfunksjonen i bunnen. Forskjellene i funksjoner slår også ut i andre henseender. For eksempel har sykehusene gjennomgående større andel elektiv virksomhet jo mer spesialiserte de er. Sykehus er ingen ensartet gruppe institusjoner. De er forskjellige med hensyn til størrelse og funksjoner, og spiller ulike roller, dels i forhold til primærhelsetjenesten, dels i forhold til andre sykehus.

11 av de somatiske sykehusene er rent elektive (Rikshospitalet og Radiumhospitalet ikke medregnet).⁵ 9 fylker har selvstendige psykiatriske sykehus, 10 fylker har psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus⁶.

Det gjenstår betydelige utfordringer knyttet til å utvikle en hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom sykehusene. Den raske medisinsk-teknologiske utvikling, kapitalkrevende utstyr, samt større grad av spesialisering vil forsterke behovet for en hensiktsmessig funksjonsfordeling. I St.meld. nr. 24 (1996-97) er det understreket at dagens sykehusstruktur ikke står i forhold til moderne kommunikasjoner og medisinsk-teknologisk utvikling. Økt spesialisering og økte krav til kvalitet har forsterket problemene. Det vises til at bedre arbeidsdeling og bedre utnyttelse av kapasiteten tilsier å øke antall sykehus med elektiv virksomhet og redusere antall sykehus med full akuttberedskap. Dette har imidlertid vært vanskelig å gjennomføre. Strukturrendringer har vært vanskelig selv når sykehusene har hatt samme eier. Lokalpatriotisme og kamp om arbeidsplasser har blant annet resultert i manglende endringsvilje. Det understrekes at det trengs en bedre arbeids- og funksjonsfordeling mellom sykehus og bedre skjerming av elektiv virksomhet. Formalisering av de regionale helseutvalgene kombinert med statlig godkjenning av de regionale helseplanene forventes å bidra til å sikre en bedre samordning og

5. Kilde: St meld Nr 24 (1996-97).

6. Kilde: St meld Nr. 25 (1996-97).

funksjonsfordeling mellom sykehusene og en hensiktsmessig fordeling av legespesialister.

Det er også utfordringer knyttet til bedre utnyttelse av helsepersonell. Viktige sider av personellutfordringene er beskrevet i Sosial- og helsedepartementets handlingsplan for helse- omsorgspersonell «Rett person på rett plass» 1998-2001.

Som det framgår av tabell 4.2 har det i perioden 1991-97 vært en sterkere vekst i både antall årsverk og i utgifter til sykehusvirksomhet sett i forhold til økningen i antall sykehusopphold. Dette betyr at «produksjonen» ved sykehusene har økt mindre enn ressurstilgangen. I tabellen framgår dette også ved at antall indeksopphold pr årsverk har blitt redusert i perioden og ved at kostnadsnivået ved sykehusene samlet har økt. Den negative utviklingen i produktiviteten har ikke skjedd gradvis, men særlig kommet i slutten av den perioden. Resultatene viser også at produktivitetstredningen var sterkere ved regionsykehusene enn ved lokalsykehusene. Det er vanskelig å gi noe fyllestgjørende svar, men det kan pekes på en del mulige forklaringsvariable (Rønningen 1999).

Tabell 4.2: Utvikling i sentrale ressursinnsats-, aktivitets- og produktivetsindikatorer i perioden 1991-1997

	1991	1993	1995	1996	1997	Endring 1991-1997
Totale årsverk	46 369	47 426	50 129	52 340	53 502	15 %
Leger	4 570	4 922	5 402	5 739	6 169	35 %
Sykepleiere/jordmødre	15 934	16 880	18 457	19 455	20 448	28 %
Samlede utgifter til sykehustjenester	20 057	21 147	21 753	23 286	24 986	25 %
Sykehusopphold	60 9213	629 556	641 540	645 443	660 940	8 %
Indekspasienter pr lege	155	152	141	134	127	- 18 %
Indekspasienter pr sykepleier	45	44	41	40	39	- 14 %
Indekspasienter pr adm	137	137	122	118	115	- 16 %
Indekspasienter pr årsverk	16	16	15	15	15	- 5 %
Kostnad pr indeks-pasient	22 308	22 147	21 942	23 619	24 674	11 %

Kilde: Samdata sykehus - Norsk institutt for sykehusforskning.

Lønnsoppgjøret i 1996 gav relativt høye tillegg til store ansattegrupper ved sykehusene, noe som bidrar til å forklare den sterke veksten i kostnadsnivå i slutten av perioden. Men selv om det korrigeres for dette spesielle lønnsoppgjøret, er likevel gjennomsnittlig behandlingstid 9 prosent høyere i 1997 sammenlignet med 1995.

I tabell 4.2 framgår det en reduksjon i antall indeksopphold pr årsverk, og nedgangen er særlig sterk når vi kun ser dette i forhold til legeårsverk. Hva kan så årsakene til dette være?

For det første kan det ha vært en utvikling mot at legene i stadig større grad bruker tid på ikke-pasientrettede aktiviteter, som for eksempel ledelse-soppgaver, forskning, administrasjon eller undervisning. Et nylig avsluttet arbeid fra Norsk institutt for sykehusforskning, hvor man undersøkte hva legene brukte sin tid til, tyder ikke på at dette en sentral forklaringsfaktor⁷. I undersøkelsen konkluderte man med at legene bruker mye av sin tid til nettopp pasientrettet virksomhet. For det andre kan utviklingen skyldes den økte arbeidsdelingen, som følger av en sterkere grad av spesialisering. Selv om det ikke har blitt definert mange nye grensespecialiteter de siste årene, kan det tenkes at stadig flere sykehus oppretter vaktberedskap på et bredere spekter av spesialiteter. Til dette trengs det flere legeårsværk for å dekke opp vaktplanen, uten at det nødvendigvis har stor produksjonsmessig gevinst.

I perioden 1993 til 1997 var det en vekst i polikliniske konsultasjoner på nær 5 prosent. Tatt i betraktning den dokumenterte veksten i omfanget av dagkirurgi i denne perioden, er det rimelig å anta at ressursbehovet (dvs personell, utstyr, materiell, ol) har økt mer enn 5 prosent. Fordi måten NIS har beregnet indikatorer for kostnadsnivå og produktivitet *kun* inkluderer inneliggende virksomhet, kan nedgang i produktivitet som framkommer i tabellen skyldes en mer omfattende poliklinisk virksomhet. Beregninger NIS har gjennomført tyder imidlertid på at veksten i poliklinisk virksomhet måtte ha vært mye sterkere dersom denne faktoren alene skulle forklare produktivitetsnedgangen i årene 1995-96 og 1996-97. En fjerde forklaringsvariabel på produktivitetsnedgangen kan være at det i større grad nå enn tidligere oppstår flaskehalsar andre steder på sykehuset, og på den måten vil sykehuset behandle færre pasienter (Rønningen 1999).

Oppsummert gir tallmaterialet følgende resultater:

- Det var en svak nedgang i kostnadsnivået fra 1991 til 1995, etterfulgt av en kraftig vekst fra 1995 til 1997.
- Dette har sammenheng med at sykehusene behandler stadig færre pasienter i forhold til det medisinske personalet.
- Det blir større avstand mellom de ulike sykehustypene, og det er sentral- og regionsykehusene som i særlig grad har hatt en negativ kostnadsutvikling (Rønningen 1999).

I forslag til ny spesialisthelsetjenestelov (jf Ot.prp. nr 10 (1998-99)) er sykehusene tillagt følgende fire oppgaver:

- pasientbehandling
- utdanning av helsepersonell
- forskning og utvikling
- opplæring av pasienter og pårørende

Diagnostikk og behandling er hovedoppgaven til sykehus og krever den klart største andelen av ressursene. Pasientbehandlingen er i seg selv kompleks. I stor grad bestemmes sykehusets handlinger av den enkelte behandelende leges beslutninger. Disse beslutninger fattes fortløpende, avhengig av prøvesvar, pasientens utvikling mv. Det fordrer at sykehuset innehar en viss kapasitet til å svare på ikke fullt ut planlagte hendelser. Denne kapasiteten er i stor grad spesialisert tjenesteproduksjon.

7. NIS arbeidsrapport nr STF78 A99502: Med stetoskop og diktafon - Bruk av legenes spesialistkompetanse.

Opplæring av pasienter og pårørende er ingen ny aktivitet for sykehusene, selv om dagens lov ikke har noen tilsvarende bestemmelse. Slik aktivitet har vært betraktet som en del av behandling og oppfølging av pasienter. Det finnes en rekke enkeltvise tiltak i ulike fagområder som tar sikte på opplæring av pasienter og pårørende for at de bedre både kan forstå og ta hånd om egen sykdom/lidelse. Eksempler på slike opplæringstiltak kan være kostholdsopplæring for pasienter med sukkersyke, hyperlipidemier eller opplæring i egenbehandling hos astmapasienter. Selv om opplæring av pasienter og pårørende ikke er noe nytt prinsipp, vil det likevel i form av en lovpålagt oppgave medføre at mange sykehus må bruke mer ressurser på dette enn tidligere.

En annen viktig oppgave for sykehusene er samarbeid, rådgivning og veiledning ovenfor primærhelsetjenesten. Samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er sentralt i et pasientperspektiv. Samarbeid og sammenheng i behandlingsskjeden er viktig for å sikre kvaliteten i behandlingstilbudet og for å sikre god oppfølging av den enkelte pasient.

Sykehusene skal ivareta alle disse oppgavene. I lovforslaget er det ikke tatt sikte på å si noe om hvor mye ressurser sykehusene skal bruke på de enkelte oppgavene. Innenfor stramme ressursrammer kan det imidlertid bli prioriteringskonflikter mellom på den ene siden pasientbehandling og på den andre siden forskning, undervisning, opplæring, veiledning og samarbeid. Sykehusene står ikke fritt til å prioritere mellom oppgavene. Sikring av sentrale helsepolitiske mål knyttet til en likeverdig helsetjeneste og lik tilgjengelighet til helsetjenester uavhengig av kjønn, alder, bosted og inntekt krever overordnet styring.

Det vil også kunne oppstå prioriteringskonflikter innenfor pasientbehandlingen og mellom pasientgrupper. Det kan for eksempel oppstå prioriteringskonflikter mellom pasientgrupper som inngår i ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) og pasientgrupper som faller utenfor ordningen som fordrer overordnet styring. Prioriteringsprinsippene som er nedfelt i ventetidgarantiordningen, øremerkede tilskudd og nasjonale handlingsplaner, som for eksempel opptrappingsplan for psykisk helse og nasjonal kreftplan, er blant annet virkemidler for å regulere prioriteringer av pasientbehandlingen.

4.2.2 Forskning og utdanning

Sykehusenes forsknings- og utdanningsoppgaver er viktige deler av sykehusenes samfunnsmessige rolle. Det er disse oppgavene som skal gi sikkerhet for at befolkningen også i framtiden har tilgang til gode helsetjenester. Forskning og utdanning er dessuten sentrale elementer i kvalitetsutvikling og kvalitetssikring av helsetjenestene.

Sykehusene er store utdanningsinstitusjoner og har vesentlige undervisningsoppgaver i forhold til flere grupper helsepersonell. Det har vært en relativ stor økning i antall studenter som skal ha undervisning og praksis på sykehusene, jf tabell 4.3.

Tabell 4.3: Studenttall ved de største utdanningene som skal eller kan ha praksis ved sykehusene.

Utdanning	SKAL ha praksis ved sykehus/KAN ha praksis ved sykehus	1992	1998	Prosent endring 1992-98
Medisin	Skal	346	594*	72
Odontologi	Skal	109	113	4
Sykepleier	Skal	3 125	4 176	34
Barnevernspedagog	Kan	620	732	18
Sosionom	Kan	622	876	41
Vernepleier	Kan	587	925	58
Fysioterapeut	Kan	254	302	19
Psykologi	Kan	144	211	90

* Inkluderer studieplasser som kjøpes i utlandet. For 1998 gjelder dette 84 av 590 studieplasser til opptak.

Kilde: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

I tillegg til de gruppene som framgår i tabell 4.3 skal hjelpepleiere ha praksis av minst 4 uker varighet ved sykehus⁸.

Undervisning og veiledning knyttet til noen grupper er aktivitetsfinansiert:

- turnusplasser i sykehus for jordmorkandidater, fysioterapikandidater og medisinere⁹
- regionsykehusene gis et funksjonstilskudd over Sosial- og helsedepartementets budsjett som blant annet skal dekke aktivitet ved universitetsklinikkene til forskning og undervisning av medisinstudenter¹⁰

De øvrige undervisningsoppgavene forutsettes dekket innenfor rammen. Praksisplassituasjonen har blitt vanskeligere i løpet av 1990-tallet, med et misforhold mellom tilgang på og etterspørsel etter praksisplasser (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1999). Når vesentlige deler av utdannings-

8. I 1992 var det 1 978 hjelpepleierelever, mens det i 1998 var 1 518 hjelpepleierelever. Tallet for 1998 inneholder ikke antall hjelpepleiere som ble utdannet via voksenopplæringsmodellen og er derfor ikke sammenlignbart med 1992 tallet.

9. Fra 1997 er det innført en ordning med tilskudd til sykehus for delvis å kompensere for sykehusenes kostnader til veiledning av turnuskandidater fra de tre gruppene. Tilskuddet er 25 000 kroner for kandidater med ett års turnustjeneste (medisinere og jordmødre) og 12 500 kroner for kandidater med halvårs turnustjeneste. Samlet tilskudd til fylkeskommunen blir beregnet ved å summere antall årsverk som er utført av turnuskandidater ved sykehusene i løpet av året. I 1998 ble det gitt tilskudd for om lag 680 årsverk. (Kilde: Kirke-, utdanning- og forskningsdepartementet).

10. For medisinerstudenter gis sykehuseierne funksjonstilskudd som et driftsulempetilskudd per medisinerstudent. Dette tilsvarer 860 000 kroner totalt gjennom studieløpet per student. Beregningen er basert på en modell hvor fylkeskommunen har omregnet fullt tilskudd per student til antall stillinger. (Kilde: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet).

virksomheten er finansiert gjennom rammetilskudd, mens aktivitetsfinansiering av andre oppgaver øker, kan virksomheten bli satt ytterligere under press.

Forskningsoppgavene er først og fremst knyttet til regionsykehusene, som også er universitetssykehus, men også sentralsykehus og lokalsykehus deltar i forskning.

Ved regionsykehusene finansieres forskning og grunnutdanning av leger gjennom et øremerket tilskudd; regionsykehustilskuddet. Tilskuddsordningens utforming ble endret i forbindelse med statsbudsjettet for 1999 og regiontilskuddet består nå av fire deler hvor det blant annet gis øremerkede tilskudd til henholdsvis forskning og undervisning. Det er lagt til grunn særskilt rapportering knyttet til bruk av midlene og at tilskuddet skal kanaliseres direkte til regionsykehusene når det trer i kraft ny lov som spesialisthelsetjenestene.

I den senere tid har det kommet en tiltakende erkjennelse av at det ikke er tilstrekkelig fokus på sykehusenes forsknings- og undervisningsoppgaver. Det er stilt spørsmål ved om det legges godt nok til rette for disse oppgavene og om oppfølgingen er god nok.¹¹

Bibliometristudier¹² viser at Norge ikke kommer særlig godt ut sammenlignet med de nordiske land. I seks av åtte medisinske fagfelt hadde Norge den laveste relative siteringsindeksen i Norden (Island ikke inkludert) i perioden 1981-95 (NIFU skriftserie nr.9/1997).

En NIFU - undersøkelse av forskningsforholdene ved universitetene bekrefter funn fra tidligere undersøkelser om at vilkårene for forskning - og da spesielt *tid* til forskning - er utilfredstillende (Sundnes og Mørland 1997)¹³. De overordnede legene oppgir at de har vesentlig mindre tid til forskning nå enn tidligere. Også legene i kombinerte stillinger (overlege/professor II og professor I/overlege) opplever muligheten til å drive forskning som vesentlig forverret. I disse gruppene er det nesten 30 % som oppgir at over to tredjedeler av deres forskningsarbeid gjøres på fritiden. Derimot opplever de ansatte i rene forskningsstillinger ved universitetssykehusene (stipendiater og forskere) ingen eller liten forverring av sin arbeidssituasjon. For det sykehuslønnede forskningspersonalet er det først og fremst pasientbehandlingen som er hindringen, deretter administrative oppgaver.

Også gjennom valg, utforming og praktisering av tilknytningsformer må det sikres at de langsiktige oppgavene knyttet til forskning og utdanning blir ivaretatt i sykehusene. Det bør i den sammenheng rettes oppmerksomhet mot hvilke effekter de nye helsepolitiske virkemidlene kan få for forsknings- og undervisningsoppgavene i sykehusene. Det er særlig grunn til å være oppmerksom på at økende grad av aktivitetsbasert finansiering av pasientbehand-

11. Det vises bl.a til Riksrevisjonens kritikk av Sosial- og helsedepartementets forvaltning av regionsykehustilskuddet (Riksrevisjonen Dokument 3.8 (1997-98)), og Slåttebrekk-gruppens rapport (SHD 1998) hvor den generelt manglende oppfølging av bruken av funksjonstilskuddet også understrekes. For øvrig vises det til opprettelse av nasjonalt råd for spesialistutdanning og forslaget om lovfesting av forskning og utdanning som hovedoppgaver for sykehus.

12. Bibliometri består i at man teller 1) antall vitenskapelige artikler per forsker, 2) hvor ofte de vitenskapelige artiklene henvises til av andre forskere (siteringshyppighet) og 3) hvor mange av artiklene som trykkes i de mest prestisjetunge tidsskriftene. Disse målene er vanskelig å tolke, men er kanskje det nærmeste man kan komme en sammenlignende beskrivelse (Fakta og myter - om medisinsk og helsefaglig forskning. Norges forskningsråd/Medisin og helse. November 1997)

13. NIFU skriftserie 8/97 Forskningsforholdene ved universitetssykehusene 1996.

dlingen kan resultere i nedprioritering av de oppgaver som finansieres ved rammebevilgninger.

4.2.3 Det effektive sykehus - rasjonell bruk av kapital og personell

Styre og direktør har et overordnet og helhetlig ansvar for at sykehusene fungerer på en god måte innenfor de mål og rammer som myndigheter og eiere setter. Det er en utfordring å gjennomføre de ledelsesmessige tiltak som er nødvendige for at sykehusene på en god måte skal fylle sin samfunnsmessige rolle. Dette krever at sykehusets ledelsen er gitt rammebetingelser og autoritetsmuligheter som svarer til disse kravene.

Kapital og personellressurser er to sentrale innsatsfaktorer i sykehus. Sykehusene har i dag begrenset innflytelse over disse faktorene. Senter for helseadministrasjon har utført en spørre- og intervjuundersøkelse blant sykehusdirektørene på oppdrag fra utvalget. Undersøkelsen viser at sykehusdirektørene i første rekke mener det er behov for økte fullmakter i lønns- og personalspørsmål, dernest i budsjettspørsmål (særlig adgang til omdisponeringer innenfor driftsbudsjettet og større fleksibilitet når det gjelder å se drift og investeringer i sammenheng) (Hagen 1999).

Sykehusenes kapital

Bygninger og medisinsk utstyr er viktige forutsetninger for at sykehusene skal kunne løse sine oppgaver.¹⁴ Sykehusdirektørene opplever lav grad av forutsigbarhet i forhold til investeringsmidler. Dette gjelder i første rekke de statlige investeringstilskuddene, men også fylkeskommunens årlige og langsiktige investeringsrammer.

Sykehusene har i dag begrensede fullmakter knyttet til å omdisponere mellom drift- og kapitalutgifter (se "*Forvaltningsorganmodeller*" i kapittel 5). Sykehusdirektørene uttrykker at det er behov for større fleksibilitet når det gjelder å se driften og investeringer i sykehus i sammenheng (Hagen 1999).

En svakhet ved dagens system er at kostnader knyttet til sykehusenes kapitalbruk er lite synlige. Både i fylkeskommuner og stat praktiseres kontantprinsippet. Det innebærer at investeringene i sin helhet avskrives i investeringsåret. Driftsbudsjettet gir dermed ikke noe dekkende bilde av sykehusets faktiske ressursbruk og investeringene framstår som «gratis» for sykehuset i de etterfølgende år. Når kostnader ved kapitalbruk ikke belastes senere års driftsbudsjetter gir det sykehusene få insentiver til å se drifts- og kapitalutgifter i sammenheng. Dersom kostnadene ved kapitalbruk ble belastet sykehusene driftsbudsjetter ville sykehusene ha sterkere insentiver til å se kapital og drift i sammenheng. En rekke investeringer er av en slik størrelse og har implikasjoner som forutsetter at beslutningene tas av politiske organer. Utfordringen er å finne det rette balansepunktet mellom investeringsbeslutninger som bør underlegges politisk styring og kontroll, og investeringsbeslutninger som bør delegeres til sykehusledelsen.

14. Samtidig er dette et område som har vært forsømt over flere år. I 1998 vedtok Stortinget en 5 - årig plan for å bedre utstyrssituasjonen i norske sykehus. Utstyrspakken har en samlet bevilgningsramme på 2,9 mrd. kroner (jf Innst.S. nr 226 (1997-98)) .

Personellressurser

Sett fra det enkelte sykehus vil det kunne være et ønske å ha stor frihet i forhold til å opprette stillinger, omgjøre stillinger, tilsette personell og fastsette lønn.

I tillegg til at organisasjonsform legger begrensninger på sykehusenes frihet, er det også andre virkemidler som begrenser friheten til det enkelte sykehus, både gjennom felles tariffavtaler for sykehusene og dels også ved direkte regulatoriske tiltak rettet mot grupper av helsepersonell som det er knapphet på.¹⁵

Undersøkelsen til Hagen (1999) tyder på at sykehusene har begrensede fullmakter knyttet til personal- og lønsspørsmål. Det er på dette området sykehusdirektørene uttrykker størst endringsbehov. Følgende begrunnelser for økt delegasjon går igjen:

- handle raskt ved tilsettinger
- rette opp skjevheter mellom grupper etter sentrale forhandlinger
- personalkostnadene utgjør 70-80 prosent av sykehusbudsjett. Større fullmakter her er nødvendig for optimal tilpasning

Sykehusenes rammebetingelser på personalområdet bør vurderes i forhold til økt spesialisering, økt konkurranse og i forhold til de endringer som har skjedd i den helsepolitiske virkemiddelbruken og de øvrige rammebetingelsene sykehusene virker innenfor. I vurderingen av om økt konkurranse mellom sykehusene om arbeidskraften vil kunne resultere i en eventuell urimelig lønnsglidning skal det pekes på at de offentlige sykehusene i dag er spredt på tre tariffområder med hver sine hovedavtaler og hovedtariffavtaler. Noen av tariffavtalene er minstelønnsavtaler som gir de enkelte sykehus muligheter til å øke lønn uten at dette er i strid med tariffavtalen. Innenfor rammen av dagens tariffavtale eksisterer ulike lønns- og arbeidsvilkår for samme typer av helsepersonell. Det eksisterer allerede en viss konkurranse om arbeidskraften mellom offentlige sykehus basert på forskjeller i lønns- og arbeidsvilkår. Nåsituasjonen innebærer således ikke en situasjon der det er full koordinering på arbeidsgiversiden.

4.3 Mål og virkemidler i helsepolitikken

4.3.1 Mål i helsepolitikken

Den overordnede målsettingen i helsepolitikken er å sikre hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, *god tilgang* på helse- og omsorgstjenester av *god kvalitet* i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor. Denne målsettingen har ligget fast over tid, men i tiltakende grad blitt konkretisert gjennom mål om¹⁶:

- å øke behandlingsskapiteten og redusere ventetider til undersøkelse og behandling
- å prioritere pasienter i tråd med garantiordningen
- å sikre et effektivt sykehusvesen

15. Det kan være flere måter å forklare legemangel på. Legemangel kan også ha sammenheng med lokale organisatoriske forhold og at medisinsk spesialisering ikke er forenlig med norsk sykehusstruktur med mange små sykehus (Kjekshus & Tjora 1999).

16. Jf St meld nr 50 (1993-94), St meld nr. 44 (1995-96), St meld nr 25 (1996-97) og St meld nr 24 (1996-97), samt de mål som er fremhevet i mandatet til utvalget.

- å ha et geografisk spredt sykehusvesen
- å ivareta sykehusenes forsknings- og utdanningsoppgaver

I de siste årene er det kommet inn en rekke nye elementer i den helsepolitiske virkemiddelbruken.

4.3.2 De nye elementene som har kommet inn i virkemiddelbruken

Det har skjedd, og er i ferd med å skje, en rekke endringer i den helsepolitiske virkemiddelbruken. Økonomiske virkemidler som stykkprisfinansiering av helsetjenestene og bruk av øremerkede tilskudd har økt i omfang (St.meld. nr. 24 (1996-97)). Innsatsstyrt finansiering ble innført 1. juli 1997. Refusjonssatsen har økt med 20 %, og utgjør 50 % fra 1. januar 1999. Det regionale helsesamarbeidet er blitt formalisert og de regionale helseplaner skal godkjennes av Sosial- og helsedepartementet.¹⁷ Det skjer også endringer knyttet til sykehusenes juridiske rammebetingelser og pasientenes rettigheter.

- Høsten 1998 ble det fremmet forslag til fire nye helselover som regulerer sykehusenes rettslige rammebetingelser.¹⁸ De juridiske virkemidlene består dels i å styrke pasientens stilling og dels i å pålegge helsepersonell, sykehusene og sykehuseierne større plikter og ansvar.

Helselovgivningen og de rammebetingelser som følger av denne vil gjelde uavhengig av hvilken tilknytningsform som brukes. Men med de trekk og incitamentener som ligger innbakt i de ulike tilknytningsformene, vil det kunne oppstå ulike typer spenninger i forhold til de mål, verdier og rammer som lovgivningen angir. Nedenfor drøftes de nye elementene i den helsepolitiske virkemiddelbruken nærmere.

Innsatsstyrt finansiering

Den statlige finansiering av sykehus ble endret fra 1. juli 1997 ved innføring av Innsatsstyrt finansiering (ISF). ISF innebærer at fylkeskommunene får refundert deler av utgiftene til behandling av inneliggende pasienter basert på systemet med diagnoserelaterte grupper (DRG). Fra 1. januar 1999 utgjør refusjonssatsen 50 %. Både rammetilskuddet og det statlige aktivitetsbaserte tilskuddet (ISF) kanaliseres til fylkeskommunen.

18 av de 19 fylkeskommunene praktiserer pr. 1. januar 1999 en form for aktivitetsbasert finansiering av sykehusene.¹⁹ Det er visse variasjoner i refusjonssatser. Blant annet har Oslo, Akershus og Oppland benyttet høyere satser enn den statlige refusjonssatsen for hele eller deler av produksjonen i 1998 (Hagen 1999). Fra 1. januar 1999 har også Vestfold innført høyere satser.

Dette betyr at det for de fleste sykehus vil være en sammenheng mellom aktiviteter/resultater og inntekter. Bortfall av etterspørsel og redusert aktivitet kan føre til inntektsreduksjon for sykehusene.

Innsatsstyrt finansiering gir sykehusene insentiver til å øke pasientbehandlingen, og kan føre til økt oppmerksomhet mot lønnsomhet. Samtidig kan ordningen innebære en fare for utilsiktende vridninger i behandlingstilbudet ved at pasientgrupper som ikke omfattes av ordningen, blir nedprioritert. I

17. Jf Ot prp nr 48 (1998-99).

18. Jf lov om spesialisthelsetjenesten (Ot prp nr 10 (1998-99)), lov om psykiatri (Ot prp nr 11 (1998-99)), lov om pasientrettigheter (Ot prp nr 12 (1998-99)), lov om helsepersonell (Ot prp nr 13 (1998-99)).

den sammenheng er det grunn til å peke på at for eksempel psykiatriske pasienter ikke omfattes av ISF-ordningen, og at oppfyllelsen av ventetidsgarantien særlig har vært vanskelig innen psykiatrien. Det kreves derfor en særlig oppmerksomhet rettet mot mulige negative utslag av den økonomiske insentivstrukturen som er etablert. Tilknytningsform kan ha betydning for hvordan sykehusene tilpasser seg den økonomiske insentivstrukturen.

Sykehusene har fått *en ny form for økonomisk risiko*, ved at bortfall av aktiviteter fører til inntektsreduksjoner. Ved at pasientene har fritt sykehusvalg på samme behandlingsnivå vil ikke sykehusene i samme grad som tidligere kunne påvirke pasientstrømmene. I vurderingen av valg, utforming og praktisering av tilknytningsformer må det tas hensyn til at sykehusene har fått en ny form for økonomisk risiko.

Fylkeskommunens plikt til å sørge for spesialisthelsetjenester til innbyggerne

I forslaget til den nye spesialisthelsetjenesteloven er fylkeskommunes plikt til «å sørge for» at befolkningen får de nødvendige spesialisthelsetjenestene understreket. Det er eksplisitt gitt uttrykk for behovet for å markere skillet mellom plikten til å sørge for at befolkningen får tilbud og fylkeskommunens *rolle som tjenesteyter*. Dette representerer ikke noe prinsipielt brudd med dagens situasjon eller gjeldende rett. Visse utviklingstrekk kan ha betydning for om fylkeskommunen sørger for tjenestetilbud på annen måte enn selv å være tjenesteyter:

- Den økende spesialisering, kapitalkrevende utstyr, og mangel på kvalifisert personell vil kunne gi en annen funksjonsfordeling enn den vi har i dag, og resultere i at flere tjenestetilbud må kjøpes.
- Tilbudet fra private aktører øker. Utvikling av medisinsk teknologi og metode gjør at stadig flere pasienter som tidligere krevde innleggelser, nå kan behandles poliklinisk. Private aktører kan avlaste sykehusene på dette området.

Dette innebærer at utviklingen *kan* føre til økt konkurranse for offentlig eide sykehus og mellom sykehusene. Spørsmålet er om dagens tilknytningsformer for sykehus og de praktiske styringsformene innenfor dem er tilstrekkelig fleksible til å møte utfordringene knyttet til økt konkurranse.

19. Det er noe variasjon mellom fylkeskommunene i forhold til utformingen av ordningen.

Den mest benyttede varianten har følgende hovedtrekk:

Det avtales et nivå for volumet på pasientbehandlingen (som regel uttrykt i DRG-poeng) og for sykehusenes inntekter/utgifter ved inngangen av året. Den del av inntektssiden som fylkeskommunen er ansvarlig for, består av en økonomisk rammebevilgning og de aktivitetsavhengige inntektene.

Fylkeskommunen tilfører sykehusene de aktivitetsbaserte inntektene periodisk på grunnlag av produksjonstall.

Ved årsavslutningen gjøres en avregning der sykehusenes inntekter fastlegges endelig.

Sykehus som har oppnådd et volum på pasientbehandlingen som er høyere enn det som var avtalt, får en inntekt per DRG-poeng utover det avtalte tilsvarende den statlige refusjonssatsen (i 1998 45 prosent og i 1999 50 prosent av prisen på et DRG-poeng). Sykehus som har et lavere nivå på pasientbehandlingen enn avtalt, får en reduksjon i inntekter per DRG-poeng tilsvarende den statlige refusjonssatsen (Hagen 1999).

Pasientrettigheter

Historisk har sykehusenes tjenester i stor grad blitt styrt gjennom beslutninger av:

- *Statlige og fylkeskommunale aktører*, med utgangspunkt i inndelingen i helseregioner og inndelingen i lands-, region-, sentral- og lokalsykehusfunksjoner
- *Ledelse og faglige miljøer* ved det enkelte sykehuset. Det tillå det enkelte sykehus, innenfor rammen av overordnede beslutninger - inklusiv helselovgivningen, å prioritere pasienter.

I løpet av de siste ti-årene er det en rekke forhold som har påvirket dette bildet; Lønning I - utvalget, innføringen av ventelistesystemet og ventetidsgarantiordningen. Det innebærer at det har skjedd en viss forflytning av beslutningskompetanse fra de medisinske faglige miljøene i sykehusene til det politiske systemet.

Pasientene har inntil nylig ikke hatt anledning til selv å velge sykehus. Hvilket sykehus som skulle betjene den enkelte pasient, fulgte av de overordnede politiske og administrative beslutningene. I løpet av de siste årene har det skjedd en viss oppmykning i denne situasjonen. En del steder er det innført rett for pasientene til å velge sykehus innenfor helseregioner - jf blant annet at det i helseregion II er gjennomført et mer systematisk opplegg med fritt sykehusvalg. En ny situasjon oppsto ved at Stortinget i tilknytning til behandlingen av statsbudsjettforslaget for 1997 vedtok at det for samme behandlingsnivå skulle innføres *fritt sykehusvalg på landsbasis*. Dette er fulgt opp i forslaget til pasientrettighetslov.

Det nye opplegget innebærer at pasienter, normalt i samråd med sin primærlege, vil kunne velge et annet sykehus enn det bostedet deres skulle tilsi i henhold til regioninndelingen og det fylkeskommunale sykehusopplegget. Når det velges sykehus utenfor fylkeskommunen, vil bostedsfylkeskommunen fremdeles ha betalingsforpliktelsen.

Den nye ordningen innebærer at sykehus framover kan risikere å bli valgt bort av pasienter som i utgangspunktet har geografisk tilhørighet til sykehuset. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til i hvilket grad pasientene vil nytte det frie sykehusvalg. Erfaringer fra helseregion II indikerer at det er i relativt begrenset omfang at pasienter velger seg til andre sykehus²⁰. Det er en rekke usikkerhetsfaktorer knyttet til i hvilket omfang fritt sykehusvalg vil nyttes:

- En vesentlig del av sykehusenes tjenester er øyeblikkelig hjelp der det i begrenset grad er aktuelt å gjøre bruk av valgfrihet.²¹
- Manglende kapasitet kan resultere i at valgfriheten ikke blir reell.
- Pasienten vil kunne ønske behandling nær bosted for å sikre nærhet til eventuell senere oppfølging og kontroller. Hensynet til pårørende gjør også at pasienten gjerne velger sykehus i geografisk nærhet av bosted.
- Det er usikkerhet knyttet til hvordan reisekostnader skal fordeles mellom folketrygden og pasient når pasient velger sykehus utenfor bostedsfylket.
- Det foreligger relativt lite dokumentasjon om effekter og kvalitet hos de ulike sykehusene.

20. I Ot prp nr. 12 (1998-99) Lov om Pasientrettigheter vises det til at SINTEF NIS har gjennomført en evaluering (Rapport 7/97: Vanskelige valg, Evaluering av Fritt sykehusvalg i Helseregion II 1994 -1996).

21. Andelen øyeblikkelig hjelp av alle innleggelses var 63% i 1995, når fødepasienter holdes utenfor (jf St.meld. nr. 24 (1996-97)).

På den annen side bør man også ta i betraktning at:

- Det vil kunne komme mer dokumentasjon av hvilke metoder det enkelte sykehuset bruker, av effekt og kvalitet på diagnoser og behandling og om tilgjengelighet og service. Dette vil kunne få betydning for pasientenes sykehuspreferanser.
- Dersom to prosent av pasientene vil endre sykehuspreferanser, er dette et omfang som vil kunne få økonomiske konsekvenser for sykehus.
- Rettighetsfestingen kan medvirke til mer bevisste pasienter og brukerholdninger, og til mer aktiv bruk av det frie sykehusvalget. Dette må også ses i sammenheng med retten til fornyet legevurdering.

Regional helseplanlegging

En rekke av de helsepolitiske mål er vanskelige å realisere i et rent markeds-system. Det er derfor også utviklet planstyringsselementer i den helsepolitiske virkemiddelbruken. Særlig sentralt står det regionale helseplansystemet og fordelingsystemet for legespesialister. Det regionale helseplansystemet har som hovedoppgave å styre funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Norge. De regionale helseplanene skal i siste omgang vedtas av Sosial- og helsedepartementet (jf Ot prp. 48 (1997-98)).

De regionale helseutvalgene vil også gjennom den nye loven få viktige oppgaver knyttet til fordeling av spesialiststillinger (jf forslaget til lov om spesialisthelsetjenesten Ot prp nr 10 (1998-99)). Det er viktig at valg, utforming og praktisering av tilknytningsformer for sykehus vurderes i forhold til hvordan de kan påvirke ulike typer samarbeid og støtte opp om målene om likhet, tilgjengelighet og tjenestetilbud i et helhetlig perspektiv.

4.4 Former for politisk styring

Boks 4.1 Det regionale helsesamarbeidet formaliseres

- Regionale helseutvalg - formalisert samarbeid mellom de fylkeskommuner som utgjør helseregionen
- Regionale helseutvalg er politiske organer sammensatt av politikere oppnevnt av fylkesting i helseregionen
- De regionale helseutvalgene skal utarbeide regionale helseplaner som skal godkjennes av departementet
- De regionale helseplanene er styringsverktøy for å sikre:
 - at nasjonale helsepolitiske mål og prioriteringer følges opp
 - en hensiktsmessig sykehusstruktur
 - en hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom sykehusene

De regionale helseutvalgene skal fordele den rammen av legestillinger og utdanningsstillinger departementet har tildelt helseregionen

Realisering av de helsepolitiske målene, det faktum at sykehusene er offentlig eide og finansierte og behovet for utgifts- og kostnadskontroll fordrer at sykehusene er underlagt politisk-demokratisk styring. Spørsmålet er hva som bør være formene for den politiske styringen og hvordan en skal sikre en

balanse mellom behovet for politisk styring og sykehusenes behov for fleksibilitet og forutberegnelighet.

Politisk-demokratisk styring av sykehusene er derfor viktig både for fylkeskommunen og for staten. Det gjelder ikke minst de fylkeskommunale sykehusene, fordi fylkeskommunene er gitt det politiske og juridiske ansvaret for å sørge for befolkningens tilgang til sykehustjenester. Valg, utforming og praktisering av tilknytningsform gir viktige premisser for hvordan dette ansvaret bæres og for hvordan styring utøves.

Tilknytningsform dreier seg om den *eksterne organiseringen* og viser til forhold mellom en (offentlig) virksomhet og dens overordnede nivå. Tilknytningsformen regulerer plassering av beslutningsmyndighet og ansvar i forholdet mellom virksomheten og det overordnede nivået, og gir de ytre organisatoriske rammer for styrings- og kommunikasjonsforhold mellom overordnet nivå og virksomhet. Innenfor en tilknytningsform finnes det imidlertid frihetsgrader slik at det ikke er entydig fastlagt ut fra tilknytningsformen hvilke fullmakter som gjelder på hvilke områder.

Det overveiende flertall av de fylkeskommunale og statlige sykehusene er organisert etter *forvaltningsorganmodellen*. Det innebærer at sykehusene er en del av fylkeskommunen eller staten som juridisk person. Sykehusenes budsjetter fastsettes gjennom de årlige budsjettvedtakene i fylkeskommunen og staten.

Sykehusene omfattes av fylkeskommunens/statens felles administrative og økonomiske styringssystemer. Selv om sykehusbudsjettene i både fylkeskommunen og staten etter hvert har fått en betydelig rammekarakter, kan sykehuseieren gjennom *etatsstyring* i prinsippet gripe inn i alle deler av sykehusdriften når virksomheten er organisert som *forvaltningsorgan*. Der som et sykehus er organisert som et *selskap*, kan fylkeskommunen/staten gjennom *eierstyring* bare instruere sykehuset gjennom lovbestemte fora.

I tillegg til de styringsmuligheter som overordnet myndighet har overfor en virksomhet som er organisert som forvaltningsorgan, eller som eier har ovenfor en virksomhet organisert som selskap, kan kontraktstyring nyttes. Innholdet og forpliktelsene i kontraktstyringen vil imidlertid være ulik avhengig av organisasjonsform. De ulike styringsformene er illustrert i tabell 4.4.

Tabell 4.4: Politisk-demokratisk styring

Tilknytningsform	Styringsformer	
	Etatsstyring/eierstyring	Kontrakts- og avtalestyring
Forvaltningsorgan	Etatsstyring, kan utøve styring over alle sider av virksomheten, instruksjon	Avtaler, men ikke juridisk forpliktende
Selskap	Eierstyring - formelle krav til hvordan styring utøves, instruksjon kan bare utøves gjennom gitte fora	Kontrakter, juridisk forpliktende fordi selvstendig rettssubjekt
Stiftelse	Selveiende og selvstyrende	Kontrakter, juridisk forpliktende fordi selvstendig rettssubjekt

Nedenfor kommenteres styringsformene nærmere.

Hovedforskjellen mellom den politisk-demokratiske styringen av forvaltningsorganer, selskaper og stiftelser er:

- Forvaltningsorganer er del av fylkeskommunen/staten som juridisk per-

- son og styres gjennom instruksjon og hierarkisk baserte beslutninger.
- Selskaper styres gjennom eierposisjon i de formelle eierfora (generalforsamling, foretaksmøte o.l).
 - Stiftelser er selvstyrende og selveiende og kan verken styres gjennom instruksjon eller fra eierposisjon.

De politisk-demokratiske styringsmulighetene er med andre ord ulike i *etatsstyring* og *eierstyring*. Etatsstyring gir *mulighet* til å styre *alle* sider ved en virksomhet, også den *løpende driften*. Dersom en virksomhet er organisert som selskap, vil styringen måtte utøves gjennom eierposisjon og *muligheten* for styring av alle sider av virksomheten vil reduseres som følge av de formelle kravene som stilles i utøvelsen av styringen.

Innenfor forvaltningsorganmodellen kan det også legges rammer knyttet til hvilke sider av sykehuset som skal underlegges politisk-demokratisk styring. Etatsstyring kan utformes i et målstyringsperspektiv ved at fylkeskommunen/ staten utøver den strategiske styringen av virksomheten gjennom å klargjøre og tydeliggjøre overordnede mål for virksomheten, bestemme hvilke rammer virksomheten skal virke innenfor, vedta hovedprioriteringer og stille resultatkrav. Innenfor rammen av disse beslutningene får virksomhetsledelsen et helhetlig ansvar for hvordan driften gjennomføres. Imidlertid vil det ikke være noen garanti for at ikke overordnet myndighet likevel utøver løpende styring av virksomheten. Dette følger særlig av det helhetlige politiske og juridiske ansvar overordnet myndighet har for virksomheten.

I tillegg til de styringsmulighetene som ligger i etatsstyring og eierstyring kan kontraktstyring nyttes. Ved *kontraktstyring* fokuseres det på at det aktuelle offentlige organet (fylkeskommunen/stat) disponerer de økonomiske ressursene som det offentlige har avsatt til helsetjenester. Med basis i disse midlene inngås det så kontrakter med sykehusene. Det offentlige vil stille krav til kontraktens innhold og på denne måten sikre at tjenestene ytes i henhold til de helsepolitiske målsettingene. Kontraktstyring fordrer at fylkeskommunen/staten klargjør hvilke krav og vilkår som stilles til de midlene sykehuset tilføres.

I forhold til selskaper vil kontraktene være *juridisk* forpliktende, mens dette ikke vil være tilfelle overfor forvaltningsorganer (fylkeskommunen/staten kan ikke inngå juridisk forpliktende avtaler med seg selv). Kontrakter med sykehus organisert som forvaltningsorgan har utvalget karakterisert som *avtaler*. Slike avtaler vil *ikke* kunne anses som *juridisk* forpliktende²². Selv om ikke avtalene er *juridisk* forpliktende vil de likevel kunne oppfattes som forpliktende. Dersom sykehus er organisert som stiftelse har fylkeskommunen ikke styringsmuligheter verken gjennom etatsstyring eller eierstyring. Kontraktstyring blir da det primære styringsvirkemidlet for fylkeskommunen.

Større grad av kontraktstyring av sykehusene vil kreve at fylkeskommunen/ staten blir mer bevisst bestillerfunksjonen og den eksplisitte styring som kan utøves gjennom denne. Større fokus på kontraktstyring innebærer ikke nødvendigvis at fylkeskommunen må åpne for at tjenestene kan leveres fra andre sykehus enn fylkeskommunens egne. Fylkeskommunen kan velge formen med kontraktstyring, med forutsetning om at tjenestene skal leveres fra fylkeskommunens egne sykehus. For å oppnå den ønskede effekt av kontraktstyring, vil det imidlertid være avgjørende at brudd eller manglende oppfyllelse av kontrakten medfører en eller annen form for sanksjon. Det forutsetter

22. For enkelthets skyld brukes felles benevnelsen kontraktstyring også om «avtalestyring».

at mål og krav i kontrakten er utformet slik at sykehusene faktisk har en mulighet til å oppfylle forpliktelsene. I den sammenheng er det også grunn til å peke på viktigheten av at insentivstrukturen er utformet slik at det er lønnsomt for sykehusene å være produktive, og at manglende produktivitet ikke belønnes med økt ressurstilførsel.

Forslaget til ny spesialisthelsetjenestelov (jf Ot prp nr 10 (1998-99)) har som nevnt et sterkere fokus på fylkeskommunenes bestillerfunksjon ved at det skilles klarere mellom den fylkeskommunale plikten til «å sørge for» at befolkningen får tilgang til de aktuelle tjenestene og fylkeskommunenes rolle som tjenesteyter. Det er også presisert i lovforslaget at fylkeskommunen kan inngå avtaler med andre tjenesteytere for å sikre befolkningen et forsvarlig tjenestetilbud. I praksis står fylkeskommunene fritt til å velge hvordan den politisk-demokratiske styringen av sykehusene skal utformes. I St.meld. nr 24 (1996-97) understrekes det imidlertid at det er behov for en bedre rolleavklaring mellom sykehuseier og sykehusledelse, og at en i den sammenheng bør vurdere ulike former for styring.

Storbritannia og Sverige har valgt forskjellige tilnærminger til reformer i sykehusvesenet. Mens man i Storbritannia valgte å gjennomføre et konsekvent skille mellom bestiller og utfører, ble det bare gjort i noen län i Sverige. I Sverige ble eierskapet til sykehusene i begrenset grad berørt, mens sykehusene i Storbritannia i stor utstrekning ble omorganisert til selvstyrte institusjoner (trusts²³). I Sverige beholdt landstingene sin overordnede myndighet med hensyn til strukturspørsmål og investeringer.

Erfaringene fra Storbritannia tyder på at forekomsten av mange enheter kombinert med konkurranse førte til en uheldig fragmentering, og at de ulike sykehusene hadde svært ulike konkurransebetingelser. Erfaringene fra Storbritannia tyder også på at det er viktig å legge et betydelig arbeid i å utvikle mål og resultatindikatorer slik at disse ikke medfører en utilsiktet vridning i sykehusenes prioriteringer.

I Sverige fikk man en reduksjon i utgiftene til sykehustjenester i den perioden reformene ble gjennomført. Det er imidlertid ikke mulig å slå fast at dette skyldes omorganiseringen. Det er også vanskelig skille mellom de länene som innførte skille mellom bestiller og utfører, og de som ikke gjorde det. Innføringen av økt valgfrihet for pasientene ser ikke ut til å ha ført til større strukturedringer i det svenske sykehusvesenet. Det kan imidlertid synes som om valgfriheten har ført til klarere fokus på service og ventetider mv ved sykehusene.

De to summariske kartleggingene utvalget har fått utført av reformene og de to landenes erfaringer med reformene viser at det kan være vanskelig å sammenlikne mellom land²⁴.

4.5 Organisasjonsform som virkemiddel

Ovenfor er utfordringene sykehustjenestene står overfor og hvilke problemer dagens sykehusorganisering skaper i forhold til å takle de nye utfordringene beskrevet.

Ut fra definisjonen og hovedtrekkene ved en tilknytningsform (jf "[Definisjon av tilknytningsform](#)" i kapittel 3.3.1) setter tilknytningsformen *rammene* for

23. Det forutsettes at låneopptak og investeringer godkjennes av nasjonale helsemyndigheter regionalt.

24. Erfaringene fra Storbritannia (Terje Haugli Nilsen), Erfaringene fra Sverige (Per Kristian Vareide)

de sentrale fylkeskommunale og statlige organenes styringsmuligheter gjennom instruksjon eller eierskap - og motsvarende for den enkelte virksomhetens handlefrihet. De grunnleggende forskjellene med hensyn til eierens styringsmuligheter og virksomhetens handlefrihet går mellom hovedformene forvaltningsorgan, selskap og stiftelse. Men det er viktig å understreke at valget av tilknytningsform ikke fastlegger disse forholdene entydig og i detalj.

Innenfor den samme tilknytningsformen er det rom for forskjellige blandingsforhold mellom overordnet styring og virksomhetens handlefrihet. Gjennom en nærmere utforming av styrings- og kontrollsystemer og fullmakter er det mulig å utforme og tilpasse en bestemt tilknytningsform i forhold til de spesifikke behovene for en samlet sett effektiv oppgaveløsning i en gruppe av likeartede virksomheter (for eksempel sykehus) eller i den enkelte virksomhet (sykehuset).

Innenfor én og samme tilknytningsform og de samme styringssystemer kan det dessuten utvikle seg mange typer beslutningsatferd, styringshandlinger og kommunikasjonsformer.

Tilknytningsform legger også visse føringer på virksomhetens *interne* organisering, styrings- og kommunikasjonsformer og ledelse, men en beskrivelse og vurdering av disse sammenhengene faller utenfor utredningens mandat.

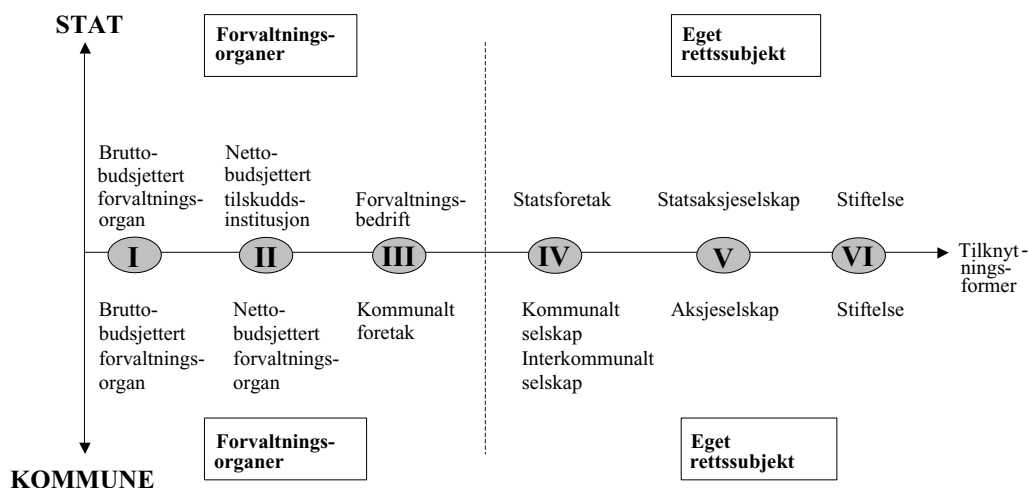
Valg og utforming av tilknytningsform framtrer dermed som et nokså grovmasket, men virksomt organisatorisk virkemiddel. Det er dessuten et spørsmål om på hvilket *nivå* dette organisatoriske virkemidlet settes inn. Det kan være tale om:

- valg av hvilken tilknytningsform en virksomhet skal gis (hovedform og underform)
- utforming av formelle rammevilkår *innenfor* den valgte tilknytningsformen - tildeling av enkeltfullmakter, regulering av styrings- og kontrollrelasjoner gjennom instruksjer, vedtekter etc., og tilpasninger til de formåls- og oppgavetyperne den aktuelle virksomheten skal løse
- praktisering av styringsteknikker og kommunikasjonsformer mellom overordnet nivå og virksomhet innenfor de ovennevnte formelle rammene

Trekk ved sykehusene som organisasjoner, rammebetingelsene og endringer i den helsepolitiske virkemiddelbruken reiser et generelt reformbehov knyttet til:

- formen på den politiske styringen av sykehusene
- sykehusledelsens autoritet og fullmakter

Spørsmålet er om reformbehovet kan løses innenfor dagens organisasjonsmodell eller om det må andre tilknytningsformer til.



Figur 4.1 Organisasjonsmodeller for offentlige sykehus

Boks 4.2 Tilknytningsformer i statlig og kommunal virksomhet

Utvalget har i dette kapitlet drøftet styringsmessige utfordringer for offentlige sykehus. Spørsmålet er så hvordan ulike tilknytningsformer kan møte disse utfordringene. Som et grunnlag for å svare på dette spørsmålet, gir de etterfølgende kapitlene en presentasjon av mulige tilknytningsformer for sykehusene. I figur 4.1 gis det en skjematisk oversikt over eksisterende og nye tilknytningsformer.

Figuren viser seks kategorier av tilknytningsformer. Grovt sagt øker graden av fristilling fra venstre mot høyre i figuren. Den stiplede linjen representerer et viktig skille i utvalgets forståelse av tilknytningsformene:

- Til venstre for den stiplede linjen er organisasjonsformene en del av staten som juridisk person og en del av fylkeskommunen som juridisk person. Disse tilknytningsformene er alle forvaltningsorganer. Organisasjonsformene som er nummerert I, II og III er derfor forskjellige underformer av hovedtilknytningsformen «forvaltningsorgan». I framstillingen er disse formene også gitt samlebetegnelsen forvaltningsorganisering.
- Til høyre for den stiplede linjen er tilknytningsformene ikke en del av staten eller fylkeskommunen som juridisk person. De er selvstendige rettssubjekter. Typen tilknytningsformer som er selvstendige rettssubjekter, er nummerert IV, V og VI.

Utvalget ønsker i den videre disposisjonen både å få fram hvor de forskjellige tilknytningsformene er plassert på skalaen i figur 4.1, og å markere hvor utvalget lanserer forslag om nye former.

Hovedprinsippet i disposisjonen er en framrykning fra venstre mot høyre i figuren:

Kapittel 5 presenterer bruttobudsjetterte (I) - og nettobudsjetterte forvaltningsorganer (II). I dag er nettobudsjettert forvaltningsorganisering (II) den vanligste tilknytningsformen for offentlige sykehus.

Kapittel 6 presenterer «kommunalt foretak» (III). Dette er en underform av forvaltningsorganisering som åpner for å gi sykehusene en friere organisa-

torisk posisjon. *Utvalget foreslår justeringer i de lovbestemmelser i kommuneloven som regulerer kommunalt foretak.* Forvaltningsbedrift omtales kort som en eksisterende organisasjonsform i statlig sektor.

Kapittel 7 presenterer statsforetak og kommunalt selskap (IV). Begge disse tilknytningsformene er selvstendige rettssubjekter. Statsforetak er en eksisterende tilknytningsform i statlig virksomhet. Merk at betegnelsen «foretak» kan gi grunnlag for misforståelser. Kommunalt foretak (III) er en del av kommunen som juridisk person, mens statsforetak *ikke* er det. *Flertallet i utvalget vil lansere «kommunalt og fylkeskommunalt selskap» som en ny generell tilknytningsform for kommuner og fylkeskommuner.* Denne tilknytningsformen omtales også som kommunalt selskap. Det går fram av figur 4.1 at den nye formen er et svar på statsforetaket i statlig sektor.

Kapittel 8 presenterer aksjeselskap og statsaksjeselskap (V) samt stiftelse (VI). Aksjeselskap og statsaksjeselskap gir eieren muligheter for å øve innflytelse på selskapene gjennom generalforsamlingen. Stiftelsen er den mest uavhengige tilknytningsformen fordi den ikke har noen eier, men er selveiende og selvstyrende. Dette er begrunnelsen for å plassere stiftelsen lengst til høyre på skalaen i figur 4.1.

For å gi en best mulig oversikt presenteres figur 4.1 i hvert av de etterfølgende kapitlene 5-8. Innledningsvis i kapitlene markeres hvilke tilknytningsformer som kapitlet omtaler. I gjennomgangen vil det også bli referert til romertallsnummereringen i denne figuren.

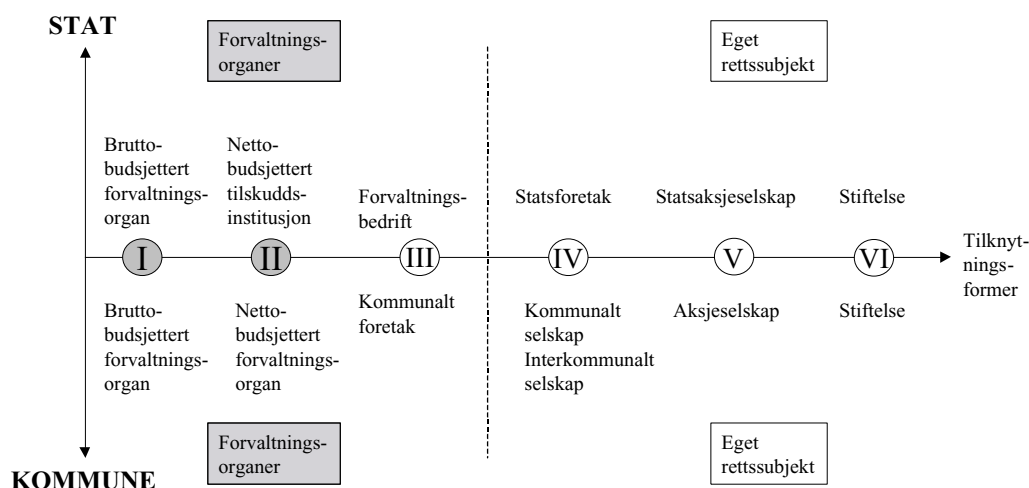
Utvalget har lagt vekt på å ha en felles beskrivelse av de forskjellige tilknytningsformene. Utvalgets vurderinger og anbefalinger presenteres i *kapittel 9*.

Kapittel 5

Forvaltningsorganmodeller

5.1 Innledning

I "*Problemer og utfordringer i sykehussektoren*" i kapittel 4 er de utfordringene som sykehustjenestene står overfor som følge av nye helsepolitiske veivalg beskrevet. I dette kapitlet gis det en nærmere presentasjon av forvaltningsorganmodellen i fylkeskommunal og statlig sektor, både bruttobudsjetterings- og nettobudsjetteringsvarianten (se modellene I og II i figuren under). De formelle rammer gjennom lov- og avtaleverk i kommunesektoren er imidlertid ens og beskrives under ett for begge variantene i punkt 5.2. Nærmere beskrivelse av forskjellene gis i punkt 5.2.3. I punkt 5.3 gis en oversikt over fylkeskommunenes organisering og fullmaktsstruktur etterfulgt av de erfaringer som en del ledere og politikere har med modellen slik den praktiseres. Punkt 5.4 omhandler den statlige forvaltningsorganmodellen med hovedvekt på nettobudsjetteringsvarianten. I punkt 5.5 og 5.6 beskrives modellens muligheter for videreutvikling innenfor fylkeskommunene og staten.



Figur 5.1 Organisasjonsmodeller for offentlige sykehus - modell I og II

5.2 De formelle rammer for forvaltningsorganmodellen i kommunesektoren

5.2.1 Innledning

Tradisjonelt har fylkeskommuner og kommuner vært organisert etter en såkalt formannskapsmodell. Formannskapsmodellen kjennetegnes ved at de øverste politiske organene som ikke er direkte folkevalgte, blir valgt ved forholdstallsvalg, det vil si at de politiske partiene blir representert etter sin oppslutning i fylkesting/kommunestyre. Dessuten er det politiske systemet

bygget opp slik at politikerne er representert i styrer og utvalg på alle nivå i fylkeskommunen/ kommunen.

Ved vedtakelsen av ny kommunelov med virkning fra 1993 ble det anledning til å velge mellom to modeller, formannskapsmodell eller parlamentarisme. I Oslo kommune ble parlamentarisme innført i 1986 i medhold av en egen forsøkslov (midlertidig lov om forsøk med særlige administrasjonsordninger i kommuner av 21. juni 1985 nr. 85). Fortsatt er det bare Oslo kommune som har innført parlamentarisme.

Forskjellene mellom den fylkeskommunale og den statlige forvaltningsorganmodellen er i hovedsak en konsekvens av at fylkeskommunene er organisert etter formannskapsmodellen som er vesentlig forskjellig fra det parlamentariske styresettet i staten.

I det følgende vil de to hovedmodellene bli nærmere beskrevet med særlig vekt på organisering og fullmaktsstruktur. Den fylkeskommunale parlamentarismemodellen vil bli omtalt generelt og med spesiell henvisning til organiseringen i Oslo kommune.

5.2.2 Den fylkeskommunale forvaltningsorganmodellen

En vurdering av behovet for en organisatorisk og styringsmessig friere stilling for offentlige sykehus bør gjøres i lys av gjeldende regelverk for fylkeskommunal organisering. Sammen med dette vil fylkeskommunenes faktiske organisering innenfor disse rammene være med på å danne et bilde av det reelle behovet for endringer.

Sentrale elementer i organiseringen i en fylkeskommune er:

- Styrings- og ansvarsforhold
- Økonomiforvaltning
- Personalforvaltning/ansattes status
- Offentligrettslige forhold

I sykehussektoren kommer helserettslige forhold i tillegg til de offentligrettslige.

5.2.2.1 Styrings- og ansvarsforhold

Organer i formannskapsmodellen

Den fylkeskommunale organisering har basis i kommuneloven (lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992) som ble iverksatt 1. januar 1993. Kommuneloven legger i sterkere grad enn tidligere lover opp til større frihet for den enkelte fylkeskommune i valg av organisasjonsmodell. Før kommuneloven var den fylkeskommunale organisering regulert dels i fylkeskommuneloven (lov om fylkeskommuner av 16. juni 1961 nr 1) og dels i den fylkeskommunale særlovgivningen. Fylkeskommuneloven hadde en rekke krav om organ og stillinger, men minst like dominerende var særlovene på de enkelte fylkeskommunale ansvarsområdene.

Prinsippene i kommuneloven er videreført i særlovgivningen slik at en rekke særlovsorgan er falt bort. Fylkeskommunene skal stå mest mulig fritt til å avgjøre hvilke organer og stillinger som gir en politisk og administrativ organisering som lokalt finnes å være den mest hensiktsmessige.

Kommuneloven har nå krav om at fylkeskommunen skal ha følgende organer: fylkesting, fylkesutvalg, kontrollutvalg og partssammensatt utvalg (administrasjonsutvalg). Det skal også velges en fylkesordfører. Fylkeskom-

munen står ellers fritt til å opprette faste utvalg, underutvalg, komiteer og styre for institusjoner og bedrifter. Når det gjelder stillinger, fastsetter kommuneloven at fylkeskommunen skal ha en administrasjonssjef (fylkesrådmann), en revisor og en regnskapskyndig person med faglig ansvar for regnskap.

For sykehussektoren har særlovgivningen (sykehusloven/lov om psykisk helsevern) fortsatt krav om sykehusstyre. Her er det imidlertid gitt mulighet for ganske fleksible løsninger i det oppgavene kan legges til et annet fylkeskommunalt utvalg. I det framlagte forslaget til lov om spesialisthelsetjenester (Ot prp nr 10 (1998-99), jf også Ot prp nr 48 (1997-98)) er det ikke lenger krav om at det skal være styre for sykehusene. På sykehussektoren er det ingen lovfestede stillinger.

Regionalt helsesamarbeid er nå lovfestet gjennom sykehusloven (lov om sykehus mv av 19. juni 1969 nr 57). Loven og forskrifter til denne pålegger fylkeskommunene i en region å samarbeide om utarbeiding av en regional helseplan gjennom et regionalt helseutvalg.

Styrer etter kommuneloven § 11

Uavhengig av om det i særlov stilles spesielle krav om styre, vil fylkeskommunen ha anledning til å opprette eget styre for sine institusjoner i medhold av kommuneloven § 11. Det er fylkestinget som tar avgjørelse om hvorvidt det skal opprettes styre og hvilken sammensetning det skal ha.

Opgavene for et slikt styre vil være begrenset til det som gjelder *virksomhetens drift og organisering*. Det er derfor åpnet for at for eksempel administrasjonssjefen, de ansatte eller brukerne kan få myndighet til å oppnevne styremedlemmer helt eller delvis. Styremedlemmer som ikke oppnevnes på denne måten vil bli oppnevnt av fylkestinget.

Styre etter § 11 vil være underlagt direkte politisk kontroll, og er ikke til hinder for at administrasjonssjefen organiserer den interne virksomheten med for eksempel arbeidsgrupper, interne styrer, tilsettingsråd med videre. Dette vil være administrative organer under administrasjonssjefens instruksjonsmyndighet og kontroll.

Spesielt om administrasjonssjefen

Administrasjonssjefen tilsettes av fylkestinget og er etter kommuneloven den øverste leder for den samlede fylkeskommunale administrasjon, med de unntak som følger av lov og innenfor de rammer som fylkestinget fastsetter. Vedkommende har ansvar for at de saker som legges fram for folkevalgte organer er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt. Administrasjonssjefen har møte- og talerett, personlig eller ved en av sine underordnede, i alle fylkeskommunale folkevalgte organer med unntak av kontrollutvalget.

All delegasjon fra politisk nivå til administrasjonen skal skje til administrasjonssjefen. Det er ikke lenger adgang for et folkevalgt organ å delegere myndighet direkte til en etatsjef eller en institusjonsleder.

Organer i parlamentarismemodellen

Kjernen i parlamentarismemodellen er at administrasjonen i fylkeskommunen blir ledet av et politisk valgt kollegialt organ, fylkesrådet, i stedet for en administrasjonssjef, og at det kollegiale organet har parlamentarisk ansvar

overfor fylkestinget. Kommunelovens ordning med administrasjonssjef og fylkesutvalg faller bort. Det parlamentariske ansvaret innebærer at fylkestinget kan skifte ut et samlet fylkesråd eller ett eller flere medlemmer av rådet. Medlemmene i rådet har en tilsvarende rett til å trekke seg, samlet eller enkeltvis. I kommuneloven er parlamentarisme et prinsipielt likestilt alternativ til formannskapsmodellen.

Også ved en parlamentarisk styreform er fylkestinget øverste fylkeskommunale organ. Andre obligatoriske organ og funksjoner er fylkesråd og fylkesordfører. Fylkesrådet er det iverksettende organet. Fylkesordførers rolle er ikke definert som forskjellig fra funksjonen i en formannskapsmodell.

Også en fylkeskommune som er parlamentarisk styrt, kan opprette de samme typer folkevalgte organer som ved formannskapsmodellen med unntak av fylkesutvalg. Fylkestinget kan opprette faste utvalg med sektor-/funksjonsansvar på samme måte som ellers. Dersom slike utvalg gis beslutningsmyndighet, vil fylkesrådet som organ i realiteten komme i et underordningsforhold til det faste utvalget når utvalgets vedtak skal iverksettes.

Fylkestinget kan også opprette særskilte styre for fylkeskommunale institusjoner i medhold av kommuneloven § 11. Oppnevning og valg av medlemmer til slike styre kan imidlertid delegeres til andre, også til fylkesrådet. Styre etter § 11 vil være et organ for fylkestingets styring av kommunale institusjoner. Oslo kommune har en forsøksordning der byrådet er gitt anledning til å oppnevne kollegiale organer for styring av for eksempel institusjoner. Slike kollegiale organer anses som en del av administrasjonen og kommer dermed inn under byrådets instruksjonsrett og parlamentariske ansvar.

Fullmaktplassering i formannskapsmodellen

Utgangspunktet er at fylkestinget har et politisk og juridisk ansvar for fylkeskommunens totale virksomhet og økonomi. Dette gjenspeiles i kommunelovens fullmaktsfordeling med hensyn til delegasjon til henholdsvis politisk nivå og administrativt nivå. Det tas her utgangspunkt i de begrensninger som kommuneloven og eventuelt særlovgivningen setter.

I kommuneloven er det fastslått at en del oppgaver må *fylkestinget* som øverste organ ta seg av. Dette er i loven gitt til kjenne ved at «fylkestinget selv» må gjøre vedtak og i dette ligger det også et delegasjonsforbud. Det er her tale om oppgaver på overordnet nivå innen planlegging, organisering, valg og tilsetting. Det er bare fylkestinget som kan foreta tilsetting av fylkesrådmann og revisor. Samme teknikk er brukt i særlovgivningen for å markere delegasjonsforbud.

Fylkesutvalget fremmer innstilling om økonomiplan, årsbudsjett og skattevedtak for fylkestinget, som selv må gjøre endelig vedtak.

Det er ellers satt få sperrer. Fylkestinget kan gi fylkesutvalget og faste utvalg avgjørelsesmyndighet i alle saker hvor ikke annet følger av lov. Fylkesordføreren kan få myndighet til å treffe vedtak i enkeltsaker, det samme kan komiteer i tilknytning til vedkommende komités oppdrag. Styre for institusjon etter § 11 kan gis myndighet til å treffe avgjørelser som gjelder virksomhetens drift og organisering. Oppnevning av medlemmer til styret kan overlates til administrasjonssjefen, de ansatte eller brukerne.

Fullmaktplassering i parlamentarismemodellen

Det er fylkestinget som tar avgjørelse om hvilken styreform fylkeskommunen skal ha. Fylkestingets myndighet er den samme i et parlamentarisk system som i en formannskapsmodell.

Fylkesrådets kompetanse og ansvar gitt i kommuneloven er tilsvarende som for administrasjonssjefen i fylkeskommuner med formannskapsmodell. Imidlertid kan fylkesrådet delegeres myndighet i større utstrekning enn administrasjonssjefen. Dersom fylkestinget delegerer så langt det er tillatt, kan fylkesrådet få samme beslutningsmyndighet som fylkesutvalget og faste utvalg i formannskapsmodellen. Enkeltmedlemmer i rådet kan få samme beslutningsmyndighet som administrasjonssjefen i «enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning». Det er da en forutsetning at vedkommende på vegne av fylkesrådet har fått tildelt ledelsesansvaret på det aktuelle saksområdet. Delegasjon til enkeltmedlemmer er det ikke adgang til i andre folkevalgte organ.

Fylkesrådet kan bare tildeles myndighet fra fylkestinget. Selv om faste utvalg har fått beslutningsmyndighet kan ikke fullmakter delegeres fra utvalget til fylkesrådet. På den måten sikres fylkesrådets entydige ansvarsforhold overfor fylkestinget.

Hvis det er opprettet driftsstyre etter kommuneloven § 11, vil dette være et organ for fylkestingets styring av institusjon selv om det er delegert til andre å oppnevne medlemmer i styret. Slik kommuneloven lyder, har ikke fylkesrådet adgang til å opprette kollegiale organer for rådets styring av virksomheter i fylkeskommunen. Styret vil måtte sette fram sine instruksjoner overfor rådet og ikke den administrative institusjonsledelsen. Styret kan heller ikke delegere til daglig leder. Disse bestemmelsene etablerer et overordningsforhold for styret i forhold til fylkesrådet.

Oslo kommune har med hjemmel i forsøksloven (lov av 26. juni 1992 nr 87) tillatelse til å bruke kollegiale organer oppnevnt av byrådet for byrådets styring av særskilt del av administrasjonen som for eksempel sykehus. Slike styrever vil i delegasjons- og instruksjonslinjen ligge direkte under en byrådsavdeling eller under en sentral etatsjef. Det kollegiale organet anses dermed som en del av den kommunale administrasjonen slik at byrådet har instruksjonsretten og det parlamentariske ansvaret for denne typen styrever. Styret kan tildeles samme kompetanse som et enkeltmedlem av byrådet, det vil si myndighet til å treffe vedtak i enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning. Myndighet som tildeles virksomheten eller tjenestestedet skal delegeres til styret. Styret avgjør så i hvilken grad myndigheten skal delegeres videre til vedkommende administrasjon.

Kommunal- og regionaldepartementet har i Ot prp nr 20 (1998-99) foreslått endringer i kommunelovens regler om parlamentarisme. Utvalget vil her særlig nevne forslaget om at fylkestinget selv kan gi fylkesrådet adgang til å opprette og oppnevne styrever for rådets ledelse for særskilte deler av den fylkeskommunale virksomheten. Rådet skal fastsette vedtekter for slike styrever og kan gi styret myndighet til å treffe vedtak i enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning. Fylkesrådet vil være parlamentarisk ansvarlig overfor fylkestinget i forhold til slike styveres virksomhet.

5.2.2.2 Økonomiforvaltning

I kommuneloven av 1992 ble tidligere kommunelovs bestemmelser om økonomisk planlegging og forvaltning i hovedsak videreført. Lovens bestemmelser

om økonomiforvaltning er som i eldre kommunelover utfylt i forskrifter gitt av Kommunal- og regionaldepartementet.

I kommuneøkonomiproposisjonen for 1998 (St prp nr 61 (1996-97)) varslet Kommunal- og regionaldepartementet at forslag til nye lovbestemmelser om kommuners og fylkeskommuners økonomiske planlegging og forvaltning ville bli sendt på høring høsten 1998. Dette er nå utsatt til våren 1999.

Kommuneloven gir regler om behandling av årsbudsjett og økonomiplan og om dokumentenes innhold. Bestemmelsene er utfylt i forskrifter gitt i medhold av loven. I disse forskriftene er det også gitt regler om regnskapsføring (kommuneloven § 60 nr 9) og om delegering av budsjettmyndighet (kommuneloven § 46 nr 4).

Dokumenter - innhold

Fylkeskommunen skal innen årets utgang vedta budsjett for det kommende året. Årsbudsjettet er en bindende plan for fylkeskommunens midler og anvendelsen av midlene. Budsjettet skal være fullstendig, realistisk, oversiktlig og være satt opp i balanse.

Videre skal fylkeskommunen en gang for året vedta en rullerende økonomiplan for sin virksomhet. Økonomiplanen skal omfatte minst de fire neste budsjettår. Minimumskrav til oppstillinger av årsbudsjett og økonomiplan er gitt i forskrift. Her er det også gitt krav om oppstilling av årsregnskap.

Med hjemmel i lov om forsøk i offentlig forvaltning gjennomfører Kommunal- og regionaldepartementet et prosjekt om alternativ rapportering, KOSTRA. Sør-Trøndelag fylkeskommune er fra og med 1998 pilotfylke i forsøket. Det stilles i forskrifter for forsøket, som erstatter de ordinære forskrifter for årsbudsjett og årsregnskap, ikke lenger spesifiserte krav til oppstilling av budsjettet.

Prosedyre

Fylkesutvalget skal fremme forslag (innstille) for fylkestinget om årsbudsjettet og økonomiplanen. Innstillingen fra fylkesutvalget skal foreligge minst 14 dager før årsbudsjettet og økonomiplanen skal fastsettes av fylkestinget. Formålet er at allmennheten skal gjøres kjent med hvordan fellesskapets midler planlegges anvendt kommende år.

Tidsfrist for avleggelse av årsregnskap og for fylkestingets behandling av årsregnskapet er regulert i forskrift. I forskrifter er det også gitt regler om behandling av årsoppgjørdisposisjoner.

Delegasjon av budsjettmyndighet

Som for staten gjelder at fylkeskommunens øverste organ, fylkestinget, skal ta stilling til hvor store utgifter fylkeskommunen kan/skal påta seg. Dette er årsbudsjettets finansieringsoppgave. Fylkestinget skal selv vedta rammene for, og de grunnleggende trekk i årsbudsjettet. Delegasjonsbegrensningen er regulert i forskrift, jf § 11 i budsjett- og regnskapsforskriftene.

Fylkestinget må selv vedta separate drifts- og investeringsrammer for den enkelte virksomhet, eller et sett av virksomheter. Konkret for sykehus innebærer dette at fylkestinget kan velge mellom å vedta en drifts- og en investeringsramme som er felles for samtlige sykehus i fylket, eller separate ram-

mer for det enkelte sykehus. Styret for sykehuset, eventuelt administrasjonen står fritt i fordelingen av de økonomiske rammene.

Fylkestingets ansvar for de totale utgifter omfatter samtlige anskaffelser. Dette medfører at ikke bare det løpende forbruk, men også utgiftsrammer til kjøp av eiendommer/varige driftsmidler må være medtatt i budsjettet. Det er kun sistnevnte type utgifter som kan finansieres med lån. Som følge av blant annet dette skal budsjettet pliktig deles i en drifts- og en investeringsdel. Skillet mellom drifts- og investeringsutgifter er presisert i forskrift og tilsvarer i grove trekk grensedragningen mellom resultatføring og balanseføring ved anskaffelser, jf regnskapsloven (lov om årsregnskap m v (regnskapsloven) av 17. juli 1998 nr 56). Skillet mellom drifts- og investeringsutgifter får innvirkning på innholdet i de bindende drifts- og investeringsrammer fylkestinget selv fastsetter.

Avskrivninger

Et viktig skille mellom kommunelovens og regnskapslovens regnskapsregler gjelder de årlige kapitalkostnader. Etter regnskapslovens regler skal resultatregnskapet inneholde planmessige avskrivninger. De kommunale regnskapsreglene krever formelt sett «nødvendige avsetninger» til framtidige investeringer i regnskapet, men fylkeskommunen har full frihet til selv å fastsette størrelsen på slike avsetninger. Fylkeskommunene gjennomfører i praksis ikke systemer med «planmessige avsetninger» tilsvarende avskrivninger. Dette medfører at de reelle kapitalkostnadene bare delvis synliggjøres i regnskapene.

5.2.2.3 Personalforvaltning og ansattes status

De ansatte står for utførelsen av de fylkeskommunale tjenestene og er således en vesentlig faktor med hensyn til både kvantitet og kvalitet på de tjenester befolkningen tilbys. Personalforvaltningen får avgjørende betydning for hvor godt man lykkes i å nå de mål som er fastsatt. I forvaltningsorganmodellen er de ansatte ved sykehusene fylkeskommunalt ansatte og fylkeskommunen er arbeidsgiver. Deres rettigheter og plikter er regulert i en rekke bestemmelser, enten i lovs form eller gjennom partenes avtaleverk.

De sentrale lover er her

- Arbeidsmiljøloven (lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. av 4. februar 1977 nr 4). Arbeidsmiljøloven har bestemmelser om at det skal være ett eller flere arbeidsmiljøutvalg med like mange representanter for arbeidsgiveren og arbeidstakerne.
- Arbeidstvistloven (lov om arbeidstvister av 5. mai 1927 nr 1).
- Kommuneloven. Loven fastsetter at det skal være et (eller flere) partssammensatt(e) utvalg i hver fylkeskommune. Disse utvalgene er som oftest benevnt administrasjonsutvalg. Her er de ansatte i mindretall i forhold til fylkeskommunens representanter. Utvalgets oppgave er å behandle saker som gjelder forholdet mellom fylkeskommunen som arbeidsgiver og de ansatte, slik som ansettelses-, lønns- og personalpolitikk i vid forstand. Ansatte vil ha møte- og talerett i nemnder når disse behandler saker som gjelder forholdet mellom fylkeskommunen som arbeidsgiver og de ansatte. Slike nemnder kan blant annet være hovedutvalg forutsatt at disse behandler saker av denne type.

Avtaleverket for fylkeskommunene og deres ansatte er først og fremst hovedavtalen og hovedtariffavtalen inngått mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) som arbeidsgiverrepresentant og de ansattes organisasjoner i kommunesektoren. Fylkeskommunen avgjør selv hvilken arbeidsgiversammenslutning den vil være tilknyttet, eventuelt om den skal stå utenfor. Alle fylkeskommunene er pr i dag medlemmer i KS. Oslo kommune er ikke medlem i KS men har som selvstendig arbeidsgiverpart inngått tilsvarende tariffavtaler med hovedorganisasjonene i kommunal sektor. Det er derfor i dag tre hovedavtale-/hovedtariffområder - staten, Kommunenes Sentralforbund og Oslo kommune.

Hovedavtalen for KS-området gjelder for alle medlemmer av Kommunenes Sentralforbunds arbeidsgivervirksomhet med unntak av de medlemmer som kommer inn under hovedavtalen for virksomheter med selvstendig medlemskap i KS (for eksempel aksjeselskap, kommunale bedrifter, interkommunale selskap). Denne særavtalen har noen avvikende bestemmelser i forhold til den generelle hovedavtalen, blant annet for arbeidsmiljøutvalgets oppgaver og for medbestemmelse.

Noen hovedpunkter i avtaleverket mellom Kommunenes Sentralforbund og ansatte i fylkeskommunene:

- Også hovedavtalen fastsetter at det skal være et arbeidsmiljøutvalg i fylkeskommunen. Utvalget er tillagt avgjørelsesmyndighet i visse saker, i andre saker har det uttalerett.
- Hovedavtalen har supplerende regler til arbeidstvistloven.
- Lønnsfastsettelse skjer i vesentlig grad ved sentrale forhandlinger mellom partene. Partene kan avsette en del av den sentrale potten til lokale forhandlinger. I tillegg finnes det avtalebestemmelser om lokale forhandlinger ut fra forhold bestemt på arbeidsplassen. De lokale parter kan bestemme å desentralisere disse forhandlingene til den enkelte institusjon.
- Ved omplassering av en arbeidstaker må fylkeskommunen som arbeidsgiver vurdere aktuelle stillinger i hele den fylkeskommunale virksomheten og ikke bare innen institusjonen. Hovedtariffavtalen har bestemmelser om lønnsforhold i slike situasjoner.
- I hovedavtalen er det i § 13 tatt inn en ankebestemmelse som lyder som følger:

«Avgjørelse fattet i administrasjonsutvalget/partssammensatte utvalg kan av et mindretall forlanges anket til overordnet organ. Saker fra administrasjonsutvalget kan ankes inn for det organ kommunen/fylkeskommunen bestemmer. Saker fra andre partssammensatte utvalg kan ankes til administrasjonsutvalget. Ordfører og rådmann/administrasjonssjef, eller den som møter i deres sted, kan også anke saken. Krav om anke må fremmes før møtets slutt og protokolleres.»

- Dersom en institusjon har eget styre skal de ansatte være representert i styret når dette har avgjørelsesmyndighet eller uttalerett i administrative saker. Denne bestemmelsen kommer til anvendelse blant annet for sykehusstyrer, jf kommuneloven § 11 og sykehusloven § 14.
- Når det gjelder *ansettelser*, har hovedavtalen bestemmelser om administrativ behandling og tilsettingsutvalg. Fylkeskommunen kan bestemme at avgjørelsesmyndighet i tilsettingssaker og andre administrative saker delegeres til administrasjonen. Det kan opprettes tilsettingsutvalg for hele eller deler av virksomheten. Som hovedregel består disse utvalgene av to representanter for arbeidsgiver og en fra de ansatte. Ved uenighet i utval-

get kan et mindretall forlange saken avgjort av folkevalgt organ.

Administrativ behandling kan også gjøres uten tilsettingsutvalg. For å illustrere hvordan administrativ tilsetting også kan praktiseres kan kort gjengis denne delen av retningslinjer for administrativ tilsetting i en fylkeskommune. Den som har tilsettingsmyndighet (for eksempel leder/direktør) tar avgjørelse når det foreligger enighet med de tillitsvalgte. Ved uenighet innkaller tilsettingsmyndigheten de tillitsvalgte til møte for eventuelt å komme til enighet. Dersom enighet ikke oppnås, skal saken gå til overordnet organ dersom en eller flere av de tillitsvalgte krever det. Krav om slik «anke» må settes fram i møtet og protokollføres. Dersom det ikke blir krevet at saken skal fram for overordnet organ, blir innstillingen fra tilsettingsmyndigheten fulgt.

5.2.2.4 Offentligrettslige forhold

Fylkeskommunen er som ansvarlig for å sørge for helsetjenester til befolkningen underlagt en rekke andre rettslige rammer enn de som alt er nevnt. Som en integrert del av fylkeskommunen vil de fylkeskommunale sykehusene i en forvaltningsorganmodell være regulert av de samme lovene.

- Forvaltningsloven gjelder for virksomhet som drives av forvaltningsorgan, det vil si organ for stat og kommune. Både den fylkeskommunale administrasjonen og de ordinære fylkeskommunale organer er underlagt loven. Bestemmelsene om for eksempel krav til forsvarlig saksbehandling, om taushetsplikt og om inhabilitet gjelder for virksomheten generelt og ikke bare i forhold til pasienter eller begrenset til enkeltvedtak.
- Offentlighetsloven har i utgangspunktet samme virkeområde som forvaltningsloven.
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten gjelder for både offentlig og privat helsetjeneste og uavhengig av organisasjons- og tilknytningsform. - Siviltombudsmannens myndighetsområde omfatter også den fylkeskommunale virksomheten.
- Også i erstatningsrettslig sammenheng har det betydning at sykehusene ikke er egne rettssubjekt men en del av fylkeskommunen. Det er fylkeskommunen og ikke det enkelte sykehus som vil være motpart i et erstatningssøksmål enten det gjelder arbeidsforhold, pasientbehandling eller annet.

5.2.3 Nærmere om bruttobudsjettert og nettobudsjettert forvaltningssorgan

Bruttobudsjettert forvaltningsorgan (modell I)

Dette er en organisasjonsform som brukes for sykehusene i fire fylkeskommuner (jf punkt 5.3.3). Bruttobudsjettering innebærer at det treffes separate budsjettvedtak for virksomhetens utgifts- og inntektsside. Det er i utgangspunktet ingen direkte kopling mellom de to budsjettvedtakene. Et sykehus som oppnår inntekter utover det budsjettete, kan likevel ikke disponere midler i tillegg til utgiftsbevilgningen. På den andre siden vil bortfall av budsjetterte inntekter ikke ha som direkte virkning at fullmakten til å benytte utgiftsbevilgningen reduseres.

Bruttobudsjettert forvaltningsorgan gir eier direkte styring med sykehusets aktivitets- og utgiftsnivå ved at de bevilgede utgiftene kan brukes uavhengig av at budsjetterte inntekter oppnås.

Nettobudsjettert forvaltningsorgan (modell II)

Nettobudsjettering innebærer at det bare treffes ett budsjettvedtak og virksomheten må tilpasses faktisk oppnådde inntekter. Med utgangspunkt i sitt politiske og økonomiske ansvar har eieren styringsmulighet ved at budsjettet vedtas som en integrert del av de årlige fylkeskommunale budsjettene og ved at eieren har en direkte instruksjonsadgang overfor sykehusene. Det er ingen begrensninger for eiers adgang til fortløpende å gripe inn med styringsmessige tiltak overfor sykehusene.

De fleste fylkeskommunene bruker nå nettobudsjettering overfor sykehusene og da sammen med fullmakter til å disponere merinntekter (jf punkt 5.3.3).

5.3 Fylkeskommunenes organisering og fullmaktsstruktur i forhold til sykehusene

5.3.1 Innledning

I punkt 5.2.2 er det beskrevet at det er nokså stor grad av frihet innenfor kommunelovens system med hensyn til å skape en hensiktsmessig organisering internt i fylkeskommunen.

Utvalget har fått gjennomført en undersøkelse (Hagen 1999) med henblikk på å vise de muligheter som er til stede og på hvilken måte den enkelte fylkeskommune har valgt å innrette seg. Det blir her gitt en kort beskrivelse av organisasjonsmodellen og dernest en oversikt over hvor en del viktige fullmakter for styring av sykehusene er plassert i fylkeskommunen.

5.3.2 Fylkeskommunenes organisering

De siste årene har det skjedd endringer i måten fylkeskommunene styrer sykehusene. Fra fylkesadministrasjonene forklares endringene i høy grad med iverksettingen av kommuneloven av 1992 og består i at det innføres et klarere skille mellom politiske og administrative organer. Dette skillet materialiserer seg ved at det i prinsippet er ett kontaktpunkt, fylkesrådmannen under formannskapsmodellen og fylkesrådet i en parlamentarisk modell (i praksis kun i Oslo og da byrådet), mellom politiske organer og administrasjonen. Alle politiske organer, fylkesting, fylkesutvalg og faste politiske utvalg og komiteer, ligger på den politiske siden av styringssystemet. Fylkesrådmannen er den øverste leder av administrasjonen og har fylkeshelsesjef og sykehus i linje. Modellen innebærer i praksis høyere grad av delegasjon av myndighet enn det en hadde tidligere og større grad av styring gjennom rammer.

Ser man nærmere på organisasjonsformen i den enkelte fylkeskommune, finner man at alle fylkeskommunene har formannskapsmodell. Oslo er alene om å ha parlamentarisme.

Før kommuneloven av 1992 var hovedutvalgsmodellen enerådende. Nå har 4 fylkeskommuner organisert seg i komitemodell der innholdet i modellen varierer noe (Østfold, Aust-Agder, Hordaland, Nordland). Finnmark fylkeskommune har politiske organ på dette nivået som fungerer både som sektorstyre og som komite. De andre fylkeskommunene har alle hovedutvalgsmodell med varierende antall utvalg.

Når det gjelder styre for sykehusene, er det større variasjon i hvor fylkeskommunene har plassert styrefunksjonen. I tabellen 5.1 er det framstilt hvilket organ som er styre for sykehusene. I rubrikken *eget styre* er tatt med

både de fylkeskommuner som har eget politisk styre og de som har interne driftsstyrer. En fylkeskommune har ikke styre i medhold av forsøksloven. I Nordland fylkeskommune er fylkesutvalget styre for sykehusene.

Tabell 5.1: Oversikt over bruken av styrer for sykehusene i fylkeskommunene

Fylkesutvalget	Helse- og sosialutvalget	Fellesstyre	Eget styre	Ikke styre
Nordland	Finnmark	Nord-Trøndelag	Akershus	Hordaland
	Møre og Romsdal	Sogn og Fjordane	Aust-Agder	
	Oppland		Buskerud	
	Sør-Trøndelag		Hedmark	
	Telemark		Oslo	
	Vest-Agder		Rogaland	
	Vestfold		Troms	
	Østfold			

5.3.3 Fullmaktstrukturen i fylkeskommunene

Fylkeskommunenes faktiske styringsadferd overfor sykehusene gir seg til kjenne gjennom flere faktorer, mer eller mindre synlige.

For det første vil organiseringen si noe om *hvor de interne kommunikasjonslinjene i fylkeskommunen skal gå*. Sykehusene kan få korte eller lange veier fram til sin eier - fylkestinget. Gjennom valg av organisasjonsmodell kan man foreta sterkere eller svakere skille mellom hva som skal være saker på politikernes bord og hva administrasjonen bør ta seg av. Et slikt skille kan avspeiles i valg av organer og i organenes oppgaver og ansvar. Organisasjonsmodellen vil også kunne legge til rette for mer eller mindre helhetstenking eller sektorisering og fragmentering.

I en undersøkelse overfor fylkeshelsesjefene²⁵ har utvalget bedt om en redegjørelse for hvor viktige fullmakter og avgjørelsesmyndighet er plassert i dag og om hvor myndigheten og fullmaktene mest hensiktsmessig *burde* være plassert. Nedenfor gjengis de viktigste resultatene fra undersøkelsen med hensyn til hvor fullmaktene *er* plassert²⁶.

25. 16 av 18 fylkeskommuner har besvart spørreskjemaet. I tillegg er det innhentet opplysninger fra Oslo kommune. Oslo er ikke sammenlignbar med de øvrige på alle punkter men tas med i sammenstillingen. Der Oslo inngår oppgis totalen til 17.

26. Forkortelsene som brukes er: Fylkesting (FT), Fylkesutvalg (FU), Hovedutvalg (HU), Sykehusstyre etter sykehusloven (ST), Fylkesrådmann (FR), Sykehusinternt styre (STI), Sykehusdirektør (DIR) og sykehusavdeling (AV).

Tabell 5.2: Oversikt over plassering av sentrale økonomiske fullmakter i fylkeskommunene (Absolutte tall. N=17.)

	FT	FU	HU	ST	FR	STI	DIR
Vedta sykehusets rammebudsjett (drift)	15		2				
Vedta endringer innenfor sykehusets ramme	1		1	2		2	11
Vedta sykehusets investeringsbudsjett	16				1		
Vedta endringer i investeringsbudsjett	14	1*	1	1			

* For Oslo gjelder dette byrådet

Sykehusenes rammebudsjetter vedtas av politiske organer i alle fylkeskommunene. I all hovedsak ligger denne avgjørelsen til det øverste politiske organ, mens to fylkeskommuner oppgir at denne myndigheten ligger til et hovedutvalg. For endringer innenfor rammen er bildet noe mer spredt. For 15 av 17 fylkeskommuner ligger slike avgjørelser til sykehusdirektørene eller sykehusstyrer av ulik art. For investeringsbudsjettene er bildet mer enhetlig både med hensyn til vedtak av budsjettet og endringer i dette. En fylkeskommune oppgir at vedtakene vedrørende investeringsbudsjettet ligger til sykehusstyrene, mens de øvrige oppgir at disse avgjørelsene ligger til politiske organer. For endringer innen hovedposter og postgrupper oppgir alle at denne myndigheten ligger til styre (3) eller direktør (14).

De fleste fylkeskommunene bruker *nettobudsjettering* overfor sykehusene (12 av 16²⁷), sammen med *merinntektsfullmakter* (i 13 av 16 fylkeskommuner²⁸). Tilsvarende fordeling gjør seg også gjeldende for adgangen til å *overføre overskudd og dekke inn underskudd* i forhold til kommende års budsjett. For adgangen til å overføre overskudd vises det fra flere fylkeskommuner til at dette kan begrenses av forutsetningen om at fylkeskommunen samlet må gå med overskudd. Det gjøres fra flere også oppmerksom på at det er en forutsetning for en slik adgang at vedtatte produksjonsmål må være oppfylt. Det synes ikke å være noen eksplisitte begrensninger med hensyn til at sykehusene gis anledning til å dekke opp underskudd over kommende års budsjetter. Her gjøres det imidlertid oppmerksom på at det kan gjelde begrensninger i form av at et underskudd må dekkes opp innenfor de aktuelle ansvarsområder. For eksempel er det en fylkeskommune som nevner at en overskridelse innenfor somatiske tjenester må dekkes inn over det samme formålet. Andre fylkeskommuner viser til at det må gjøres vurderinger av blant annet sykehusets evne til inndekning i kommende år og at det er viktig at sykehusene får realistiske budsjetter.

I forhold til spørsmålet om hvor myndighet og fullmakter er plassert *i dag*, viser svarfordeling for spørsmålet om hvor myndighet og fullmakter *burde* være plassert noen avvik. Mens alle mener at *vedtak av sykehusenes rammebudsjetter må skje i politiske organer*, er det flere som mener at *vedtak om sykehusenes investeringsbudsjetter og særlig endringer i dem burde kunne legges til direktørene*.

Fylkeshelsesjefene ble også spurt om hvor myndighet og fullmakter er plassert med hensyn til *personalmessige spørsmål*. For *vedtak om opprettelse*

27. Det mangler opplysninger om dette fra en av fylkeskommunene.

28. Det mangler opplysninger om dette fra en av fylkeskommunene.

av stillinger viser svarfordelingen en spredning. I de fleste fylkeskommunene ligger denne myndigheten til fylkesting eller fylkesutvalg, men flere oppgir at denne myndigheten ligger til fylkesrådmannen. Noen oppgir også at myndigheten til å opprette stillinger ligger til sykehusstyrer eller til sykehusdirektørene. Det er imidlertid et stort flertall som mener denne myndigheten *burde* ligge til direktørene. Det samme gjør seg også gjeldende for *omgjøring av stillinger*.

Tabell 5.3: Oversikt over plassering av personalpolitiske fullmakter i fylkeskommunene (Absolutte tall. N=17.)

	FT	FU	HU	ST	FR	STI	DIR	AV
Vedta opprettelse av stillinger	6	1	1	2	3	1	3	
Tilsette personale (eksklusive direktør)				1		5	10	1
Omgjøre stillinger		1	2	2	3	9		
Fastsette lønn ved tilsetting			1	4	2	10		
Forhandle lønn*		2	2		8	1	4	
Vedta personalpolitiske retningslinjer	9	4	4					
Vedta permisjonsreglement	8	6	3					

* Det varierer noe i hvilken grad det er gjort oppmerksom på delegasjon vedrørende dette spørsmålet.

På spørsmålet om hvem som har myndighet til å *fastsette lønn* ved tilsetting og til å forhandle om lønn viser fordelingen i dag en viss spredning, mens nesten alle mener dette *burde* ligge til sykehusdirektørenes fullmakter. Fylkeskommunene vedtar i dag personalpolitiske retningslinjer og permisjonsreglementer enten i fylkesting, fylkesutvalg eller hovedutvalg. Slik mener de aller fleste også at det *burde* fortsette, selv om enkelte mener dette kunne legges til enten fylkesrådmannen eller direktørene.

Det ble også stilt spørsmål om hvem som vedtar mål om *behandlingsvolum og kvalitet*, samt om hvem som har ansvar for å etterprøve disse. Det er i hovedsak enighet om at dette er oppgaver som ligger, og *bør* ligge, til politiske organer. Det er imidlertid ganske mange som mener oppgavene *burde* kunne flyttes fra fylkesting til hovedutvalg mens enkelte mener oppgavene kunne ivaretas av direktører eller sykehusstyrer.

Sykehusenes avdelingsstruktur og arbeidsdelingen mellom sykehusene innen fylkene ble tatt opp til slutt. Myndigheten til å fastlegge sykehusenes *avdelingsstruktur* viser stor spredning og er delt mellom fylkesting, hovedutvalg, fylkesrådmann, sykehusstyre og direktører. Et flertall mener denne myndigheten mest hensiktsmessig kunne plasseres hos direktørene. Når det gjelder myndigheten til å fastlegge arbeidsdelingen mellom sykehusene innen fylkene ligger denne hos de fleste til fylkestinget, mens noen har lagt den til hovedutvalgene. På spørsmålet om hvor myndigheten *burde* ligge er svarfordelingen noe annerledes. Et lite flertall mener denne myndigheten med fordel kunne tillegges hovedutvalgene mens de øvrige mener myndigheten *burde* ligge til enten fylkesting eller fylkesutvalg. En del fylkeskommuner kan gjennom vedtekter for det regionale helseutvalget ha delegert beslutningsmyndighet på dette området til det regionale helseutvalget. I

undersøkelsen var ikke dette tatt med som et alternativ for myndighetsplassering.

Fullmaktsplasseringen sier noe om hvorvidt beslutninger tas nær den vedtaket angår eller om det skjer på overordnet og fjernt nivå. Vedtak fattet av et «fjernt» nivå får man ikke samme eierforhold til og lojaliteten kan bli svakere enn om vedtaket var fattet i sykehuset. Det har fra sykehuslederens side vært anført (jf Hagen 1999) at *hovedavtalens ankebestemmelse*, jf "*Den fylkeskommunale forvaltningsorganmodellen*" i kapittel 5.2.2, er en hemsko i forhold til effektiv personalforvaltning. Kort gjengitt går ankesystemet ut på at et mindretall kan anke en avgjørelse tatt av tilsettingsmyndigheten opp til overordnet folkevalgt organ. Ved at ankeadgangen benyttes, flyttes beslutningsmyndigheten bort fra den daglige ansvarlige ledelse og til et politisk organ (oftest administrasjonsutvalget) som ikke har et totalansvar for driften av sykehuset. En ikke uvanlig organisering vil være at et administrativt styre for sykehuset har tilsettingsmyndighet. I et slikt styre vil både ledelse og ansatte oftest være representert. En anke over et vedtak kan da gå til administrasjonsutvalget. Dersom det er bare ett utvalg for hele fylkeskommunen, vil en oppleve at de ansattes representanter som regel er tillitsvalgte på sentralt nivå i fylkeskommunen og uten særlig tilknytning til institusjonen. Tilsvarende vil de politisk valgte medlemmene i administrasjonsutvalget være uten spesielt ansvar for sykehusets drift.

Fullmaktsplasseringen kan også si noe om hvordan målstyringsprinsippet anvendes. Målstyringsprinsippet går blant annet ut på at de overordnede og folkevalgte organ gir mål og rammer for virksomheten og retningslinjer for hvordan sakstyper skal behandles. Det delegeres så til underordnede organ/administrasjonen å avgjøre enkeltsakene på basis av rammene. For at fullmaktsstrukturen skal fungere effektivt er det også en forutsetning at fullmaktene er klare og at det gis klare direktiver for utøvelsen av myndighet.

Den faktiske styringsadferden kan også fungere som mer uformell styring. Selv om organisasjonskart, reglement og instruks angir de formelle og vedtatte kommunikasjonslinjene i organisasjonen, kan de mer uformelle og irregulære formene være ikke uvesentlige. Enkelt personer i for eksempel sykehuset kan øve direkte eller indirekte innflytelse på avgjørelser gjennom kontakt med enkelte folkevalgte. Uformell kontakt kan også undergrave den administrative lederens styringsmulighet og autoritet som ansvarlig leder.

5.3.4 Erfaringer med forvaltningsorganmodellen

Gjennom spørreundersøkelse og intervju er det innhentet erfaringer med og synspunkter på styringsproblem og endringsbehov slik dette oppfattes av sykehusdirektører, fylkesadministrasjon (fylkeshelsesjefer/fylkesrådmenn), politikere (Hagen 1999) og mellomledere i sykehus (Mørkrid 1999).

Sykehusdirektørene er bedt om å rangere hvilke forhold i sykehusenes omgivelser de mener er mest og minst forutsigbare. I rapporten (Hagen 1999) konkluderes det med, kanskje noe overraskende, at det er relativt høy grad av forutsigbarhet i sykehusenes tilgang på pasienter. Dette gjelder spesielt tilgangen av listepasienter fra eget opptaksområde som i gjennomsnitt klassifiseres som fra relativt lett forutsigbart til svært forutsigbart. Også tilgangen av akuttpasienter fra eget og andre sykehusområder er rimelig lett å forutsi. Forutsigbarheten er også relativt stor når det gjelder gjestepasienter, de ansattes lønns- og arbeidsvilkår og tilgangen til kvalifisert personell. Spørsmål som angår sykehusenes drift og driftsbudsjetter klassifiseres fra relativt lett

forutsigbart til ned mot lite forutsigbart. Dette gjelder både fylkeskommunens årlige driftsrammer, de langsiktige driftsrammene, politiske direktiver om sykehusenes aktivitetsnivå og de statlige økonomiske rammene for fylkeskommunene. Det feltet som preges av lav grad av forutsigbarhet, er sykehusenes investeringsmidler. Dette gjelder i første rekke de statlige investeringstilskuddene, men også fylkeskommunens årlige og langsiktige investeringsrammer. At politiske direktiver og vedtak om aktivitetsnivå og prioritering ses på som ned mot lite forutsigbart må trolig ses på bakgrunn av at avtalene mellom fylkeskommunene og sykehusene i de fleste tilfeller fortsatt er relativt lite formaliserte.

Fylkesadministrasjonens syn på styringsproblemer og endringsbehov oppsummeres slik:

- Lønnsglidning som følge av konkurranse om arbeidskraft fungerer utgiftsdrivende. Fylkesadministrasjonen ser behov for delegasjon på dette feltet, men mener det bør være klarere rammer. I tillegg må det utvikles felles arbeidsgiverpolitikk mellom stat og kommuner.
- At tilsettingssaker kan ankes oppover til partssammensatte utvalg ofte sentralt plassert i fylkeskommunen, oppleves som et betydelig problem og som et hinder for fleksibel utnyttelse av arbeidskraften. Enkelte bruker denne ordningen som et argument for endring av tilknytningsformer.
- Underskuddsoppbygging blant sykehusene er et problem for fylkeskommunene og det virker ikke som det eksisterer patente løsninger. Overføring av underskudd til påfølgende år kan i visse tilfeller utsette nødvendige tilpasninger.
- Det er en viss erkjennelse av at investeringsnivået i sykehusene er for lavt, relativt sett. Det er ønskelig med en viss økning i sykehusenes investeringsfullmakter, men ingen omfattende endringer. De fleste er motstandere av at sykehusene skal kunne ta opp lån.
- Politisk sammensatte driftsstyrer eller kontaktutvalg fungerer ikke etter hensikten. Politikerne blir lett fanget av sykehusenes argumentasjon. Dette leder til ustabilitet i fylkeskommunens politikk overfor sykehusene ved at det tas initiativ som bryter med vedtatte rammer og retningslinjer. Erfaringene med såkalte profesjonelle styrer er bedre.
- Fylkesadministrasjonen er usikker på hvordan eventuelle endringer i tilknytningsformer vil fungere. Det fleste fylkeshelsejefene er positivt avventende til endringer, mens fylkesrådmennene er mer kritiske. Det er særlig bekymring for at endring i tilknytningsformer skal lede til lønnsglidning, økt underskuddsoppbygging og større problemer med å endre funksjonsfordelingen mellom sykehusene. Enkelte argumenterer imidlertid for at endring i tilknytningsformer kan bedre mulighetene for endringer i oppgavefordelingen.
- Det antas ikke at økte pasientrettigheter, f. eks ved fritt sykehusvalg, vil lede til større behov for fristilling av sykehusene. Heller ikke innføring av ISF har skapt større behov for endringer i tilknytningsformer.

Fylkespolitikkerne har blant annet kommet med synspunkter på om somatiske sykehus bør organiseres som forvaltningsorgan eller som et heleid kommunalt foretak eller selskap. Et klart flertall ønsker å beholde dagens forvaltningssorganmodell. Det er imidlertid mindretall på ca. 30 % som sier at de ønsker klarere skille mellom bestiller og utfører og at sykehusene burde organiseres som foretak eller selskap. Fylkespolitikkerne har også gitt oppfatninger av en del hensyn som kan lede fram til ulike syn på tilknytningsformer. Det store

flertallet av fylkestingsrepresentantene vektlegger hensyn som peker i retning av hierarkisk styring. Svargivningen indikerer imidlertid stor vekt på rammestyring, særlig ved at et stort flertall tar avstand fra påstanden om at fylkespolitikere bør gripe direkte inn i sykehusledelsens prioriteringer og slutter seg til påstanden om at styring må skje gjennom retningslinjer vedtatt i sykehusets styre. I spørsmålet om drifts- og investeringsbevilgninger bør fastsettes av fylkestinget eller om sykehuset selv bør kunne avveie hvordan sykehusets inntekter kan benyttes til drift eller investeringer, er fylkestingsrepresentantene delt på midten. I de rent strategiske spørsmål mener så godt som 80 % at dette er forhold som ligger til fylkeskommunen (Hagen 1999).

Mellomlederne som har deltatt i undersøkelsen (Mørkrid 1999) er avdelingsledere, fordelt på 4 sykehus (regionsykehus, sentralsykehus og fylkessykehus). På avdelingsnivå i de aktuelle sykehusene er man mest opptatt av endringsbehovet i internorganiseringen. Tilknytningsform ses ikke umiddelbart som noen løsning på de viktigste problemene. En eventuell fristilling av sykehusene forutsetter intern fristilling av avdelingene for å ha effekt av betydning. I problemforståelsen gis det uttrykk for at det er lite forutsigbarhet med hensyn til økonomiske rammebetingelser. Avdelingene har behov for å styre mer på personalsiden. Hindringer på dette området skyldes like mye fagforeningene som fylkeskommunen og sykehusledelsen. Også med hensyn til utstyrskjøp angis det behov for mer fullmakter, men det er indikasjon på at avdelingene ikke utnytter de fullmakter de faktisk har. Ved tre av fire sykehus oppleves forholdet til primærhelsetjenesten som vanskelig på grunn av svake samarbeidsrelasjoner.

Avdelingslederne ønsker forum for direkte kontakt med fylkespolitikere. Det er ønske om mer fagkompetanse i fylkeskommunen (med hensyn til forståelse av sykehusene og styring) og at fylkeskommunens styring og inngripen skal skje på et mer overordnet nivå (mindre innblanding i faglige spørsmål og prioriteringer på lavt nivå). Ved valg av tilknytningsformer er det viktig med vurderingskriterier og systematisk utprøving. Beslutninger om tilknytningsform bør ikke fattes på generelt grunnlag. I stedet bør det høstes erfaringer fra sykehus med ulik størrelse og i ulike regioner. Det er også viktig at spørsmålet om tilknytningsform ikke overskygger de reformene som kan iverksettes uavhengig av tilknytningsform.

5.4 Statssykehusene som forvaltningsorganer

5.4.1 Innledning

Storparten av statens virksomheter er organisert innenfor rammen av staten som juridisk person, det vil si som forvaltningsorganer (modell I). *Forvaltningsorganformen* brukes for statlig virksomhet som stiller store krav til politisk og konstitusjonell kontroll og ansvar. Slik virksomhet må derfor være underlagt *muligheten* for styring fra overordnet politisk hold, også når det gjelder den løpende driften. Dette er ikke det samme som *at* det bør skje eller faktisk skjer en kontinuerlig styring med alle sider ved virksomheten fra overordnet nivå.

Den statlige hovedformen forvaltningsorgan kan sies å ha endret seg på tre måter de siste ti-femten årene:

- Generelle endringer i modellen, først og fremst gjennom endringer i og innføring av allmenne fullmakter innenfor økonomi/budsjett- og personalområdene²⁹.
- Innføring av fullmakter for *grupper* av virksomheter (særskilte fullmak-

- ter).
- Tildeling av individuelle, spesialtilpassede fullmakter til enkeltvirksomheter.

De statlige forvaltningsorganene deles ofte opp i ordinære forvaltningsorganer, forvaltningsbedrifter og forvaltningsorganer med særskilte fullmakter. Underformene er inndelt etter hva slags fullmaktstyper virksomhetene er gitt. De to statssykehusene³⁰ Radiumhospitalet og Rikshospitalet er fra 1999 gitt særskilte budsjettfullmakter gjennom innføring av nettobudsjettering av virksomheten.

5.4.2 Hovedtrekk ved forvaltningsorganformen

Ordinære forvaltningsorganer er *grunnformen* for statlig virksomhet, med blant annet disse kjennetegnene:

Styrings- og ansvarsforhold

- Forvaltningsorganene er en del av staten som juridisk person, statsmyndighetene styrer ved instruksjon; de er direkte underlagt Kongens og vedkommende departements organiserings- og styringsmyndighet og alminnelige instruksjon.
- Vedkommende statsråd er parlamentarisk og konstitusjonelt ansvarlig for alle sider ved organets virksomhet (med mindre det er foretatt avgrensning av myndigheten i lovs form).
- Det foreligger muligheter til overordnet styring med alle sider ved den løpende driften.
- Eventuelle styrer kan være gitt myndighet til beslutninger i bestemte saker gjennom vedtekter og styreinstruksjoner, men fordi virksomhetene er en del av staten som juridisk person, kan ikke samme ansvar gjøres gjeldende som overfor medlemmer av styrer for selskaper og stiftelser.
- Direktør/daglig ledelse utnevnes ofte av Kongen/vedkommende departement og ikke av styret.

Økonomi og personalforvaltning

- Det gjennomgående regelverk for statens økonomiforvaltning (budsjett og regnskap), personalforvaltning og innkjøp og anskaffelser gjelder.
- Virksomheten får sine finansielle ressurser gjennom bevilgninger fra Stortinget, som blir stilt til rådighet fra vedkommende departement etter bevilgningsreglementet og statens økonomiregelverk.
- Staten er økonomisk ansvarlig for virksomheten, som ikke kan gå konkurs.
- Investeringer skjer etter kontantprinsippet, dvs at det ikke foretas avskrivninger og at ordinære regnskapsprinsipper ikke gjelder.

29. Jf blant annet St prp nr 87 (1989-90) Om videreutvikling av statens organisasjons- og budsjettssystem og St prp nr 65 (1990-91) Om endringer i statens budsjettssystem. Begge deler var en oppfølging av NOU 1989:5 En bedre organisert stat. Innst. S. nr 243 fra Stortingets presidentskap om reformer av Stortingets behandling av stats- og nasjonalbudsjettet.

30. De to store statssykehusene, Det norske Radiumhospital og Rikshospitalet omtales i denne utredningen som forvaltningsorganer. For Radiumhospitalet gjøres det oppmerksom på at sykehuset opprinnelig er en stiftelse. Sykehuset har imidlertid vært drevet som et forvaltningsorgan i mange år.

- Finansieringen av investeringer skjer via statskassen og kan ikke skje via låneopptak i regi av den enkelte virksomhet
- Det foretas riksrevisjonskontroll med at bevilgningene disponeres i samsvar med gjeldende regler og Stortingets premisser for bevilgningen.

Ansattes status og offentligrettslige forpliktelser

- Ansatte har status som *statstjenestemenn* som omfattes av tjenestemannsloven (med blant annet fortrinnsrett til statsstillinger og rett til ventelønn ved overtallighet) og av tjenestetvistloven.
- *Hovedavtalen og tariffavtaler* som inngås mellom staten og hovedorganisasjonene gjelder for de ansatte.
- *Forvaltningsloven* gjelder for «den virksomhet som drives av forvaltningsorgan» når ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov (som forvaltningsorgan regnes i loven et hvert organ for stat eller kommune). Saksbehandlingen må skje i samsvar med forvaltningslovens bestemmelser så langt det i særlovgivningen ikke er sagt noe annet. Forvaltningsloven inneholder blant annet regler om habilitet og regler om klageadgang, klagebehandling og hvem som er klageinstans. Som en integrert del av staten vil sykehus i en forvaltningsorganmodell fullt ut være omfattet av forvaltningsloven.
- *Offentlighetsloven* gjelder den virksomhet som drives av forvaltningsorgan når ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov. Lovens virkeområde er i utgangspunktet det samme som forvaltningslovens. Offentlighetsloven omhandler allmennhetens rett til innsyn i organets dokumenter. Hovedregelen er at det enkelte saksdokument i forvaltningen er offentlig så langt det ikke er gjort unntak i lov eller i medhold av lov. For sykehus vil lovens unntaksregler for taushetsbelagte opplysninger særlig være aktuelle. Offentlighetsloven gjelder også for folkevalgtes innsynsrett i forvaltningens dokumenter.
- Forvaltningsorganer omfattes av *Sivilombudsmannens* kompetanse.
- Staten, som er selvassurandør, er *erstatningsansvarlig* også for forhold som oppstår ved sykehusdrift.

Fullmaktstypene som er gitt forvaltningsbedriftene og forvaltningsorganer med særskilte fullmakter og nettobudsjetterte forvaltningsorganer, innebærer unntak på enkelte av de punktene som er nevnt ovenfor. Men de fleste trekkene er felles for alle forvaltningsorganer. De gjelder dermed også for de to statssykehusene i dag.

5.4.3 Statssykehusene som nettobudsjetterte tilskuddsinstitusjoner

Nettobudsjetterte tilskuddsinstitusjoner

I de siste årene har flere statlige ordinære forvaltningsorganer gått over fra å være bruttobudsjetterte til å bli nettobudsjetterte (fra modell I til modell II). Nettobudsjetterte forvaltningsorganer kan ennå ikke sies å være en fasttømret underform. Nettobudsjettering er ett av flere kjennetegn ved både forvaltningsbedrifter og forvaltningsorganer med særskilte fullmakter. Felles for nettobudsjetterte virksomheter er at Stortinget vedtar unntak fra fullstendighetsprinsippet i Bevilgningsreglementets § 4. Når driftsutgiftene nettobudsjetteres, vil det si at Stortinget fatter kun ett budsjettvedtak, der omfanget av statskassens økonomiske bidrag fastsettes.

Virksomheter som går over fra brutto- til nettobudsjettering er gjennomgående virksomheter som har en forholdsvis stor andel av sine inntekter fra *andre, og gjerne flere*, kilder enn fra budsjettbevilgningen, der disse inntektene ikke alltid er like enkle å forutsi størrelsen av på forhånd i budsjettprosessen.

Innføring av nettobudsjettering for tjenesteproduserende virksomheter de seineste årene har oftest skjedd *i kombinasjon med* at det også er gitt fullmakter som gir *større faglig autonomi* (særlig for forskningsvirksomhet), eller bare for å tilrettelegge *for mer effektiv og fleksibel drift av tjenesteproduksjon* (et eksempel på det siste er Forsvarets bygningstjeneste). Økonomifullmaktene er ofte fulgt av større lokal handlefrihet innenfor personalområdet (adgang til å opprette og omgjøre lederstillinger, for eksempel i samband med intern omorganisering).

Særtrekk ved statssykehusene som nettobudsjetterte tilskuddsinstitusjoner

De to statssykehusene Radiumhospitalet og Rikshospitalet får fra 1. januar 1999 en rundsum-bevilgning på 50-post («overføring til andre statsregnskaper») på statsbudsjettet. Det vil si at statens økonomiske bidrag heretter gis samlet i statsbudsjettet som «statstilskudd». Dette inkluderer utgifter til drift, investeringer i bygninger og utstyrsinvesteringer. Bevilgningsandelen over 50-post for statssykehusene er for 1999 anslått til henholdsvis 57 prosent for Rikshospitalet og 39 prosent for Radiumhospitalet.³¹ Sykehusenes inntekter utover 50-postbevilgningen utgjøres hovedsakelig av refusjon fra fylkeskommuner, DRG-refusjon og salgs- og leieinntekter. Inntektene påvirkes av administrativt fastsatte priser (gjestepasientpriser, DRG-priser med videre.)

Overgangen til nettobudsjettering innebærer formelt flere endringer for disse to sykehusene når det gjelder budsjetteringsmåte og regnskapsrutiner³²:

- Sykehusene beholder overskudd og vil måtte dekke eventuelle underskudd. Eventuelt overskudd kan fritt avsettes til drift eller investeringer.
- Sykehusene står fritt ved valg av kontoplan og skal ikke rapportere til statsregnskapet.
- Kravene til internregnskap omfattes av det statlige Økonomireglementets bestemmelser.
- Sykehusene må foreta avsetninger til framtidig dekning av feriepenger og arbeidsgiveravgift til folketrygden.
- Rapporteringsrutiner endres og det kan også være aktuelt med endringer i andre fullmakter. Dette formidles gjennom tildelingsbrevene til hvert av de to sykehusene.
- De ansatte ved sykehusene skal fortsatt være statstjenestemenn.

5.4.4 Erfaringer med styringen av statssykehusene

Utvalget har fått utført en kartlegging av trekk ved tilknytningsformene og erfaringene med ved Rikshospitalet og Det norske Radiumhospital. I den forbindelse er det gjennomført intervjuer med ledelsene ved de to sykehusene og med ledere og ansatte i sykehusavdelingen i Sosial- og helsedepartementet. Et

31. Basert på St prp nr 1 (1998-99) Sosial- og helsedepartementet

32. Ibid.

sammendrag av kartleggingen følger utvalgets innstilling som vedlegg (Haugli Nilsen 1999).

I punkt 5.6 gjennomgås muligheter til endringer i de organisatoriske rammevilkårene for statssykehusene *innenfor* forvaltningsorganformen.

I følge ledelsene ved de to sykehusene er det behov for utvidede fullmakter på personalområdet. Blant annet ville det være ønskelig at sykehusledelsen kunne opprette legestillinger og stillinger på nivået under topplederen. Dessuten mener sykehusledelsene at det ville være ønskelig at det var sykehusstyret som ansatte administrerende direktør.

Fra sykehusledelsenes side gis det uttrykk for behov for mer langsiktig og mindre kortsiktig styring fra departementet. Ledelsene ser behov for en styring som er mer overordnet og som retter seg mer mot resultater enn mot innsatsfaktorer. Det gis videre uttrykk for at det tar for lang tid å få gjennomført endringer som sykehusene ikke har fullmakt til selv å håndtere.

Ledelsen ved de to sykehusene er positive til en ytterligere fristilling og ønsker utvidede fullmakter både på personalområdet og på kapitalområdet. Tilknytningsform bør velges og utformes slikt at den legger til rette for en mer overordnet og langsiktig styring fra departementets side. Fra respondentenes side er det enighet om at *statsforetak* er den tilknytningsformen som samlet sett vil gi den beste løsningen. Statsforetaksformen vil i følge respondentene gi klarere ansvarlinjer og en klarere plattform for ledelsenes styring av sykehusene. Dessuten vil statsforetaksformen gi mer distanse mellom sykehusene og det politiske styringsnivået og gi en mer overordnet styring fra eierens side.

Respondentene viser til at det er flere forutsetninger som må være oppfylt for at statsforetaksformen skal kunne fungere godt:

- Statssykehusene må ha rammebetingelser som gjør dem i stand til å konkurrere om arbeidskraften.
- Sykehusene må selv kunne styre og kontrollere sine innsatsfaktorer både med hensyn til personale og kapital, innenfor gitte begrensninger.

Det vil dessuten være viktig at en eventuell overgang til statsforetak forberedes godt og at det avsettes tilstrekkelig tid til utredning og gjennomføring.

Respondentene i departementet viser til at de to sykehusene på visse områder er nasjonale kompetansesentra og at de er satt til å ivareta nasjonale interesser. Ved valg av tilknytningsform er det viktig at det tas hensyn til sykehusenes nasjonale oppgaver og at sykehusene er i en monopolsituasjon i forhold til landsfunksjonene.

Fra departementets side trekkes overgangen til nettobudsjettering fram som et skritt i riktig retning. I forbindelse med denne overgangen arbeides det i departementet med å utvikle styringen av sykehusene mot en mer overordnet rammestyring. Respondentene gir uttrykk for at det er behov for en kompetansemessig styrking og profesjonalisering av styringsfunksjonene. Dette behovet gjelder både departementet og sykehusene. Fra departementets side understrekes også betydningen av at sykehusene bygger seg opp kompetanse på kapitalområdet. Betydningen av at statssykehusene og de fylkeskommunale sykehusene har likeverdige rammebetingelser understrekes også.

Et moment som trekkes fram fra respondentenes side er det forholdet at staten som sykehuseier er i en spesiell posisjon. I motsetning til fylkeskommunene har staten ved Sosial- og helsedepartementet både rollen som overordnet sektormyndighet i sykehuspolitikken og rollen som sykehuseier for

statssykehusene. I praksis kan det være vanskelig å skille mellom disse to rollene. I forholdet mellom de fylkeskommunale sykehusene og statssykehusene stilles departementet for eksempel overfor spørsmål om særlige løsninger med hensyn til legefördeling og funksjonsfordeling for statssykehusene ut fra deres oppgaver og egenart.

Felles for respondentene fra departementet og fra de to sykehusene er at de nedtoner betydningen av overgangen til nettobudsjettering, samtidig som den ses som et skritt i riktig retning. Respondentene har også en felles forståelse av at det er viktig å videreutvikle og forbedre departementets styring av sykehusene. Styringen bør være basert på en blanding av insentivstyring og rammestyring.

5.5 Muligheter til videreutvikling innenfor forvaltningsorganformen i fylkeskommunene

I dette punktet skal det beskrives en videreutvikling av forvaltningsorganmodellen i fylkeskommunal sektor med en generell beskrivelse av de mulighetene som ligger i modellen.

Helsepolitikkenes utfordringer til sykehusene som leverandør av helsetjenester vil stille krav til sykehusene om effektiv drift og evne til å tilpasse seg utfordringene innen politisk opptrukne rammer. Den politiske styringen dreies gradvis i retning av krav til resultat. Kravene stilles til så vel kvantitet og kvalitet som til kostnad. Det er pekt på at budsjett- og regnskapsforskrifter ikke gir sykehusene tilstrekkelig fleksibilitet til å møte utfordringene. Det samme gjør seg gjeldende innen personalforvaltning. Lederne ønsker større fullmakter for å få til effektiv drift, og de politiske prioriteringene oppleves som uforutsigbare og uklare.

I forvaltningsorganmodellen ligger muligheter og begrensninger dels innenfor de formelle rammer for delegasjon til sykehusets ledelse, som for eksempel delegasjonsforbudet i budsjett- og regnskapsforskriftene. Minst like utslagsgivende vil den rådende styringsfilosofien i fylkeskommunen være for praktiseringen av lov og regelverk. Hvorvidt man ønsker sterk politisk styring på detaljert eller overordnet nivå kommer til syne blant annet gjennom graden av delegasjon.

Om et forhold er en mulighet eller en begrensning, kan det være ulike oppfatninger om. Det som fra en synsvinkel framstår som en fordel, vil fra en annen virke negativt. Som illustrasjon kan det pekes på det forhold at det etter kommunelovens system er adgang til utbredt delegasjon til sykehusledelsen. Ledelsens myndighet består likevel bare så lenge fylkestinget bestemmer. Denne sikkerhetsventilen kan likevel medvirke til at politikerne kan overlate større myndighet til underordnede organ enn de ellers ville ha gjort.

Som vist i punkt 5.3.3 er det stor variasjon i graden av myndighetstildeling fylkeskommunene i mellom. Nedenfor er en nærmere omtale av de muligheter som ligger i lov- og avtaleverket for hvor store fullmakter sykehusledelsen kan tildeles på en del områder som særlig har vært trukket fram som viktige for styring av sykehus.

- Hvorvidt sykehuset har styre eller ikke, vil ha betydning for ledelsens fullmakter. Et styre kan tildeles større fullmakter enn det direktøren kan. I forslaget til ny lov om spesialisthelsetjeneste er det ikke krav om styre. Fylkeskommunen avgjør derfor dette selv dersom lovforslaget blir vedtatt. Fylkeskommunen kan i medhold av kommuneloven § 11 opprette sykehu-

sstyre. Denne bestemmelsen regulerer blant annet hvilken myndighet sykehusstyret da kan få: «Et slikt styre kan tildeles myndighet til å treffe avgjørelser som angår virksomhetens drift og organisering.» (§ 11 nr. 3). Styret har ingen legalkompetanse. Kompetansen er bygget på delegasjon, og det som kan overdras til styret er avgrenset til driften av virksomheten. Prinsipielle og potensielt politisk kontroversielle spørsmål som gjelder forholdet til brukerne/pasientene, større investeringer eller omlegging av driften må høre under overordnede politiske organ.

- Fra sykehusdirektørens side (jf punkt 5.3.4) er det gitt uttrykk for at de opplever lav grad av forutberegnelighet på en del områder, blant annet statlige og fylkeskommunale investeringer. De har også uttrykt behov for større fullmakter innen lønns- og personalspørsmål og økonomiforvaltning. Et tilstrekkelig langsiktig perspektiv i fylkeskommunens overordnede planlegging bidrar til at også sykehusene kan foreta de disposisjoner som gir den beste effekten for virksomheten. Som et instrument for fastleggelse av mål, strategier og kriterier for måling av resultatoppnåelse kan avtaleformen brukes mellom sykehuset og fylkeskommunen. Dette vil ikke være en avtale i juridisk forstand da den ikke er inngått mellom selvstendige rettssubjekter. En viktig forutsetning for å kunne lede en så kompleks organisasjon som sykehus etter målstyringsprinsipper, er at sykehuset har mulighet for å foreta nødvendige disposisjoner både med hensyn til personalforvaltning og til budsjettmessige forhold.
- Når det gjelder personalforvaltning, kan styret tildeles «myndighet til å opprette og nedlegge stillinger og til å treffe avgjørelser i personalsaker». Normalt vil det være hensiktsmessig at den administrative lederen tillegges en stor del av ansvaret for personalsakene for at vedkommende skal fungere på tilfredsstillende måte som leder. I forarbeidene til kommuneloven er det angitt at myndigheten kan omfatte ansettelse, oppsigelser og permisjoner, men også opprettelse og nedleggelse av stillinger innenfor fastsatte rammer. Delegasjon av slik kompetanse vil måtte skje til administrasjonssjefen som så kan delegere videre til sykehusdirektøren. Det ligger heller ikke lovmessige skranker for at administrasjonen også kan forhandle og fastsette lønn innenfor opptrukne rammer.
- Som påpekt over (punkt 5.2.2) kan hovedavtalens ankebestemmelser føre til at avgjørelse fattes langt borte fra institusjonen der saken har betydning. Denne bestemmelsen er et forhold mellom partene i arbeidslivet, og endringer i ankeadgangen forutsetter enighet mellom partene. Fylkeskommunen kan ikke ensidig vedta at bestemmelsen skal kunne settes til side. Ønsker fylkeskommunen endringer må den eventuelt tre ut av arbeidsgiversammenslutningen for så å forhandle om ny avtale.
- I budsjettsammenheng må sykehusledelsen forholde seg til de separate drifts- og investeringsrammer som fylkestinget selv må fastsette. Sykehusledelsen kan få full frihet til å foreta den nærmere fordeling innenfor de to økonomiske fullmaktsrammene, men eventuelle økninger i investeringsrammen til sykehuset (sykehusene) må fylkestinget selv ta stilling til.
- Som nevnt må fylkestinget fastsette sykehusets kapitalbudsjett og bestemme hvordan investeringer skal finansieres. Når fylkestinget har fastsatt hvor stor del av investeringene som skal lånefinansieres, kan sykehuset ha fullmakt til å foreta de konkrete opptak av de budsjetterte lån, inkludert å forhandle om lånevilkårene.
- Når det gjelder avskrivning vises det til punkt 5.2.2 ovenfor.

Selv om de rettslige rammene gir anledning til omfattende delegasjon på en del områder, kan andre hensyn gjøre seg gjeldende slik at delegasjonsadgangen ikke nyttes fullt ut. Blant annet kan hensynet til pasientprioritering og til faren for uheldig lønnsglidning være moment som gjør fylkeskommunen tilbakeholden i myndighetsoverføringen.

Forvaltningsorganmodellen har vært den dominerende modellen for organisering av kommunal og fylkeskommunal virksomhet i lang tid. På en del områder ser vi at adgangen til delegasjon er ganske omfattende. I fylkeskommunenes styring av sykehusene synes det imidlertid ikke som om den formelle adgangen til å delegerer fullmakter har vært brukt på en systematisk måte (Hagen 1999). Det kan være flere grunner til at mange fylkeskommuner ikke har gjennomført en mer konsekvent mål- og rammestyring innenfor forvaltningsorganmodellen. Spørsmålet er da om det vil la seg gjøre å gjennomføre en endring i praktisering av forvaltningsorganmodellen, eller om det må mer omfattende endringer til.

5.6 Muligheter til videreutvikling innenfor forvaltningsorganformen i staten

Spesialtilpasning til sykehusdrift innenfor staten?

Med gjennomgangen nedenfor blir det redegjort for mulighetsrommet for utvidede fullmakter innenfor hovedformen forvaltningsorgan. Dersom en tar utgangspunkt i trekk og fullmaktsmuligheter som ligger inne i henholdsvis forvaltningsorgan med særskilte fullmakter og i forvaltningsbedriftsformen, ser en at det er *muligheter* for en utvikling av fullmaktene for de to statssykehusene også *innenfor* hovedformen forvaltningsorgan.

Siktemålet med en slik reformstrategi ville være å sette sammen en blanding av fullmaktstyper som er *spesialtilpasset* til, og svarer på, sykehusenes behov - men uten å endre hovedtilknytningsformen til de statlige sentralmyndighetene. Dette vil kunne være et *alternativ* til en omdanning av statssykehusene til statsforetak, jf drøftingen i "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7. I "*Utvalgets vurderinger og tilrådinger*" i kapittel 9 foretar utvalget en vurdering av de to alternativene.

Mulighetsrommet for fullmaktsutvidelse

Selv om begrepet «forvaltningsorgan med særskilte fullmakter» er brukt i St prp nr 1 for Sosial- og helsedepartementet (1998-99), er det i hovedsak ved egenskapen nettobudsjettering over 50-post at statssykehusene sammenfaller i fullmaktsutformingen med de «andre» forvaltningsorganene med særskilte fullmakter. For øvrig er det flere egenskaper i denne «modellen» som ikke er oppfylt i dag for de to sykehusenes vedkommende.

En gjennomgang av dagens 11 *forvaltningsorganer med særskilte fullmakter* (se definisjon og omtale i Statskonsult 1998:18) viser følgende hovedkjenne-tegn:

- Begrensninger i (Kongens og) departementets instruksjonsmyndighet, gjennom at statsmyndighetene ved kgl. res. er avskåret fra å instruere institusjonen med hensyn til (visse sider ved) utøvelsen av dens virksomhet.
- Unntak fra regelverket for økonomiforvaltning, primært ved at virksomheten er nettobudsjettet og at bevilgninger gis som en rundsum over en

- 50-post på statsbudsjettet («overføring til andre statsregnskaper»).
- Unntak fra deler av forvaltningsloven.
 - Unntak fra tjenestemannsloven og statlig avtaleverk, for eksempel at de ansatte ikke er statstjenestemenn og at virksomheten har selvstendig arbeidsgiveransvar (det siste gjelder bare Norges forskningsråd).
 - Fullmakter på personellsiden, blant annet adgang til å opprette og omgjøre stillinger på avdelingsledernivå (for eksempel ved intern omorganisering) uten å måtte forelegge dette for overordnet departement. Det er verdt å merke seg at forskjellen mellom ordinære forvaltningsorganer og forvaltningsorganer med særskilte fullmakter forsvant da Stortinget i 1998 opphevet stillingshjemmelsystemet ved å fjerne § 10 i bevilgningsreglementet, slik at virksomheter med særskilte fullmakter som før var unntatt denne bestemmelsen nå er sidestilt med ordinære organer med hensyn til kravet om foreleggelse for departementet for godkjenning.

Forvaltningsbedriftsformen har tradisjonelt særlig vært nyttet når det statlige engasjementet gjelder forretningsmessig orientert tjenesteyting som vanskelig kan ivaretas på en effektiv og fordelingsmessig akseptabel måte i markedet. Formen er tatt i bruk for andre oppgavetyper de siste årene, blant annet for intern statlig tjenesteyting og eiendomsforvaltning (Statsbygg). Forvaltningsbedriftsformen skiller seg fra de ordinære forvaltningsorganene gjennom nettobudsjettering og ved at Stortinget har vedtatt unntak fra kontantprinsippet i § 6 slik at investeringene aktiveres - det vil si at investeringene rentebelastes og avskrives over driftsbudsjettet i de etterfølgende år.

I tillegg til dette er forvaltningsbedrifter:

- Gitt større fullmakter enn de ordinære forvaltningsorganene innenfor *lønns- og personalforvaltning* og bygg- og eiendomsforvaltning (typer og omfanget av fullmaktene på disse feltene varierer i praksis ganske mye med bedriftenes størrelse, kompetanse og særskilte behov).
- To forvaltningsbedrifter har for eksempel fullmakt til å etablere *datterselskaper*
- Bedrifter med noenlunde balanse over tid mellom driftsutgifter og -inntekter har dessuten anledning til å bygge opp et eget *reguleringsfond*.

Oppsummering

En videreutvikling av dagens organisasjonsmodell for statssykehusene bør kunne ta utgangspunkt i denne menyen av fullmakter dersom en ønsker å utvikle en spesialtilpasset fullmaktsmodell for sykehus som en «statlig tilskuddsinstitusjon» innenfor staten som juridisk person (videreutviklet forvaltningsorgan med særskilte fullmakter). Behovet for å anvende de enkelte fullmaktstypene ville måtte vurderes spesielt. Alternativet til dette er omdanning av sykehus til statsforetak, se "[Statsforetak og kommunalt selskap](#)" i kapittel 7. Utvalget vurderer de to reformalternativene for statssykehusene i "[Utvalgets vurderinger og tilrådinger](#)" i kapittel 9.

5.7 Oppsummering

Forvaltningsorganmodellen, som andre tilknytningsformer, vil ikke entydig fastlegge fylkeskommunenes og statens styring av sykehusene. Det er rom for tilpasning av hovedmodellen langs flere dimensjoner, og organisasjons- og fullmaktsforhold varierer mellom fylkeskommunene. Spørsmålet er om tilkny-

tningsformen rommer muligheter til å ivareta et hensiktsmessig balansepunkt mellom politisk styring og effektiv drift på virksomhetsnivå. Det at sykehusene under forvaltningsorganmodellen er en del av staten/fylkeskommunen innebærer imidlertid en tett styringsrelasjon mellom sykehus og sykehusseierene.

Sykehusene er komplekse organisasjoner. Det er også store variasjoner mellom sykehusene med hensyn til størrelse, funksjoner og oppgaver og spesialiseringsgrad. Raske endringer i rammevilkår krever evne til rask omstilling og fleksibilitet. Sykehusenes evne til omstilling vil være avhengig av og begrenset av de fullmakter de til en hver tid har. Omstilling og tilpassing til nye rammebetingelser kan også innebære behov for raske avgjørelser på det økonomiske området. Sykehusene som virksomheter vil ha behov for å kunne se drift og investeringer i sammenheng og for å kunne finne den mest hensiktsmessige balansen mellom dem. Det fordrer en viss grad av styring over både økonomiske og personalmessige forhold. Omstilling og tilpassing kan også innebære behov for raske avgjørelser med hensyn til finansiering. Låneopptak ut over det som ligger i fylkestingets ramme vil fordre at ytterligere lån må behandles av fylkestinget³³.

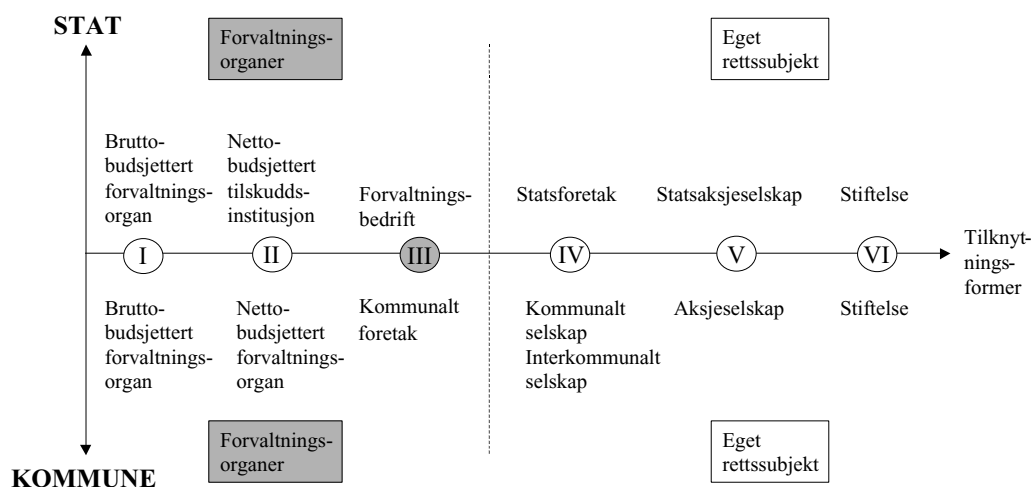
Fylkeskommuner som ser behov for større tydeliggjøring av ansvar og myndighet og større handlefrihet for sine virksomheter kan se behov for andre tilknytningsformer enn den tradisjonelle forvaltningsorganmodellen. Fylkeskommuner som ønsker å legge mer vekt på andre styringsformer enn tradisjonell etatsstyring kan se muligheter i andre tilknytningsformer. Slike alternative modeller vil bli omtalt i de etterfølgende kapitlene.

33. Det vil gjelde selv om økonomibestemmelsene endres i samsvar med det prøveprosjektet som er i gang (KOSTRA).

Kapittel 6

Kommunalt foretak og forvaltningsbedrift

I dette kapitlet presenteres tilknytningsformen *kommunalt foretak* for fylkeskommunen (punkt 6.1) og tilknytningsformen forvaltningsbedrift for staten (punkt 6.2), se modelltype III i figur 6.1. Innenfor begge modellene er virksomheten en del av henholdsvis kommunen/fylkeskommunen og staten som juridisk person. I kapitlet omtales endringer i kommunelovens kapittel 11 om kommunale foretak. Utkast til endringer i loven følger utredningen som vedlegg 1 sammen med merknader til lovendringsforslaget.

6.1 Kommunalt foretak - en ny tilknytningsform

Figur 6.1 Organisasjonsmodeller for offentlige sykehus - modell III

Grunnmodellen forvaltningsorgan (med fullmaktsvarianter) er den som i dag brukes for sykehus, se omtalen i "*Forvaltningsorganmodeller*" i kapittel 5 av modell I og II. Det kommunale foretaket (modell III) vil ha flere fellestrekk med den.

I dette kapitlet skal det redegjøres for trekk ved kommunalt foretak slik formen er utformet gjennom Stortingets behandling av Ot prp nr 53 (1997-98) jf (Innst O nr 14 1998-99), se punkt 6.1.1 - 6.1.3. I framstillingen er det lagt vekt på å få fram særtrekkene ved kommunalt foretak i forhold til den vanlige kommunale forvaltningsmodellen (jf "*Forvaltningsorganmodeller*" i kapittel 5.2). I tillegg drøftes det behov for endringer i den vedtatte modellen, se punkt 6.1.4. Dette gjelder reglene om delegasjon av myndighet til å treffe avgjørelser i saker som gjelder foretaket. Også reglene om valg av styre for kommunale foretak og hvilket regnskapsprinsipp som skal anvendes, vil bli drøftet.

6.1.1 Bakgrunn for ny tilknytningsform

Stortinget vedtok høsten 1998 forslaget i Ot prp nr 53 (1997-98), jf Innst O nr 14 (1998-99) om å opprette en ny organisasjonsform til bruk for kommunene og fylkeskommunene: kommunalt foretak (KF), eller fylkeskommunalt foretak (FKF). Vi vil her bruke grunnbetegnelsen kommunalt foretak, men fordi det er fylkeskommunen som er sykehuseiere, vil foretaket relateres til fylkeskommunen og ikke kommunen. Kommunalt foretak avløser formen kommunal bedrift i kommuneloven § 11. Det innebærer at virksomhet som i dag er organisert som (fylkes)kommunal *bedrift*, må omorganiseres til kommunalt foretak (eventuelt til vanlig forvaltningsmodell/institusjon med styre) innen fire år etter at loven trer i kraft. På denne bakgrunn gis det her ingen omtale av kommunale bedrifter.

Bakgrunnen for forslaget i Ot prp nr 53 om kommunalt foretak er blant annet at departementet mener det er behov for en organisasjonsform som ligger mellom forvaltningsorganformen og aksjelskapsformen med hensyn til virksomhetens handlefrihet og ansvar. Kommunale bedrifter (etter kommuneloven § 11) ivaretar ifølge proposisjonen ikke dette behovet. Særlig er det uklarerheter med hensyn til myndighet og ansvar for henholdsvis styret og kommunestyret som er problematisk. I kommunale bedrifter er styrets myndighet *delegert* fra kommunestyret og er begrenset til «*drift og organisering*». Styret har dermed ikke såkalt legalkompetanse. Også daglig leders posisjon er problematisk fordi denne rollen er underordnet kommunens administrasjonssjef. Den nye formen kommunalt foretak ble utformet for å forbedre disse forholdene.

Ot prp nr 53 har fokus på de virksomhetene i kommunene og fylkeskommunene «*som har mer preg av forretningsmessige hensyn enn av forvaltning og myndighetsutøvelse.*» I proposisjonen foreslås det imidlertid ikke å begrense bruken av KF-formen til bestemte former for virksomhet eller oppgavetyper i kommunene. Loven er ikke i seg selv til hinder for at selskapsformen benyttes for alle de typer virksomhet som fylkeskommunen vil organisere på denne måten, så fremt ikke kommuneloven eller andre lover krever en annen organisasjonsform. Det er altså ingen formelle hindringer mot at formen kan anvendes for sykehusvirksomhet.

Ettersom formen kommunalt foretak ble vedtatt i desember 1998, er den uprøvd. Forskrifter som spesifiserer budsjett- og regnskapsmessige forhold mangler, men ventes utferdiget av Kommunal- og regionaldepartementet i løpet av første halvår 1999.

I det følgende skal vi gjennomgå hovedtrekk ved formen ut fra loven, muligheter for variasjoner i fullmakter innenfor formen og muligheter for videreutvikling av formen - særlig når det gjelder budsjett og regnskap, med vekt på implikasjoner ved bruk av formen for sykehus.

6.1.2 Hovedtrekk ved formen

Bestemmelsene om kommunalt foretak er tatt inn i kommuneloven (nytt kapittel 11), og modellen er således en del av kommunelovens system. I Ot prp nr 20 (1998-99)³⁴ er det vurdert og fremmet forslag om særskilte regler på enkelte felter for kommunale foretak i (fylkes)kommuner med parlamentarisk styringsform. Disse forslagene er innarbeidet i teksten nedenfor.

34. Se særlig "*Forvaltningsorganmodeller*" i kapittel 5.4 i denne proposisjonen, Forholdet til Ot prp nr 53 (1997-98) - kommunalt foretak

Et kommunalt foretak er ikke eget rettssubjekt, men del av fylkeskommunen som juridisk person.

Styrings- og ansvarsforhold

Fylkestinget er øverste styringsorgan for kommunale foretak. Fylkestinget vedtar opprettelse av kommunale foretak, fastsetter vedtektene og velger medlemmer til foretakets styre. Også i parlamentarisk styrte fylkeskommuner vil bare fylkestinget kunne etablere og fastsette vedtektene for slike foretak.

Styret er gitt myndighet til å treffe avgjørelse i alle saker som gjelder foretaket og dets virksomhet, innenfor rammen av det formål kommunestyret/fylkestinget har fastsatt i vedtektene. Styret vil være underordnet fylkestinget direkte, mens daglig leder igjen er underordnet styret. I kommuner med parlamentarisk styringsform gis det etter Ot prp 20 adgang for fylkestinget til å legge styret i linjen under fylkesrådet/byrådet gjennom overføring av myndighet fra fylkestinget. Dette vil innebære myndighet til å oppnevne styret og endre styrets sammensetning, instruere styret eller omgjøre dets beslutninger. Slik myndighet legges ikke direkte til rådet i loven fordi det blir ansett som en verdi at den enkelte (fylkes)kommune skal kunne velge en modell som er tilpasset de rollene og funksjonene som rådet ellers har.

Foretaket vil ledes av et styre og en daglig leder, og det vil være styret som skal føre tilsyn med daglig ledelses forvaltning av virksomheten. I kommunalt foretak får styret legalkompetanse. Styret er tillagt myndighet til å treffe avgjørelser i alle saker som gjelder foretaket og dets virksomhet, herunder å opprette og nedlegge stillinger. Unntak kan gjøres i vedtektene, og det kan også fastsettes der at nærmere angitte saker skal være godkjent av kommunestyret før vedtaket anses som bindende for kommunen. De ansatte i foretaket kan kreve at inntil en femtedel av styrets representanter velges blant de ansatte.

Loven tar som utgangspunkt at *daglig leder* skal ansettes av styret, men åpner for at denne myndigheten gjennom vedtektene kan legges til kommunestyret/fylkestinget (eventuelt formannskapet/fylkesutvalget). I Ot prp 20 med forslag til særregler for parlamentarisk styrte kommuner heter det: «*Det vil ikke være naturlig at (...) fylkestinget ansetter daglig leder dersom det er vedtatt at foretaket skal ligge i linjen under rådet*», men dette er ikke presisert i forslaget til selve lovteksten.

I forhold til dagens ordning med kommunale bedrifter innebærer det at fylkeskommunens *administrasjonssjef* ikke kan overprøve den daglige lederens beslutninger. Administrasjonssjefen vil i stedet få en anledning til å forelegge daglig ledelses beslutninger for fylkestinget og i den forbindelse kunne utsette iverksettelsen av beslutningene. I (fylkes)kommuner med parlamentarisk styringsform vil systemet med utsettende veto og kommunestyrebehandling ikke være aktuell. Rådet vil da selv ha myndighet til å ta en sak som er behandlet i foretakets styre, opp til etterfølgende behandling dersom det finnes grunn til dette. Foretaket må da varsles om at slik behandling vil bli foretatt.³⁵

35. Se Ot prp nr 20 (1998-99) s.61.

Økonomi- og kapitalforvaltning

Fordi et kommunalt foretak ikke vil være atskilt fra kommunen som juridisk person, må foretaket i utgangspunktet ifølge proposisjonen føre *budsjett og regnskap* etter de reglene som gjelder for kommunen for øvrig. Det innebærer at henholdsvis drifts- og investeringsbudsjettet til et sykehus som er kommunalt foretak vil bli vedtatt som en del av det fylkeskommunale budsjettet, og ikke av sykehuset selv. Det vil ikke være adgang til å ta opp lån for sykehuset til å finansiere investeringer, også dette vil måtte ligge innenfor fylkeskommunen. Sykehuset vil ikke få avsatt egenkapital.

Det er imidlertid tatt inn i kommuneloven en bestemmelse som gir departementet hjemmel til å gi forskrifter som pålegger *«enkeltforetak eller typer av foretak plikt til å føre regnskap etter regnskapsloven i tillegg til, eller i stedet for, etter kommunale prinsipper, og herunder gi de bestemmelser som er nødvendige for å tilpasse dette regnskapet til lovens bestemmelser om foretakenes økonomiforvaltning»*, jf § 75. Her ligger det muligheter for å gi sykehus organisert som kommunale foretak andre rammer på enkelte punkter innenfor drifts- og investeringsbudsjett og regnskapsområdet enn hva tilfellet er for den ordinære forvaltningsorganformen.

Som nevnt er budsjett- og regnskapsforskrifter som skal gjelde for kommunalt foretak, under utarbeidelse i Kommunal- og regionaldepartementet.

Et viktig spørsmål er om fullmaktene innenfor budsjett- og regnskapsområdet skal gjøres obligatoriske, eventuelt obligatoriske for sykehusdrift, eller om fylkestinget skal kunne avgjøre hvor vide fullmakter sykehuset skal ha (jf også punkt 6.1.3 om variasjonsmuligheter og punkt 6.1.4 om endringsforslag med hensyn til fullmakter innenfor modellen).

For en modell innenfor kommuneloven, som kommunalt foretak, vil det antakelig være nødvendig å avveie mellom hensyn til muligheter for ivaretagelse av fylkeskommunens økonomiske ansvar, behov for videre fullmakter til sykehusledelsen, behovet for et økonomisystem som understøtter kostnadseffektiv drift samt behovet for et system som tar hensyn til statens inntektsrammestyring.

Nedenfor skal det skisseres muligheter for utforming av prinsipper og fullmakter på økonomi- og kapitalforvaltningsfeltet innenfor modellen kommunalt foretak:

- Fylkestinget stiller opp et budsjett med *rammer* for anskaffelser og anvendelse av midler for foretaket. Valgfritt eller obligatorisk kan budsjettet bare angi fylkeskommunens maksimale bidrag til finansiering av anskaffelser ved sykehuset. Øvrige anskaffelser må finansieres av sykehusets egne inntekter.
- Fylkestingets overføring til foretaket skal dekkes av fylkeskommunens frie inntekter og statlige tilskudd til sykehus. Inntekter fra salg av eiendommer skal ikke kunne benyttes.
- Erverv og avhendelse av bygninger og anlegg (såkalte generasjonsinvesteringer) som foretaket disponerer, skal registreres i fylkeskommunens budsjett og regnskap.
- Foretaket forholder seg til et budsjett over anskaffelse og anvendelse av midler i henhold til de (netto) rammer som fylkestinget har fastsatt. Foretaket avgjør selv fordeling av fullmakter internt.
- Det fastsettes i forskrift at foretaket skal anvende prinsipper for registrering i regnskapene etter regnskapsloven.
- Omløpsmidler som inngår i foretakets balanse, følger de reglene for verdiforvaltning som gjelder for fylkeskommunen (der det er unntak for almin-

- nelige regnskapsprinsipper).
- Fylkestinget kan ikke gjøre krav på eller avhende eiendeler i foretakets balanse. Det vil si at dersom sykehusforetaket har avsatt, eller avskrevet, midler innenfor sin fullmaktsramme for seinere års utstyrskjøp, kan fylkestinget ikke kreve disse tilbakeført. De økonomiske rammer som årlig stilles til rådighet for fylkestinget må være irreversible.
 - Fylkestinget dekker foretakets overskridelser av egne inntekter. Fylkestinget må selv sørge for foretakets inndekning av overskridelser ved å redusere rammene for de etterfølgende år.

Det er grunn til å anta at dette er fullmakter og prinsipper som vil kunne ligge innenfor kommunalt foretak-modellens rammer, dvs som utfyllende forskrift til den vedtatte loven. Dette til forskjell fra de endringene som drøftes nedenfor (jf punkt 6.1.4). Disse vil kreve lovendringer på enkelte punkter i forhold til dagens kommunale foretak.

Ansattes status og offentligrettslige forhold

De ansatte i et kommunalt foretak vil være kommunale tjenestemenn og ansatt i kommunen. Forhold mellom arbeidstakerne og arbeidsgivere vil reguleres av de fellesavtaler som inngås mellom hovedsammenslutningene innenfor kommunesektoren. Offentlighetsloven og forvaltningsloven vil gjelde for det kommunale foretaket.

6.1.3 Fullmaktsvariasjoner innenfor modellen

På flere punkter vil modellen inneholde muligheter til å variere utformingen av fullmakter for virksomheten/sykehuset, og dermed også fylkeskommunens styringspraksis. Fylkeskommunen kan velge å gi sykehuset så vide fullmakter som råd innenfor lovens rammer. Men det er også relativt store muligheter til å innskrenke styrets fullmakter i kommunalt foretak. Lovbestemmelsene setter ingen grenser for hvor langt kommunestyret/fylkestinget kan gå i å begrense styrets myndighet med hensyn til adgang til å gi instruks, omgjøre styrets vedtak, eller fastsette at styrets vedtak må godkjennes av fylkestinget.

Av mulige innskrenkninger og variasjoner i utforming av fullmakter kan nevnes:

- Styrets vedtak i visse typer saker må forelegges kommunestyret/fylkestinget.
- Styrets normalkompetanse i personalsaker kan begrenses.
- Ansettelse av daglig leder kan legges til kommunestyret/fylkestinget eller formannskapet/fylkesutvalget.
- Administrasjonssjefen har adgang til å kreve utsatt iverksetting dersom han/hun finner at foretakets vedtak bør forelegges kommunestyret.
- Administrasjonssjefen skal som hovedregel være avskåret fra å kunne ivareta funksjonen som foretakets daglige leder, og unntaksmulighetene er av en slik art at dette neppe vil være aktuelt i en fylkeskommune³⁶.

36. Se punkt 5.2 i Innst O nr 14 (1998-99)

6.1.4 Behov for endringer i modellen

I det kommunale foretaket ligger det et delegasjonsforbud med hensyn til de funksjonene som vanligvis legges til en generalforsamling. Det innebærer at *fylkestinget* ikke kan delegere myndigheten til å treffe avgjørelser som gjelder foretaket.

Boks 6.1 Regnskapsprinsipper

Kontantprinsippet

- Regnskapsføring av utgifter og inntekter for den perioden betaling skjer:
 - Utskriftskonti viser utbetalinger, ikke den økonomiske verdien av det som er forbrukt i perioden (for eksempel vises innkjøp av materiell, ikke verdien av det materiellet som faktisk er forbrukt - det korrigeres ikke for eventuelle beholdningsendringer)
 - Inntektskonti viser innbetalinger uavhengig av når inntekten er opptjent og opptjente inntekter som er utestående ved periodens slutt (utestående fordringer) går ikke fram av regnskapet
- Utgiftsføring av investering ved betaling:
 - Beholdning av større utstyr, maskiner og bygninger vises ikke i regnskapet
 - Kostnadene ved å bruke aktivaene (slitasje/verditap) går heller ikke fram av regnskapet

Regnskapsprinsippet

- Regnskapsføring av kostnader og inntekter for den perioden forbruket (av varer og tjenester) skjer, og opptjening (av inntekter) skjer:
 - Periodisering av utgifter og inntekter i forhold til når kostnad påløper og inntektskrav oppstår. Kostnadene og inntekter som følger av perioden, vises på riktig periode i regnskapet
 - Eventuelle beholdninger, forskuddsbetalinger og utestående fordringer (bl.a. opptjente inntekter) vises som eiendeler (aktiva) i regnskapet
 - Eventuelle påløpte, ikke betalte kostnader og forskuddsbetalinger fra kunder vises som gjeldsposter i regnskapet ved periodeslutt
- Aktivering av investeringer med senere avskrivning i forhold til forbruket av kapitalgoder:
 - Investeringer i større utstyr, maskiner og bygninger vises som eiendeler (aktiva) i regnskapet
 - Kostnaden ved bruk av aktivaene (avskrivning som gjerne uttrykker slitasje/verditap) går fram av regnskapet i riktig periode

Delegasjonsadgang

Det kan imidlertid være ønskelig at fylkestinget skal ha anledning til å delegere denne myndigheten til faste utvalg, til fylkesordføreren eller til administrasjonssjefen. Det er derfor utarbeidet et utkast til endringer i kommunelovens kapittel 11 hvor *fylkestinget gis adgang til å delegere myndighet til å treffe vedtak i saker som gjelder foretaket*. Se utkast til endringer i kommunelovens kapittel 11 i vedlegg 1. Det foreslås *ikke* delegasjonsadgang med hensyn til opprettelse av kommunalt foretak, vedtektsfastsettelse eller vedtektsen-

dringer. Denne myndigheten skal fortsatt ligge til fylkestinget selv. Dersom fylkestinget vedtar å delegerer myndighet, vil denne myndigheten måtte utøves innefor de rammer fylkestinget setter. For parlamentarisk styrte kommuner og fylkeskommuner kan myndigheten legges til kommunerådet eller fylkesrådet.

For å sikre at utøvelsen av myndighet over foretaket skjer på en formalisert måte, foreslås det en tilleggsbestemmelse i loven som gjelder hvordan vedtak i saker som gjelder foretaket skal fattes. Det foreslås at foretakets styre og daglige ledelse skal få tilsendt saksdokumenter og ha anledning til å uttale seg før avgjørelse treffes. Eventuelle uttalelser skal protokollføres og gå inn i saksdokumentene. På denne måten oppnås det *en institusjonalisering av styringen av foretaket*.

Valg av styre

Kommunelovens regler om forholdstallsvalg gjelder for styret i kommunale foretak. En slik ordning skaper mindre avstand mellom det politiske nivået og virksomheten enn det man vil få med såkalte profesjonelle styre. Det kan derfor være ønskelig at styre for sykehus settes sammen på en annen måte enn det som følger av politisk representasjon. Dette vil på en annen måte markere at styret representerer fylkeskommunen som *helhet* og at styret og det enkelte medlemmer står ansvarlige overfor fylkeskommunen, og ikke overfor grupperinger i fylkestinget. Det kan ses som ønskelig at styre for sykehus organisert som kommunale foretak får en oppnevning og sammensetning som markerer et felles ansvar for sykehusets virksomhet overfor fylkeskommunen.

Prinsippet om forholdstallsvalg er et grunnleggende prinsipp for kommuner og fylkeskommuner. Det ses derfor ikke som riktig å gå inn på noen systemendring ved å foreslå at styret for kommunale foretak *skal* velges ved flertallsvalg. Det ville innebære at den retten som et mindretall har til å kreve forholdstallsvalg ville være avskåret. Intensjonene om å skille klarere mellom det overordnede politiske nivået og ansvaret for driften av foretaket kan imidlertid følges opp bedre dersom styrene ikke velges etter forholdstallsprinsippet. Retten til å kreve forholdstallsvalg gjelder for kollegiale organer. Fylkestinget kan imidlertid gi bestemmelser om valg av styre som avviker fra reglene i kommunelovens "*Kommunalt foretak og forvaltningsbedrift*" i kapittel 6 i medhold av § 29 siste punktum. Dersom fylkestinget velger å delegerer myndighet for foretaket til fylkesordfører eller administrasjonssjef, vil imidlertid prinsippet om forholdstallsvalg ikke ha noen mening. Dersom myndigheten til å oppnevne styret legges til administrasjonssjefen, vil denne velge sammensetning for styret på bakgrunn av eventuelle retningslinjer eller instruksjon fra fylkestinget.

Regnskapsforskrifter

Som nevnt under punkt 6.1.2 i omtalen av økonomi- og kapitalforvaltning, inneholder kommunelovens kapittel 11 en bestemmelse om at Kommunal- og regionaldepartementet i forskrift kan gi pålegg om at kommunale foretak skal føre regnskap etter regnskapsloven. For sykehus som er kapitalintensive virksomheter, er det ønskelig at kostnadene knyttet til kapitalbruk kommer fram og kan inngå i de vurderinger som løpende må gjøres for virksomheten. Det er derfor ønskelig at sykehus organisert som kommunale foretak *skal* føre reg-

nskap etter regnskapsloven.³⁷ En slik ordning krever ikke lovendring etter som kommunelovens kapittel 11 åpner for at dette kan gjøres i forskrift.

6.2 Forvaltningsbedrift

Boks 6.2 Forvaltningsbedrifter

- Forvaltningsbedriftene er forvaltningsorganer med sine hovedsærtrekk i økonomiske fullmakter. De er del av staten som juridisk person.
- Forvaltningsbedriftene er en uensartet gruppe statsvirksomheter som driver forvaltning og forretningsmessig tjenesteyting.
- Dagens sju forvaltningsbedrifter er: Garanti-instituttet for Eksportkreditt (GIEK), Luftfartsverket, Rikshospitalets apotek, Radiumhospitalets apotek, Statens kartverk, Statens Kornforretning og Statsbygg.
- Oppgavetyperne varierer sterkt: Luftfartsverket har ansvar for den norske luftfarten. Statens kartverk utvikler, produserer og selger kart til offentlige og private kunder. Statens Kornforretning forvalter statens kjøpeplikt av norsk korn, markedsordningen for korn, samt flere tilskuddsordninger innenfor jordbruket. GIEK forvalter fondsvirksomhet gjennom garantistillelse og kredittforsikring til norske bedrifter som driver eksport eller etablerer seg i utlandet, og dekker behov der private finansinstitusjoner ikke går inn. De tre siste driver intern tjenesteyting innen staten. Statsbygg er statens byggherre og eiendomsforvalter. Apotekene sørger primært for apotek tjenester til de to statssykehusene. Forvaltningsbedriftsformen gir apotekene formell tilknytning til departementet, og ikke til de sykehusene de primært betjener.
- Totale inntekter eller omsetning for forvaltningsbedriftene utgjorde i 1996 i overkant av 8 milliarder kroner (Statskonsult 1998:18).
- Totalt er det i dag 3 750 ansatte i forvaltningsbedriftene, hvorav 2/3 er ansatt i Luftfartsverket. Antall ansatte i de nåværende sju forvaltningsbedriftene varierer fra rundt 20 til 2 200.
- Statens bruk av forvaltningsbedriftsformen er betydelig endret i 1990-årene. NSB, Posten, Televerket og Statskraftverkene var forvaltningsbedrifter tidligere. I 1991 var det 60-70 000 ansatte i forvaltningsbedrifter.

6.2.1 Hovedtrekk ved formen

Forvaltningsbedriftsformen er en underform av forvaltningsorganet som kun anvendes i staten. Forvaltningsbedriftsformen har tradisjonelt særlig vært nytet når det statlige engasjementet gjelder forretningsmessig orientert tjenesteyting som vanskelig kan ivaretas på en effektiv og fordelingsmessig akseptable

37. I lovens § 75 heter det at departementet i forskrift kan gi bestemmelser om at foretak skal «føre regnskap etter regnskapsloven i tillegg til, eller i stedet for etter kommunale prinsipper, og herunder gi de bestemmelser som er nødvendige for å tilpasse dette regnskapet til lovens bestemmelser om foretakenes økonomiforvaltning.» Det er ikke nødvendig å føre regnskap både etter kontantprinsippet og regnskapsprinsippet, men dersom regnskapet føres etter regnskapsprinsippet er det nødvendig med visse tilpasninger i forhold til de krav kommuneloven stiller til rapportering.

bel måte i markedet. Formen er tatt i bruk for andre oppgavetyper de siste årene (se boks 6.2)

Økonomi- og kapitalforvaltning

Forvaltningsbedriftsformen skiller seg fra de ordinære forvaltningsorganene (se "*Hovedtrekk ved forvaltningsorganformen*" i kapittel 5.4.2) først og fremst ved at det er gjort unntak for enkelte sentrale bestemmelser i bevilgningsreglementet:

- Unntak fra fullstendighetsprinsippet i § 4 ved at *driftsutgiftene nettobudsjetteres*, det vil si at Stortinget fatter kun ett budsjettvedtak, der omfanget av statskassens økonomiske bidrag fastsettes. For virksomheter som er fullt ut selvfinansierte, vil vedtaket under nettobudsjetteringsprinsippet være kr 0.
- Unntak fra kontantprinsippet i § 6 ved at *investeringene aktiveres*, det vil si at investeringene rentebelastes og avskrives over driftsbudsjettet etterfølgende år.

Det er gjennom kjennetegnet *aktivering av investeringene* at forvaltningsbedriftsformen først og fremst skiller seg fra de nettobudsjetterte forvaltningsorganene eller tilskuddsinstitusjonene, som de to store statssykehusene er blitt fra 1999 (jf punkt 5.4.3).

I tillegg til de to hovedkjennetegnene nevnt ovenfor, er forvaltningsbedrifter i hovedsak gitt større fullmakter enn de ordinære forvaltningsorganene innenfor *lønns- og personalforvaltning* og bygg- og eiendomsforvaltning. Typer og omfanget av fullmaktene på disse feltene varierer i praksis ganske mye med bedriftenes størrelse, kompetanse og særskilte behov. Bedrifter med noenlunde balanse over tid mellom driftsutgifter og -inntekter har dessuten anledning til å bygge opp et eget *reguleringsfond*.

Med unntak av statssykehusapotekene er forvaltningsbedriftene ikke selvfinansierte, og de er dermed avhengige av driftsbevilgning over statsbudsjettet. Andelen bevilgning av totale inntekter varierer mye. Statssykehusapotekene skiller seg fra de andre forvaltningsbedriftene ved at de ikke har reguleringsfond. Måten å føre regnskapene på følger heller ikke samme prinsipper som for de andre forvaltningsbedriftene.

Felles for alle forvaltningsbedriftene er at de på sine områder i hovedsak er monopolbasert. Både effektivitets- og fordelingsmessige hensyn er framtrepende. Statens Kornforretning og GIEK er i en monopolsituasjon, mens de andre forvaltningsbedriftene er dels i en monopolsituasjon og dels driver konkurranseutsatt virksomhet. Prisene (og dermed indirekte inntektene) er ofte fastsatt av overordnede myndigheter i form av gebyrer og avgifter. Kundene er både private bedrifter, privatpersoner og offentlige institusjoner. For Statsbygg og statssykehusapotekene er kundene hovedsakelig andre statlige virksomheter.

Styrings- og ansvarsforhold

Forvaltningsbedriftene er del av staten som juridisk person, og det innebærer at staten bærer et økonomisk og juridisk ansvar for virksomheten. Myndigheten til styrene er delegert, og vedkommende statsråd er parlamentarisk og konstitusjonelt ansvarlig for alle sider ved virksomheten.

Fem forvaltningsbedrifter har styre, bare Statsbygg og Statens kartverk har ikke det. To forvaltningsbedrifter har fullmakt til å etablere datterselskaper. Luftfartsverket og Statsbygg har skilt ut deler av den konkurranseutsatte virksomheten i datterselskaper. Luftfartsverket har fått etablere Oslo Lufthavn AS, Nordic Aviation Resources AS og Luftfartsverket Parkeringsanlegg AS. Oslo Lufthavn AS ble opprettet for å forestå utbygging og senere drift av den nye hovedflyplassen. Nordic Aviation Resources AS yter konsulent-tjenester innenfor luftfartssektoren. I forbindelse med eiendomsforvaltningen har Statsbygg opprettet datterselskapet Statsbygg Invest AS, som kan ta opp lån i det private lånemarkedet.

Ansattes status

De ansatte i forvaltningsbedriftene er statstjenestemenn. Unntaket er ansatte i Statens Kornforretning, som er regulert i egen lov, der de ansatte eksplisitt er unntatt fra å omfattes av tjenestemannsloven og tjenestetvistloven. De større forvaltningsbedriftene har gjennomgående hatt noe videre fullmakter enn de ordinære forvaltningsorganene på lønns- og personalområdet. Men gjennom de generelle reformene for de ordinære forvaltningsorganene på 1990-tallet (se "[Forvaltningsorganmodeller](#)" i kapittel 5.4) ser denne forskjellen i fullmakter ut til å være utliknet i betydelig grad.

Offentlighetslov og forvaltningslov

Fordi forvaltningsbedriftene er del av staten som juridisk person, omfattes virksomheten av forvaltningsloven og offentlighetsloven.

6.2.2 Forvaltningsbedriftsformen anvendt på statssykehusene

Radiumhospitalet og Rikshospitalet får i dag som nettobudsjetterte tilskuddsinstitusjoner en samlet rundsum-bevilgning over 50-post på statsbudsjettet. Bortsatt fra valget av post for bevilgningen på statsbudsjettet, er det på dette punktet ingen forskjell fra forvaltningsbedriftsmodellen.

Forvaltningsbedriftsformen skiller seg primært fra nettobudsjettert tilskuddsinstitusjon ved at investeringer aktiveres slik at renter og avdrag belastes kommende års driftsbudsjetter. En omdanning av statssykehusene til forvaltningsbedriftsformen ville derfor innebære en slik aktivering av investeringene og synliggjøring av kapitalbruken i sykehusene. Dette er et forhold som det kan være ønskelig å vurdere også for statssykehusene (jf "[Problemer og utfordringer i sykehussektoren](#)" i kapittel 4).

På den annen side ville en overgang til forvaltningsbedrift ikke medføre noen endringer for statssykehusene fra nåværende form med hensyn til den selvstendighet i rammevilkårene som sykehusene tilbys. Bevilgningen på 50-post («overføring til andre statsregnskaper») samt de medhørende fritakene fra enkelte av de gjennomgående statlige økonomibestemmelsene, kan tvert om sies å markere en større organisatorisk avstand til de sentrale statsmyndighetene enn hva tilfellet gjennomgående er for en forvaltningsbedrift. Videre indikerer erfaringer fra styringen av store forvaltningsbedrifter at mål og rammestyringsteknikker i denne modellen er sårbare overfor inkonsistent og detaljert overordnet politisk-administrativ styring, iallfall i perioder - trass i forekomsten av styrer. Dette kan redusere strategisk langsiktighet på virksomhetsnivå og bedriftenes evne til omstilling og effektiv tjenesteproduksjon.

Enkelte trekk ved forvaltningsbedriftmodellen, som svak formalisering av styringskanaler og det grunnleggende parlamentariske ansvaret som statsråden har for *hele* virksomheten, kan bidra til å forklare dette³⁸.

Dersom statssykehusene fortsatt skal organiseres innenfor staten som juridisk person, bør forvaltningsbedriftsmodellen (modell III) derfor særlig vurderes i forhold til en videreutvikling av modellen nettobudsjettert til-skuddsinstitusjon (modell II). Utvalget vurderer dette i "*Utvalgets vurderinger og tilrådinge*" i kapittel 9.

6.3 Oppsummering

I dette kapitlet er det presentert to tilknytningsformer, én for kommunal sektor og én for statlig sektor. Formene kommunalt foretak og forvaltningsbedrift (modell III) ligger innenfor henholdsvis fylkeskommunen og staten som juridisk person.

Kommunalt foretak er en ny og hittil uprøvd tilknytningsform. Blant hovedtrekkene for kommunalt foretak er at fylkestinget selv er øverste organ for foretaket. Styret for kommunale foretak er gitt legalkompetanse til å treffe vedtak i saker som gjelder foretaket. Gjennom vedtektene kan det gjøres unntak med hensyn til hvilke saker som ligger til styret, og det kan nedfelles bestemmelser om at visse saker skal godkjennes av fylkestinget før vedtaket anses som bindende for fylkeskommunen. For det kommunale foretaket er det i denne utredningen diskutert enkelte lovmessige endringer, og utkast til endringer i loven følger i vedlegg 1.

Forvaltningsbedriftsformen brukes i dag for sju statlige virksomheter. Oppgavetyperne for disse virksomhetene varierer sterkt. Forvaltningsbedriftsformen skiller seg fra de nettobudsjetterte forvaltningsorganformene (modell II) først og fremst ved at investeringene aktiveres, dvs at de rentebelastes og avskrives over driftsbudsjettet etterfølgende år.

I "*Utvalgets vurderinger og tilrådinge*" i kapittel 9 gir utvalget sine vurderinger av de to tilknytningsformene, og går nærmere inn på endringsforslaget for kommunalt foretak.

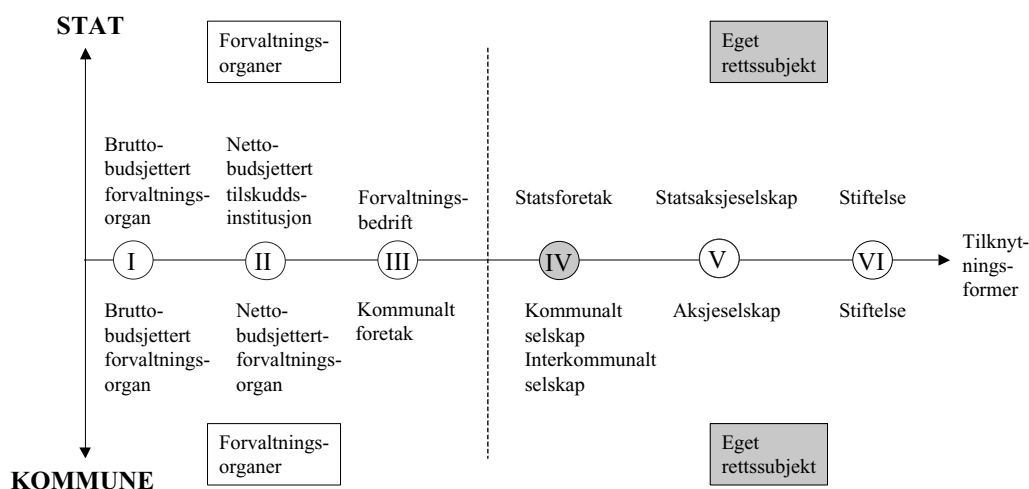
38. AAD 1991: Hovedspørsmål knyttet til styring og organisering av fire store forvaltningsbedrifter.

Kapittel 7

Statsforetak og kommunalt selskap

7.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres statsforetak (7.2 og 7.3) og en *ny* organisasjonsform i kommunal sektor; kommunalt selskap/fylkeskommunalt selskap (7.4). Se modell IV i figur 7.1.



Figur 7.1 Organisasjonsmodeller for offentlige sykehus - modell IV

Utvalgets synspunkter på hvorvidt modellene bør innføres og brukes gis i "[Utvalgets vurderinger og tilrådinger](#)" i kapittel 9. Begge tilknytningsformene er selvstendige rettssubjekt. Organisering av virksomheter som selvstendige rettssubjekt har betydning for styringsatferd.

Boks 7.1 Etatsstyring og eierstyring i staten²

- En kartlegging³ av departementenes etatsstyring av et utvalg statlige virksomheter viser at på tross av betydelige forbedringer de siste årene, er det fortsatt en rekke utfordringer. Det gjelder:
 - fastsettelse av virksomhetens mål og resultatkrav,
 - opplegget for styringsprosessen og styringsdialogen⁴
- Departementenes styringsatferd endres når en virksomhet omdannes til selskap fra forvaltningsorgan⁵
- Både eierdepartementene og selskapene karakteriseres den statlige eierstyringen som ryddig med klar ansvars- og rollefordeling mellom styringsnivåene.⁶

² Funnene som refereres antas å være av generell karakter, sykehusene inngikk imidlertid ikke i studiene som omtales.

³ Statskonsult 1997: Etatsstyring. Erfaringer og utfordringer.

⁴ Hvorvidt departementet styrer på de rette tingene og på riktig nivå, kommunikasjonsformen mellom departement og underliggende virksomhet og måten styringssignaler formidles på, manglende forankring i toppledelsen, behov for større klarhet når det gjelder roller og ansvar, manglende avklaring av hvilke styringsbehov departementet har, og for dårlig tilpassing av styringen til de særskilte behovene som foreligger i virksomheten og den sektoren den fungerer i (Statskonsult 1997: Etatsstyring. Erfaringer og utfordringer, s. 9-10)

⁵ Se bl.a. Statskonsult 1998:21: I godt selskap? Statlig eierstyring i teori og praksis og AAD 1991: Hovedspørsmål knyttet til styring og organisering av fire stor forvaltningsbedrifter. Utredning i regi av et statssekretærutvalg. I AADs utredning (s. 13) om de tidligere forvaltningsbedriftene NSB, Postverket, Televerket og Statkraft heter det blant annet: «Inkonsistent og detaljert styring fra overordnede myndigheters side som følge av en tilknytningsforms svake føringer på styringsatferden vil for bedriften framstå som et problem i forhold til den langsiktige planlegging og de strategiene som er lagt for bedriften og fastsatt av myndigheter/eier. Bedriftens evne til omstilling og effektiv oppgaveløsning innenfor disse rammene er blant annet avhengig av presisering av ansvar og klar styring fra overordnet nivå». Statskonsults studie om statlig eierstyring i teori og praksis fra 1998 viser at denne typen styringsatferd ikke lenger rapporteres i forhold til disse virksomhetene.

⁶ Statskonsult 1998:21: I godt selskap? Statlig eierstyring i teori og praksis

I statlig sektor er det flere valgmuligheter med hensyn til organisasjonsformer for heleide selskap. I kommunal sektor er der ingen organisasjonsform mellom aksjeselskap og kommunalt foretak.³⁹

Utvalgets mandat og sammensetning tilsier at det har begrenset seg til å utrede tilknytningsformer for offentlige *sykehus*. Den nye modellen som presenteres i punkt 7.4 tar utgangspunkt i de behov som har gjort seg gjeldende i sykehussektoren, se "*Problemer og utfordringer i sykehussektoren*" i kapittel 4 og "*Forvaltningsorganmodeller*" i kapittel 5. Lovutkastet er likevel utformet som en generell lov rettet mot fylkeskommunal og kommunal virksomhet i alminnelighet, slik at organisasjonsformen også kan ha gyldighet utover sykehussektoren. Dette er gjort med utgangspunkt i forvaltningspolitiske prinsipper om at organisasjonsformer bør være generelle og ikke virksomhets- eller sektor spesifikke. Utformingen av en generell lov framfor en spesiell lov, er også gjort ut fra antakelsen om at de behov som gjør seg gjeldende i sykehussektoren og den avveiningen som er foretatt mellom handlefrihet for virksomhetsledelsen og behovet for overordnet eierstyring også kan gjøre seg gjeldende i forhold til annen kommunal og fylkeskommunal tjenesteyting. Det er imidlertid ingen ting i veien for at lovens anvendelsesområde kan begrenses til sykehussektoren dersom det skulle være ønskelig.

39. Behovet for en slik mellomform i kommunal sektor ble allment vurdert av kommuneselskapslovutvalget i NOU 1995:17, se s. 127. Utvalget konkluderte med at det ikke var påvist noe særskilt behov for en slik modell. Utvalgets vurdering fikk tilslutning av departementet jf Ot prp nr 53 (1997-98) s. 48. Vurderingen var av generell karakter, og sykehussektoren ble ikke trukket fram.

I modellene som presenteres er det lagt vekt på å tydeliggjøre roller og ansvar mellom sykehuseier og sykehusledelse. Dette er blant annet nedfelt ved at eierstyringen er institusjonalisert. Et siktemål med de tilknytningsformene som presenteres er at sykehusledelsen skal ha større grad av økonomisk driftsmessig selvstendighet, enn det som vil være mulig innenfor forvaltningsorganmodellen. Samtidig er modellene utformet med hensikt på at det skal ivaretas viktige samfunnsmessige behov. Det er derfor lagt til grunn en større grad av politisk styring enn det aksjeselskapsmodellen legger opp til. Tilknytningsformene skal i tillegg legge til rette for bruk av kontrakter som grunnlag for levering av sykehustjenester.

Boks 7.2 Sykehus organisert som fylkeskommunalt selskap og som statsforetak

- Sykehusene organisert som et fylkeskommunalt selskap/statsforetak er selvstendige rettssubjekt
- Sykehusene har bare en eier, som er fylkeskommune eller staten
- Sykehuseier styrer gjennom selskapsmøtet/foretaksmøtet
- Sykehuset ledes av et styre og en daglig leder som har et selvstendig ansvar for drift og resultat
- Mål i helsepolitikken ivaretas av sykehuseieren som fastsetter foretakets/selskapets overordnede formål og øvrige rammevilkår for styrets ledelse
- Avgjørelser av vesentlig betydning for sykehuset eller eieren må godkjennes av eieren
- Sykehuseier er ansvarlig for sykehusets forpliktelser og sykehuset kan ikke gå konkurs
- Sykehusets adgang til å ta opp lån er begrenset
- Sykehuset har rapporteringsplikt etter regnskapsloven

Nedenfor presenteres modellene.

7.2 Statsforetak

Til forskjell for hva som gjelder for det fylkeskommunale området, har man for den statlige sektoren statsforetak som representerer en organisatorisk mellomform mellom forvaltningsbedrift og aksjeselskap.

Boks 7.3 Statsforetak

- Statsforetaksformen er styrings- og ansvarsmessig en form som ligger mellom forvaltningsbedriftsformen og statsaksjeselskapsmodellen.
- Selskapsformen skal etter forarbeidene ⁷ særlig brukes når et statlig engasjement i forretningsmessig virksomhet også er et virkemiddel for å realisere sektorpolitiske mål.
- De er seks statsforetak i dag:
 - Statkraft SF, Statnett SF, Statskog SF, Selskapet for industrivekstanlegg (SIVA SF), Medinnova SF og Statens kantiner.
- Det er store ulikheter mellom statsforetakene både med hensyn til stør-

relse, omsetting og finansiering⁸.

- Fra SIVA med færre enn 30 ansatte og 100 millioner kroner i omsetning til Statkraft med 1000 ansatte og mer enn sju milliarder kroner i omsetning. Samlede inntekter for statsforetakene var i 1996 om lag 16,5 milliarder kroner. Av dette stod Statkraft og Statnett for mesteparten. Totalt var det ved utgangen av 1996 ca 3000 ansatte i statsforetakene. Av disse var vel 2000 i Statkraft og Statnett, og 660 i Statens kantiner.
- Statnett, Statkraft og Medinnova får ikke direkte tilskudd (bevilgninger over statsbudsjettet), slik tilfellet er med Statskog, Statens kantiner og SIVA. I 1996 fikk Statskog direkte tilskudd på 3,5 prosent av total omsetning, mens Statens kantiner fikk ca 5 prosent i form av tilskudd. - hovedsakelig omstillingsmidler i en avgrenset periode etter omdanningen. SIVA skiller seg markert fra de andre statsforetakene ved at tilskuddsandelen utgjorde om lag 25 prosent av totalbudsjettet.

⁷ NOU 1991:8 samt Ot prp nr 32, jf Innst O nr 67 (1991-92)

⁸ Opplysningene bygger på Statskonsult 1998:18 Fakta, former og fristilling.

Et statsforetak er et selvstendig rettssubjekt hvor staten er eiere. Statsforetaksformen har sitt grunnlag i lov av 30. august 1991 nr 71 om statsforetak, som er basert på statsforetakslovutvalgets utredning i NOU 1991:8. I utredningen heter det at statsforetaksmodellen vil passe for næringsvirksomhet som bør drives ut fra forretningsmessige prinsipper, men som samtidig er «*et element i en overordnet samfunnsoppgave hvor det i praksis vanskelig kan tenkes at staten kan si seg fri for ansvaret for virksomheten*», jf NOU 1991:8 s 58. Et sentralt element i statsforetaksformen er at staten har et bakenforliggende økonomisk ansvar for at foretaket kan dekke sine forpliktelser. Denne ordningen gjør det mulig for staten å pålegge foretaket samfunnsoppgaver som ikke nødvendigvis er i samsvar med rent forretningsmessige vurderinger

Foretaksmøtet er statsforetakets høyeste organ, der departementet utøver eiermyndighet i foretaket. Det svarer langt på vei til generalforsamlingen i et aksjeselskap. Gjennom foretaksmøtet kan departementet vedta, gi retningslinjer og instruere i forhold til alle saker som gjelder foretaket, og som er bindende for styret og administrerende direktør. Disse er til stede på foretaksmøtet, uten stemmerett, sammen med revisor og Riksrevisjonen. Departementets rolle i foretaket er knyttet til utøvelsen av statens eiermyndighet gjennom foretaksmøtet. Styret og administrerende direktør har ansvaret for driften av foretaket og betydelig økonomisk handlingsfrihet. Formue og inntekter til statsforetak er ikke en del av statskassen, og foretaket hefter selv for sin gjeld. Foretaket er ikke underlagt Stortingets finansmyndighet, og kan derfor selv disponere sine inntekter og formue.

Staten har som eier et overordnet ansvar for foretaket og for at de overordnede krav som stilles til virksomheten blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Innenfor rammen av statsforetaksmodellen ivaretas dette på ulike måter:

1. Ved fastsettelsen av virksomhetens overordnede formål og øvrige generelle rammevilkår for foretaket. Dette blir av departementet fastlagt i stiftelsesdokumentet og etterfølgende vedtektsendringer. Dermed fastsetter departementet den ytre rammen og de overordnede mål for styrets ledelse av virksomheten.

2. Valg av statsforetaksmodellen innebærer i seg selv en begrensning i styrets organisasjonsfrihet. Styret kan ikke på egenhånd skille ut deler av foretakets kjernevirksomhet i underliggende aksjeselskaper. Valg av statsforetaksmodellen hviler på en forutsetning om at kjernevirksomheten skal drives innenfor statsforetaket som sådan. Derimot kan annen virksomhet, slik som støttefunksjoner legges ut i underliggende datterselskaper.
3. Fastsette generelle, eventuelt spesielle instruksjoner for styret. Slike instruksjoner fastsettes gjennom foretaksmøtet.
4. Kontroll over de personer som skal sitte i foretakets ledende organer. Det er en generell forutsetning at det er et tillitsfullt forhold mellom departementet og foretaksledelsen. Gjennom foretaksmøtet har departementet herredømme over styresammensetningen. Foretaksmøtet kan til enhver tid bytte ut styremedlemmer uten å gi noen nærmere begrunnelse.
5. Krav om at visse avgjørelser skal forelegges/godkjennes av departementet (foretaksmøtet) før avgjørelsen treffes. Etter statsforetaksloven gjelder dette:
 - Ledelsens adgang til å oppta lån er begrenset til det som kan dekkes gjennom foretakets egne midler. I vedtektene kan låneadgangen ytterligere begrenses. Disse reglene som begrenser foretakets adgang til låneopptak har sin bakgrunn i statens ansvar for foretakets forpliktelser.
 - Saker av vesentlig betydning for foretakets formål. Slike saker skal skriftlig forelegges departementet før vedtak treffes. Om departementet er uenig i styrets forslag, vil det dermed kunne innkalle til foretaksmøte og instruere styret om innholdet av vedtaket.
 - Vedtak som i vesentlig grad vil endre virksomhetens karakter. Forslag om slike vedtak skal på forhånd forelegges departementet som eventuelt kan gripe inn med instruks gjennom foretaksmøtet dersom det er uenig i styrets forslag.
 - Deltakelse i samarbeidsforhold. Styret kan ikke uten foretaksmøtets samtykke inngå avtale om deltakelse i et selskap eller annet samarbeidsforhold hvor statsforetaket pådrar seg et ubegrenset ansvar for den felles virksomhetens forpliktelser. Slike samarbeidsavtaler vil i realiteten innebære at foretaket påtar seg et ansvar også for private samarbeidspartneres ansvar.

Statsråden har et konstitusjonelt og parlamentarisk ansvar for at statens eierinteresser i et statsforetak blir forvaltet på en forsvarlig måte, og innenfor rammene av lovgivningen og Stortingets forutsetninger. Kontrollen i denne sammenheng utføres av Riksrevisjonen etter regler som tilsvarende reglene for statsaksjeselskapene.

Statsforetaksformen er ikke spesielt utformet med tanke på sykehusvirksomhet, men er en generell selskapsform tilpasset offentlig virksomheter som også skal ivareta samfunnsmessige oppgaver og hensyn. Det kan ikke sees at det er egenskaper ved statsforetaksformen slik den er definert i loven, som tilsier at formen ikke kan anvendes på sykehus. Det anses derfor ikke nødvendig å innføre en spesiell tilknytningsform for statlige sykehus. De spesielle behov og hensyn som gjør seg gjeldende i sykehussektoren vil kunne ivaretas gjennom vedtektsregulering.

Etter statsforetaksloven § 10 skal ethvert statsforetak ha vedtekter. Gjennom vedtektene gis staten mulighet innenfor lovens ramme til å spesialtil-

passe de enkelte foretak ut i fra de konkrete behov som gjør seg gjeldende. Denne muligheten vil kunne benyttes til å spesialtilpasse statsforetaksformen til de særlige behov som gjøres gjeldende ved de to store statssykehusene, Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Nedenfor pekes på de muligheter som her foreligger og hvilke hensyn som er sentrale i forhold til statssykehusene. Det vil også bli pekt på visse andre teknikker enn styring gjennom fastsetting av vedtektene.

7.3 Statsforetakformen anvendt på statssykehus

7.3.1 Styrings- og ansvarforhold

Etter statsforetaksloven § 10 nummer tre skal vedtektene fastsette foretakets formål. Med dette menes den ytre rammen for hva slags virksomhet foretaket kan drive. Gjennom formålsbestemmelsen kan staten som eier dermed definere rammen for sykehusledelsens handlefrihet. I formålsparagrafen kan også staten presisere overordnede målsettinger for statssykehuset og fastsette nærmere krav sykehuset skal oppfylle. Mål og rammevilkår som fastlegges gjennom vedtektene må ha til formål å sikre oppfyllelse av overordnede helsepolitiske mål. I vedtektene bør også sykehusets grunnleggende forpliktelser fastsettes.

Etter loven § 23 annet ledd siste punktum kan det i vedtektene fastsettes nærmere regler om hvilke saker som skal forelegges departementet før styret treffer vedtak i saken. Bestemmelsen må ses i sammenheng med at etter § 23 skal saker av vesentlig betydning for foretakets formål eller som i vesentlig grad vil endre virksomhetens karakter skriftlig forelegges departementet før det treffes vedtak. Bestemmelsen hjemler en adgang til å presisere hvilke sakstyper som skal forelegges departementet. Saker som kan påvirke arbeidsdeling mellom sykehus og sykehusstruktur og saker som må samordnes og som inngår i regionale helseplaner vil være eksempler på slike saker. Investeringer i nybygg og større utstyrsinvesteringer som kan påvirke sykehusstruktur, vil være andre eksempler på slike saker.

Etter loven § 24 tredje ledd siste punktum skal styreprotokollen oversendes departementet. Det har vært reist innvendinger mot denne bestemmelsen, bl.a at den kan forkludre ansvarsforholdet mellom departementet og foretaket. Spørsmålet om plikten til foreleggelse av styreprotokoller vil bli sendt på høring av Arbeids- og administrasjonsdepartementet i nær framtid. Selv om denne plikten oppheves, kan likevel departementet som eier i vedtektene fastsette nærmere regler om ledelsens rapporteringsplikt, plikt til å utarbeide virksomhetsplaner som skal forelegges eieren mv. Slike vedtektsbestemmelser vil kunne trekke eieren mer aktivt inn i styringen av selskapet enn det som følger av statsforetakslovens alminnelige regler. Paragraf 23 annet ledd tredje punktum, jf over, antas imidlertid å sette en grense for hvilke saker som eieren kan kreve seg forelagt før styret treffer vedtak i saken.

Uavhengig av vedtektsbestemmelser utøver staten som eier gjennom foretaksmøte den øverste myndighet i foretaket. Gjennom foretaksmøtet kan det gis individuelle og generelle instruksjoner til ledelsen som disse plikter å følge opp. Sykehusenes prioriteringer og ressursbruk skal være i samsvar med nasjonale helse- og sykehuspolitiske mål. Departementet må kunne følge opp og ha styring med statssykehusenes *hovedprioriteringer*, i første rekke prioriteringer mellom hovedoppgaver og mellom pasientgrupper.

7.3.2 Økonomiforvaltning

Både statens ansvar for statsforetakets forpliktelser og sykehusenes sentrale samfunnsmessige rolle tilsier at det bør utøves kontroll med sykehusenes økonomiforvaltning for å forhindre at de kommer opp i alvorlige økonomiske vanskeligheter.

Etter statsforetaksloven § 5 kan et statsforetak bare ta opp lån eller gi garantier for så vidt som det etter låneopptaket eller garantistillelsen er deknning for foretakets samlede lån og garantiansvar i verdien i foretakets eiendeler. I tillegg kan det i vedtektene fastsettes nærmere regler om foretakets låneopptak og garantitilsagn, herunder regler som begrenser adgangen til å ta opp lån eller gi garantier mer enn det som følger av loven § 5. Videre kan det vedtektsfestes at visse lån eller garantistillelser må godkjennes av foretaksmøte.

7.3.3 Personalforvaltning og ansattes status

Ansatte i sykehus som er organisert som statsforetak er ikke ansatt i staten. Det er statsforetaket som er arbeidsgiver. Dette betyr at det ikke er tjenestemannsloven, men arbeidsmiljøloven som gjelder for de ansatte. Det er arbeidstvistloven av 1927 som gjelder for de ansattes tarifforhold. I statsforetakslovens forarbeider er det lagt til grunn at ved en omorganisering av statlig virksomhet til statsforetak vil løpende tariffavtaler som hovedregel løpe videre ut perioden, så langt det ikke kommer i konflikt ved ufravikelige bestemmelser i statsforetaksloven, jf NOU 1991:8 s. 71. Når det gjelder nye tariffavtaler som skal avløse de som løper til 30. april år 2000, er det i NOU 1991:8 s. 71 lagt til grunn at disse bør forhandles på fritt grunnlag.

I dag er de fleste statsforetakene tilknyttet Norges arbeidsgiverorganisasjon for virksomheter med offentlig tilknytning, NAVO. Det er i utgangspunktet lagt opp til at foretakene selv velger sin arbeidsgivertilknytning. I retningslinjer fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet til eierdepartementene er det imidlertid lagt til grunn at de påser at slik arbeidsgivertilknytning velges av virksomheter innenfor nærmere definerte heleide tilknytningsformer, herunder statsforetakene.

7.3.4 Forvaltningsloven og offentlighetsloven

Forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelder i dag ikke for statsforetaket, se loven § 4. I offentlighetsmeldingen (St meld nr 32 1997-98⁴⁰) heter det at det minst må være samme rett til innsyn i statsforetaket som i statsaksjeselskaper, og regjeringen går der inn for at unntaksbestemmelsen i § 4 oppheves. Stortinget har i Innst S nr 21 (1998-99) sluttet seg til at dette. Spørsmålet vil bli sendt på høring, og dette forberedes nå av Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Gitt at det skjer en lovendring her, vil det ikke være noen tvil om at sykehusene kan være underlagt *offentlighetsloven* dersom statssykehusene i framtiden organiseres som statsforetak. Det kan gjennom vedtektene pålegges at offentlighetslovens prinsipper kan praktiseres.

Det må vurderes nærmere om dagens bestemmelser i § 4 med hensyn til generelt unntak fra *forvaltningsloven* vil være til hinder for at sykehuset kan underlegges forvaltningslovens bestemmelser, jf parallelliteten med vurderingen av offentlighetslovens anvendelsesområde i St meld nr 32 (1998-99), der

40. Se side 48 der unntaket for statsforetaket er behandlet.

det heter at «*Det er også noe usikkert (med dagens lovbestemmelse) om offentlighetsloven gjelder i de tilfellene statsforetaket utøver offentlig myndighet. Det bør vurderes nærmere om statsforetaket i en slik situasjon gjennom vedtektsbestemmelser vil kunne pålegges å være underlagt forvaltningsloven.*»

7.4 Sykehus organisert som fylkeskommunalt selskap

Fylkeskommunene kan i dag organisere sin sykehusvirksomhet som brutto- eller nettobudsjettert forvaltningsorgan innenfor kommunelovens system, som kommunalt foretak eller som aksjeselskap, se "*Forvaltningsorganmodeller*" i kapittel 5, 6 og 8 hvor gjeldende organisasjonsformer er omtalt. Hvor det er en fylkeskommune alene som skal eie sykehuset, er aksjeselskapet det eneste organisasjonsalternativet som ikke inngår i fylkeskommunen som rettslig og økonomisk enhet.

Fylkeskommunalt selskap og kommunalt selskap er en selvstendig rettslig og økonomisk enhet som er skilt fra kommunen/fylkeskommunen. Dette innebærer at det ikke er naturlig å regulere organisasjonsformen innenfor kommuneloven. Selskapsformen reguleres derfor i egen lov. Forslag til ny lovgivning og lovmerknader følger utredningen som vedlegg 1. Med utgangspunkt i at det er *fylkeskommunen* og *sykehus* som omfattes av utvalgets mandat, er det som sies nedenfor rettet mot disse.⁴¹ Det som omtales antas imidlertid også å ha gyldighet for kommunene. Nedenfor brukes betegnelsen *fylkeskommunalt sykehusselskap* for sykehus organisert som fylkeskommunalt selskap.

Boks 7.4 Interkommunalt selskap

Interkommunalt selskap - når det er mer enn en eier¹¹:

- Interkommunalt selskap er en selskapsform som er opprettet og tenkt brukt når to eller flere kommuner/fylkeskommuner skal samarbeide.
- Deltakere (eiere) i interkommunale selskaper kan bare være kommuner/fylkeskommuner, samt interkommunale selskaper.
- Hver av deltakerne har et ubegrenset ansvar for en bestemt andel av selskapets totale forpliktelser.
- Selskapet skal ha et representantskap der deltakerne kan utøve sin myndighet. Representantskapet velger styret, mens det vil være kommunestyre/fylkesting som må vedta inngåelse og endring av selvselskapsavtalen.
- Visse saker skal behandles i representantskapet og representantskapet kan for øvrig instruere styret i selskapet og omgjøre dets beslutninger.
- Det er begrensninger knyttet til det interkommunale selskapets adgang til låneopptak. Selskapets låneadgang må være bestemt i selskapsavtalen, og det må være fastsatt en ramme for hvor mye selskapet skal kunne låne. Med hensyn til hva som skal kunne lånefinansieres gjelder de samme begrensningene som for kommuner/fylkeskommuner, og lånene skal godkjennes av statlig myndighet.
- I utgangspunktet skal interkommunale selskaper ha regnskapsplikt etter

41. Sykehusene utgjør en sentral del av fylkeskommunenes virksomhet, slik at i praksis vil det nok særlig være innen denne sektoren den foreslåtte organisasjonsformen kan ha betydning.

regnskapsloven. I selskapsavtalen kan det imidlertid bestemmes at selskapet skal avgi regnskap etter kommunale prinsipper.

- De ansatte i interkommunale selskapet vil ha rett til representasjon i styret etter samme bestemmelser som i vanlig selskapslovgivning.

¹¹ Jf Ot prp nr 53, Innst. O. nr. 14 (1998-99) Om lov om interkommunale selskaper og lov om endringer i kommuneloven m m (kommunalt og fylkeskommunalt foretak)

7.4.1 Generelt

Organisasjonsformen som presenteres er basert på at en fylkeskommune alene er eier. Når tilknytningsformen er avgrenset til der hvor en fylkeskommune alene er eier, innebærer dette at loven kan gjøres atskillig enklere enn om det hadde vært flere eiere å ta hensyn til. Det er for eksempel ikke nødvendig å regulere spørsmål som har med skifte av eierandeler å gjøre og forholdet mellom eierne. Det er fastsatt i lovutkastet at det er fylkestinget selv som treffer vedtak om opprettelsen av fylkeskommunalt selskap og som fastsetter selskapets vedtekter og som vedtar eventuell oppløsning av selskapet (jf lovutkastet § 6 og § 36).

Når en fylkeskommune velger å organisere sykehuset som et fylkeskommunalt selskap, vil det i alminnelighet være en forutsetning fra fylkeskommunens side at kjernevirksomheten ligger i selve sykehusselskapet, med mindre eieren samtykker i en utskilling. En konsekvens av eierformen vil derfor være at selskapsledelsen vil ha begrenset adgang til å skille ut deler av sykehusselskapet som virksomhet i et eget underliggende aksjeselskap hvor det eventuelt kan være andre medeiere. Slik utskilling kan tenkes for støttefunksjoner så som vaskeri, kantinevirksomhet mv., men organisering som fylkeskommunalt selskap må i alminnelighet bygge på en forutsetning om at kjernevirksomheten drives i regi av dette selskapet. Dette er imidlertid spørsmål som eieren kan spesialregulere i vedtektene eller instruks.

Et særskilt spørsmål er *hvem som skal representere fylkeskommunen som eier i forhold til fylkeskommunalt selskap*. Det antas at fylkestinget i praksis bør overlate til administrasjonssjefen å forvalte eierskapet, herunder representere fylkeskommunen i selskapsmøtet. I fylkeskommuner med parlamentarisk styreform vil dette være fylkesrådet. En slik delegasjonsadgang er nedfelt i utkast til lovtekst jf § 10. Når myndighet delegeres til administrasjonssjefen, vil dennes myndighet i forhold til fylkestinget være avhengig av delegasjonsvedtaket. Fylkestinget kan videre instruere administrasjonssjefen om utøvelsen av eiermyndigheten, og delegasjonen kan når som helst trekkes tilbake. Fylkestinget kan også bestemme at spørsmål skal forelegges fylkestinget til godkjenning før møtet i selskapsmøtet. Det vil følge av alminnelige regler at administrasjonssjefen, uavhengig av om det er sagt uttrykkelig i delegasjonsvedtaket, må forelegge vesentlige eierspørsmål for fylkestinget.

I den utstrekning forvaltning av eierskapet måtte være delegert til administrasjonssjefen, vil dette innebære at administrasjonssjefen også får ansvar for at fylkeskommunens eierinteresser i sykehusselskapet blir ivaretatt på en forsvarlig måte. Dette innebærer blant annet en plikt til å påse at selskapet har et forsvarlig sammensatt styre som forvalter selskapet i samsvar med fylkeskommunens interesser og i samsvar med fylkestingets vedtak.

7.4.2 Styrings- og ansvarsforhold

Et fylkeskommunalt selskap organiseres med to ledelsesorganer samt et overordnet eierorgan. Disse organene vil være *styret* og *daglig leder* samt et *selskapsmøte* som er selskapets høyeste organ.

Overordnet styring og kontroll

Sykehusselskapets øverste organ skal være et *selskapsmøte*. Selskapsmøtet tilsvarende generalforsamlingen i et aksjeselskap og representantskapet i et interkommunalt selskap.

Det er gjennom selskapsmøtet at fylkeskommunen utøver eiermyndighet i selskapet (jf lovutkastet § 9). Kravet om selskapsmøte innebærer at fylkeskommunen som eier ikke kan utøve sin eiermyndighet formløst, men er henvist til å gjøre dette i et formalisert møte hvor sykehusselskapets ledelse og revisor har adgang til å være til stede og til å uttale seg. Utenfor selskapsmøtet har fylkeskommunen som eier ingen myndighet. Ordningen med selskapsmøte markerer rollefordelingen mellom fylkeskommunen som eier og ledelsen (styret og daglig leder) som ansvarlig for den løpende virksomheten. Det vil bryte med dette opplegget om fylkeskommunen i eller utenfor selskapsmøtet går så dypt inn i den løpende virksomheten at det i realiteten overtar styringen av den driftsmessige siden av virksomheten.

Gjennom sin overordnede myndighet i selskapsmøtet vil fylkeskommunen kunne gi instruksjoner og sette rammer for styrets ledelse av selskapet. Den overordnede myndigheten kan brukes til å fastsette mål og krav til sykehusdriften, og til å kontrollere at dette blir ivaretatt. Vedtektene og særlig formålsbestemmelsen vil være et virkemiddel i denne sammenheng. Det er forutsatt at fylkestinget selv fastsetter selskapsvedtekter (jf lovutkast §§ 6 og 7) og endringer i vedtekter (jf lovutkast § 8). Sykehusets grunnleggende forpliktelser bør fastsettes i vedtektene.

I tillegg vil fylkeskommunen kunne utøve styring med grunnlag i kontrakter med selskapet. Det typiske eksempel vil være at fylkeskommunen inngår kontrakter om kjøp av sykehustjenester, yter økonomisk støtte eller lignende. Da vil fylkeskommunen på kontraktsmessig grunnlag kunne sette vilkår mv til innholdet i de ytelsene som mottas.

Det er modellens forutsetning at lovregler om fylkeskommunalt sykehusselskap ikke skal gripe inn i lov om spesialhelsetjenesten (jf Ot prp nr 10 (1998-99)) eller annen rammelovgivning (se punkt 7.5). Et fylkeskommunalt sykehusselskap må som andre sykehus innordne seg under den til enhver tid gjeldende rammelovgivning på området.

I de fylkeskommunale sykehusselskapene legges det opp til en noe mer aktiv styring og kontroll over virksomheten fra eierens side enn det som følger av aksjelovgivningen. Den overordnede fylkeskommunale styringen gjennom *selskapsmøtet* inneholder blant annet følgende elementer:

- Fastsette selskapets overordnede formål og øvrige rammevilkår for styrets ledelse av selskapet. Sykehusselskapets formål, at selskapet skal drives i tråd med helsepolitiske mål og hovedprioriteringer, vil naturlig inngå i dette.
- Fastsette generelle og spesielle instruksjoner for styret. Dette følger av at selskapsmøtet er selskapets øverste organ, og er nedfelt i lovutkastet § 12.
- Velge de personer som skal sitte i styret og avsette styremedlemmer (jf lovutkastet § 15).
- Krav om at visse avgjørelser skal godkjennes av selskapsmøtet før

avgjørelsen treffes (jf lovutkastet § 12 annet ledd). Dette kan for eksempel være større investeringer, inngåelse av vesentlige avtaler, samarbeid med andre, utskilling av datterselskap mv. Hvilke avgjørelser dette gjelder, kan presiseres i vedtektene. Saker som kan påvirke arbeidsdeling mellom sykehus og sykehusstruktur vil være typiske saker som må godkjennes av selskapsmøtet før avgjørelse treffes. Saker som må samordnes og som inngår i regionale helseplaner, som for eksempel større investeringer med implikasjoner for sykehusstrukturen, vil også måtte godkjennes av selskapsmøtet. Det er en forutsetning at de saker som skal forelegges eller godkjennes av selskapsmøtet, ikke blir så omfattende at det uthuler styrets stilling som ansvarlig for den løpende sykehusdriften.

Loven åpner for at disse elementene kan presiseres eller suppleres.

Styret

Etter mønster av annen selskaps- og foretakslovgivning skal ledelsen av et sykehusselskap høre under et styre som skal være et kollegialt organ med minst tre personer (jf lovutkast § 15). Daglig leder (sykehusdirektøren) har rett til å være tilstede i styremøtene og til å uttale seg, men har ikke stemmerett.

Styrets oppgave vil være å forvalte sykehuset på vegne av eieren, og det har det overordnede ansvar for de saker som ikke lov eller vedtekter legger til selskapsmøtet. Dette kan deles inn i saker som styret selv må avgjøre, så som virksomhets- og strategiplaner, større investeringer, tilsetting av daglig leder og viktige organisasjonsspørsmål i den grad slik saker ikke må forelegges selskapsmøtet. Et annet hovedområde er å føre overordnet tilsyn med daglig leder (sykehusdirektøren) herunder fastsette instruks for denne. Styret vil også måtte holde seg løpende orientert om sykehusselskapets økonomiske stilling, og ha ansvar for å iverksette tiltak om dette er nødvendig, eventuelt legge fram forslag til eieren om ytterligere kapitaltilførsel eller andre tiltak hvor eieren må medvirke. Viktige avtaler, herunder driftsavtaler med fylkeskommunen, inngås av styret.

Det som er sagt om styrets oppgaver tilsier at sammensetningen bør bygge på andre kriterier enn politisk representativitet.

Det er styret som representerer sykehusselskapet i forhold til fylkeskommunen som eier. Dette betyr at fylkeskommunen som eier som hovedregel bør forholde seg til styret og ikke til sykehusets administrasjon. Fylkeskommunens kontakt med administrasjonen på sykehuset må skje innenfor de rammer som følger av styrets ansvar. Dette gir et ryddig forhold mellom eieren og selskapet. Motstykket er at det er styret som er ansvarlig overfor eieren.

Daglig leder

Et fylkeskommunalt sykehusselskap skal ha en daglig leder (sykehusdirektør) som står for den daglige ledelsen av selskapet. Daglig leder er underordnet styret, som ansetter og avskjediger daglig leder og fastsetter lønnen. Nærmere regler for myndighet til daglig leder er nedfelt i lovutkastet § 21.

7.4.3 Økonomiforvaltning

Kommuneloven har i "*Heleide aksjeselskaper og stiftelser*" i kap 8 og 9 regler om fylkeskommunens økonomiforvaltning. Lovens §§ 45 og 46 omhandler års-

budsjett, og etter § 44 skal fylkeskommunen årlig vedta en rullerende økonomiplan. Lovens §§ 50-51 har nærmere regler om fylkeskommunens låneopptak og adgang til å avgi garantier. Kommunelovens økonomiregler gjelder hele fylkeskommunens virksomhet, herunder fylkeskommunalt foretak. Når et fylkeskommunalt sykehusselskap organiseres som eget rettssubjekt, innebærer dette at de nevnte bestemmelsene i kommuneloven om fylkeskommunens økonomiforvaltning ikke gjelder.

Dette betyr likevel ikke at selskapsledelsen bør stilles fritt når det gjelder selskapets økonomi. Fylkeskommunen har et overordnet ansvar for å sørge for at befolkningen har tilgang til spesialisthelsetjenester. Det at fylkeskommunens sykehus organiseres som et eget rettssubjekt, betyr ikke at fylkeskommunen kan fri seg for ansvaret for virksomheten. Konkurs vil derfor ikke være noe tenkelig alternativ i et sykehusselskap som ikke kan innfri sine forpliktelser. Dette er nedfelt i lovutkastet § 30. Et naturlig motstykke til at selskapet ikke kan tas under konkursbehandling er at fylkeskommunen er ansvarlig for at selskapskreditorer får dekning. Nærmere regler om dette er nedfelt i lovutkastet § 5.

En ordning hvor fylkeskommunen har et ansvar for sykehusselskapets forpliktelser, må gi fylkeskommunen kontroll med sykehusselskapets økonomiforvaltning. Denne kontrollen bygger på flere elementer:

- Fylkeskommunen godkjenner gjennom selskapsmøtet sykehusselskapets budsjett som er bindende for selskapsledelsen. Dette er nedfelt i lovutkastet § 25. Vesentlig budsjettavvik må rapporteres til fylkeskommunen (jf lovutkast § 26).
- Fylkeskommunen godkjenner gjennom selskapsmøtet sykehusselskapets økonomiplan. Nærmere bestemmelser om dette er nedfelt i lovutkastet § 27.
- Sykehusselskapets adgang til å ta opp lån og avgi garantier bør begrenses. Utgangspunktet må være at selskapet bare kan ta opp lån etter særskilt fullmakt fra fylkeskommunen. Låneopptak skal godkjennes av selskapsmøtet. I denne forbindelse må den som representerer fylkeskommunen påse at selskapets låneopptak ligger innenfor fylkeskommunens låneramme. Dessuten skal låneopptak godkjennes av departementet etter tilsvarende regler som gjelder for fylkeskommunens egne låneopptak. Sykehusselskapet bør ikke ha adgang til å avgi garantier. Disse begrensningene er nedfelt i lovutkastet § 29.

Det bør være kontroll- og revisjonssystemer som gir eieren kontroll med selskapets stilling og utvikling. Etter lovutkastet skal det være en revisor som velges av selskapsmøtet. I tillegg kan fylkeskommunen i vedtektene eller ved instruks fastsette ytterligere kontrollordninger. Fylkeskommunens kontrollutvalg og den fylkeskommunale revisor omfatter ikke sykehusselskapet. Derimot utøver disse kontroll med fylkeskommunens utøvelse av eierskap i selskapet. I tillegg kommer de muligheter for kontroll og styring med virksomheten som følger av fylkeskommunens eiermyndighet gjennom selskapsmøtet. Av sentral betydning for sykehusselskapets økonomi vil dessuten være de driftsavtaler om levering av sykehustjenester som fylkeskommunen må inngå med sykehusene.

Selskapets kapitalgrunnlag

Fylkeskommunen vil ha et eneansvar for tilførsel av egenkapital til selskapet.

Sykehusene vil skaffe seg inntekter ved salg av sykehustjenester, først og fremst gjennom driftsavtaler med fylkeskommunen selv. Det nærmere innholdet av disse og andre avtaler vil være av helt sentral betydning for sykehusselskapenes økonomi.

Til forskjell fra sykehus som organiseres innenfor kommunelovens system, vil fylkeskommunen som eier av sykehusselskapet ikke rå fritt over selskapets inntekter og formue. Dette tilhører sykehusselskapet og disponeres av selskapets egne organer. Ønsker eieren å ta ut midler fra selskapet for å bruke disse utenom sykehusselskapet, må dette skje gjennom egne regler for utdeling av utbytte mv. Vedtak om dette treffes i selskapsmøtet jf lovutkastet § 35. Denne begrensningen i fylkeskommunens adgang til å rå over sykehusselskapets midler bidrar til at sykehusledelsen lettere kan forutberegne selskapets økonomiske ressurser.

7.4.4 Personalforvaltning og ansattes status

Utgangspunktet er at ansatte i egne rettssubjekter ikke er ansatt i fylkeskommunen. Det vil dermed være sykehusselskapet som har arbeidsgiveransvar for sykehuset ansatte, og ikke fylkeskommunen. Overgangsordninger i forbindelse med omdanning til fylkeskommunalt sykehusselskap må vurderes i forhold til arbeidsmiljøloven, kapittel 12 a.

De ansatte skal være representert i selskapets ledende organer i samsvar med de prinsipper som gjelder for det private området. Dette innebærer at de ansatte blir representert med 1/3, med minst to av medlemmene av styret.

Etablering av et sykehusselskap gir en mulighet for at sykehuset kan endre tilknytning til arbeidsgiverorganisasjon. Eier kan velge å overlate en slik beslutning til selskapets styre, eller eier kan gjennom sin myndighet i selskapsmøtet fastsette hvilken arbeidsgiverorganisasjon som sykehusselskapet skal være tilsluttet.

7.4.5 Forvaltningsloven og offentlighetsloven

Fylkeskommunalt sykehusselskap er forutsatt underlagt forvaltningsloven og offentlighetsloven. Dette er presisert i lovutkastet § 4.

7.5 Helserettslige forhold

I forslaget til lov om spesialisthelsetjenesten (jf Ot prp nr 10 (1998-99)) er pliktene som følger av loven dels lagt på fylkeskommunen, dels på eier og dels på sykehuset selv. Det kan synes som om loven tar utgangspunkt i et system hvor sykehusene er en del av fylkeskommunen, og ikke organisert som selvstendige rettssubjekter. Det er imidlertid også i dag sykehus som er organisert som selvstendig rettssubjekt. Det er i loven forutsatt at slike sykehus kan inngå i de offentlige helseplaner. Problemstillingen er slik sett ikke ny, og eventuell bruk av formen kommunalt selskap skaper slik sett ikke nye helserettslige problemer.

Utvalget har ikke foretatt noen systematisk gjennomgang av ansvarstilordningen i lovutkastet om spesialisthelsetjenesten (jf Ot prp nr 10 (1998-99)). Det kan likevel reises spørsmål om det bør foretas en gjennomgang av ansvarstilordningen i helselovgivningen, slik at en sikrer samsvar mellom de oppgavene et rettssubjekt skal løse og det ansvaret som rettssubjektet er tillagt. Særlig bør det vurderes om sykehuset i større grad bør gjøres

til pliktsubjekt, eller om ansvaret bør ligge på fylkeskommunen, for eksempel for å ivareta koordinering og samordning eller fordi de ønskede forhold bør underlegges et politisk ansvar.

Fylkeslegens tilsynsplikt omfatter enhver som yter helsetjenester. Enhver som yter helsetjenester, uavhengig av eierskap og organisasjonsform, er pålagt visse plikter med hjemmel i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (av 30. mars 1984). I lovens § 3 heter det:

«Enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.»

En oversikt over hvilke oppgaver som er lagt hvor, og hvilket ansvar som er tillagt hvem, er også nødvendig for å oppfylle kravet til internkontroll slik den følger av tilsynsloven.

Det rettslige grunnlaget for pasientskadeerstatning er i dag regulert i midlertidig avtale mellom staten og landets fylkeskommuner. De midlertidige reglene gjelder bare offentlige sykehus og deres poliklinikker, privateide sykehus som inngår i fylkeskommunale helseplaner og privateide sykehus som får sine driftsutgifter dekket over statsbudsjettet. Andre private sykehus er i dag ikke omfattet (jf Ot prp nr 31 (1988-99)). Justisdepartementet fremmet forslag til ny lov om pasientskadeerstatning i desember 1998. I lovforslaget er det lagt til grunn at de som er gjort til ansvarssubjekter etter § 6 er pålagt å tegne forsikring (jf lovforslaget § 8). I lovforslaget § 6 heter det:

«Norsk Pasientskadeerstatning er ansvarlig for skade som kan kreves erstattet etter loven her når den er voldt i offentlig helsevesen. For øvrig er den som yter helsetjenester som nevnt i § 1 første ledd ansvarlig. Som offentlig helsevesen regnes virksomheten til staten, fylkeskommunene eller kommunene, og virksomhet som drives på oppdrag av eller med driftstilskudd fra noen av disse med mindre det er tegnet forsikring for virksomheten i samsvar med forskrift etter § 7 annet ledd annet punktum. Kongen kan gi forskrift om hva som skal regnes som offentlig helsevesen, og om hvem som har ansvar etter loven.» (§ 6).

I lovutkastet § 7 er det fastsatt at staten, fylkeskommuner og kommuner yter tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning. I § 7 annet ledd, annet punktum heter det: «*Det kan fastsettes at det for enkelte helseinstitusjoner i stedet kan eller skal tegnes forsikring som nevnt i § 8*». Forslaget til ny lov om pasientskadeerstatning inneholder altså bestemmelser som gir hjemmel for å pålegge sykehus å være medlem av Norsk pasienterstatning, uavhengig av tilknytningsform.

Bruken av organisasjonsformen kommunalt selskap for sykehus forutsettes ikke å endre det ansvar som er pålagt fylkeskommunen, eller å være til hinder for at fylkeskommunens forpliktelser som er fastsatt i lovgivningen vil bli fulgt opp på en forsvarlig måte. Gjennom sin eierposisjon og de kontrakter som inngås, må fylkeskommunen sikre at de forpliktelser den har og det ansvar den er tillagt, blir fulgt opp.

Sentralt i forhold til å sikre at sykehuset drives i tråd med helserettslige bestemmelser og at forpliktelsene i helselovgivningen følges opp, er den styringsrett fylkeskommunen har gjennom sin eierposisjon. Gjennom stiftelsegrunnlaget, vedtekter og beslutninger i selskapsmøtet kan fylkeskommunen gi

de nødvendige pålegg til sykehuset. Styringsopplegget knyttet til dette må imidlertid ikke bli så detaljert at det bryter med selskapsmodellens intensjoner om at selskapet og selskapsledelsen innenfor kontraktfestede mål, rammer og resultatkrav skal ha et helhetlig og selvstendig ansvar for sykehusets drift. Kontrakter med sykehusselskapet vil utgjøre et sentralt styringsvirkemiddel for fylkeskommunen. Sykehuset kan gjennom vedtektene pålegges å inngå kontrakt med fylkeskommunen. Sykehusets grunnleggende forpliktelser bør nedfelles i vedtektene. Den nærmere konkretisering av forpliktelsene bør kontraktfestes. Det vil være naturlig at det i kontrakten med sykehuset stilles rapporteringskrav og rett til innsyn og kontrollordninger for å gi fylkeskommunen den nødvendige sikkerhet for at forpliktelsene følges opp. Dette følger også av kravet om internkontroll (jf tilsynsloven § 3 - referert ovenfor).

Dersom det skulle oppstå behov som ikke er fanget opp av kontrakten, vil det normale være at fylkeskommunen og selskapet ved revisjon og fornyelse av avtalen ivaretar fylkeskommunens nye behov. Dersom dette ikke lar seg gjøre, eller ikke anses som hensiktsmessig, vil fylkeskommunen gjennom sin myndighet som eier i selskapsmøtet kunne få gjennomført slike tiltak som er nødvendig for å ivareta også disse behovene.

7.6 Oppsummering

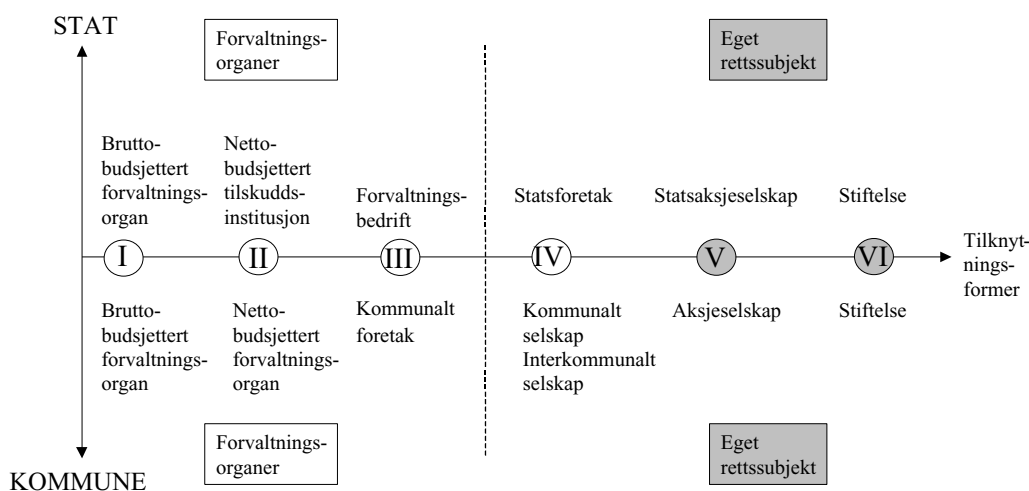
I dette kapitlet er det presentert en *ny* tilknytningsform for fylkeskommunale sykehus og beskrevet hvordan statsforetaksformen kan tilpasses de hensyn og behov som gjør seg gjeldende for statssykehusene. Tilknytningsformene tar opp i seg mange av de behovene og hensynene som er beskrevet i kapitlene 4 og 5. I "*Utvalgets vurderinger og tilrådinger*" i kapittel 9 vil utvalget gi sin vurdering av hvorvidt dette er hensiktsmessige organisasjonsmodeller for sykehus.

Kapittel 8

Heleide aksjeselskaper og stiftelser**8.1 Innledning**

I dette kapitlet presenteres heleide aksjeselskaper (punkt 8.2) - se modelltype V i figur 8.1, samt særlovselskaper (punkt 8.3) og stiftelser (punkt 8.4) - se modelltype VI i figuren.

Begge modelltypene er selvstendige rettssubjekt. Selskapsformene gir grunnlag for eierstyring gjennom generalforsamlingen, eller tilsvarende formelle møte. Stiftelsen gir ikke grunnlag for slik styring fordi den i sin grunnform er selveiende og selvstyrende. Utvalgets synspunkter på hvorvidt modellene bør brukes for sykehus gis i *"Utvalgets vurderinger og tilrådinger"* i kapittel 9.

8.2 Aksjeselskapsformen for heleid fylkeskommunal og statlig virksomhet**8.2.1 Forskjeller mellom stat og kommune i selskapstilbudet**

Figur 8.1 Organisasjonsmodeller for offentlige sykehus - modell V og VI

Offentlig engasjement gjennom heleide selskaper brukes vanligvis når staten eller fylkeskommunen/kommunen er aktiv i forretningsmessig orientert næringsvirksomhet og tjenesteyting. Primært organiseres virksomheten som et selskap når staten eller fylkeskommunen/kommunen har interesser som er knyttet til økonomisk avkastning og til at det skal eksistere en virksomhet på et bestemt virkefelt. Men selskapsorganisering blir også benyttet for virksomheter der formålet i tillegg er å være et virkemiddel for å realisere sektorpolitiske mål og/eller mer allmenne samfunnsmessige formål. Det følger

av de avgrensningene som er gjort i forhold til mandatet i "*Utvalgets mandat og arbeid*" i kapittel 3, at *deleide* selskaper faller utenfor mandatet i denne utredningen.

Det er en vesentlig forskjell mellom statlig og kommunal sektor i dag når det gjelder hvilke selskapsformer som står til rådighet (selskaper som er selvstendige juridiske personer).

For fylkeskommunal og kommunal virksomhet eksisterer i dag bare én selskapsform til anvendelse når det er tale om ene-eie: *det ordinære aksjeselskapet*. Dermed må eieren gjøre eventuelle spesialtilpasninger i aksjeselskapets *vedtekter* for å ivareta andre formål enn de forretningsmessige.

Heleide statselskaper kan være organisert i tre former, blant annet ut fra hvilken kombinasjon av formål og hensyn selskapet skal ivareta, og hvilke oppgavetyper og øvrige rammevilkår det opererer under: *statsforetak* - organisert etter lov om statsforetak (se "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.2), *statsaksjeselskaper* - statlig heleide aksjeselskaper (punkt 8.2.4) og *særlovselskaper* - selskaper organisert etter egen lov (punkt 8.3).

I statlig sektor er differensieringen i selskapenes rammevilkår altså større på *lovnivå*, eller *modellnivå*. Men også her har selvsagt eieren mulighet til å gjøre tilpasninger gjennom vedtektene.

8.2.2 Fellestrekk for dagens heleide selskapsformer i stat og kommune

- De er selvstendige rettssubjekter, med egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi.
- Staten/fylkeskommunen styrer fra eierposisjon (gjennom generalforsamling/foretaksmøte/årsmøte).
- Staten/fylkeskommunen har begrenset sitt direkte ansvar for selskapets økonomiske virksomhet i AS-formen, men ikke i statsforetaksformen. Det vil si at aksjeselskapet kan gå konkurs.
- Styring og kontroll med den enkelte virksomhet fastlegges nærmere av lovgivningen som bestemmer forholdet mellom en bestemt type selskap og eieren.
- Selskapet må vanligvis skaffe sine inntekter i markedet, men statlige eller fylkeskommunale bevilgninger i form av tilskudd eller såkalte «kjøp» av tjenester eller produkter forekommer - og kan utgjøre en større eller mindre andel av selskapets samlede inntekter.
- For statsselskapene er Riksrevisjonens myndighet begrenset til å føre kontroll med at vedkommende statsråd utøver sin eierfunksjon på en korrekt og betryggende måte, og til å kontrollere at eventuelle bevilgninger brukes i samsvar med Stortingets forutsetninger. I fylkeskommunene kan fylkesrevisjonen utøve revisjon, men da etter revisjonslovgivningens bestemmelser. Normalt benyttes statsautorisert revisor til å utføre ordinær regnskapsrevisjon for selskapet.
- De ansatte i statsselskapene er ikke statstjenestemenn/kommunale tjenestemenn. De omfattes i de fleste tilfeller ikke av de statlige/kommunale tariffavtalene, men av egne tariffavtaler⁴².
- Forvaltningslov og offentlighetslov gjelder i utgangspunktet ikke, likevel gjelder de for de myndighetsoppgavene som selskapet måtte utføre⁴³.

42. Unntaksbestemmelser for særlovselskapene NSB BA og Posten BA. Et kommunalt eid aksjeselskap kan bli medlem av Kommunenes sentralforbund (KS Bedrift) som dermed kan forhandle på selskapets vegne.

8.2.3 Aksjeselskapsformen i kommunesektoren

Boks 8.1 Aksjeselskapsformen i kommunesektoren

- Det finnes ingen systematisert oversikt over omfanget og hvilke oppgavetyper aksjeselskapsformen brukes for i dag i kommunesektoren.
- Men aksjeselskapsformen ser ut til å være forholdsvis mye brukt av kommunene, og også av fylkeskommunene. Formen brukes blant annet til å organisere energiverk, tomteselskaper, næringsutviklingsselskaper, transportselskaper og bompengeselskaper.
- For en del av selskapenes vedkommende er fylkeskommunen ene-eier av virksomheten, men aksjeselskap brukes antakelig minst like hyppig når fylkeskommunene deltar i et samarbeid med private og med andre fylkeskommuner og kommuner.
- Erfaringer med aksjeselskaper i kommunesektoren går blant annet ut på at lovverket og formen har bidratt til effektive beslutningsprosesser for disse virksomhetene. På den andre siden framheves det at selskapet blir forholdsvis uavhengig av det kommunale politiske styringssystemet (Weigård 1993).

8.2.3.1 Hovedtrekk ved formen

Eget rettssubjekt under aksjeloven

Dersom en virksomhet drives som et fylkeskommunalt eid aksjeselskap, er den ikke del av fylkeskommunal virksomhet, men et selvstendig rettssubjekt. Det er *aksjelovene*⁴⁴ og de *ordinære* bestemmelsene der som gjelder for selskapets virksomhet. Det vil være aksjeloven som bestemmer hvilke organer selskapet skal ha, hvordan disse skal være sammensatt, hvordan beslutninger skal fattes og hvem som skal fatte dem.

Styrings- og ansvarsforhold

Forholdet mellom eieren (fylkeskommunen) og selskapet vil være regulert gjennom aksjeloven. Det betyr at aksjeloven bestemmer hvordan fylkeskommunen kan utøve myndighet i selskapet og hvordan fylkeskommunen som eier kan disponere over selskapets midler. Aksjeselskapsformen innebærer et begrenset ansvar for eieren - det vil her si fylkeskommunen - og at selskapet kan gå konkurs. Et vedtak om å omdanne en eksisterende fylkeskommunal virksomhet til et aksjeselskap vil måtte fattes i fylkestinget.

I den daglige drift vil det være selskapets egne organer (styre og ledelse) som vil stå for forvaltningen av selskapet.

Fylkestinget må utøve sin eiermyndighet gjennom generalforsamlingen. I statsaksjeselskaper vil generalforsamlingen utgjøres av vedkommende statsråd. Tilsvarende er tilfellet i parlamentarisk styrte (fylkes)kommuner, der

43. Som det framgår av "*Forvaltningsloven og offentlighetsloven*" i kapittel 7.3.4, hersker det en viss usikkerhet om dette gjelder for statsforetakets del med nåværende § 4 i statsforetaksloven. Men dette er under revisjon.

44. Med aksjelovene menes lov om aksjeselskaper og lov om allmennaksjeselskaper. Her brukes fellesbetegnelsen aksjeloven

fylkes-/ byråden vil utgjøre generalforsamlingen (eventuelt fylkesrådet/byrådet i systemer med kollektivt parlamentarisk ansvar).

Med formannskapsprinsippet er det ikke klare bestemmelser for *hvem som skal representere fylkeskommunen i generalforsamlingen*. I utgangspunktet kan en aksjeeier kun møte med en representant på generalforsamlingen. Dette er også normalt i kommunalt eide selskaper hvor ordføreren eller den som bemyndiges, representerer eier. Ofte vil det være drøftinger i fylkesutvalget før en generalforsamling som kan instruere den som møter. Kommuneloven er imidlertid ikke til hinder for at fylkestinget vedtar en ordning der grupperingene i fylkestinget blir representert på generalforsamlingen. En slik ordning kan vedtektsfestes.

Med hensyn til *avstemninger på generalforsamling* er utgangspunktet at en aksjeeier må stemme samlet for alle sine aksjer. Dersom hele fylkestinget møter på en generalforsamling, vil det alternativ som flertallet stiller seg bak anses som enstemmig vedtatt. Fylkeskommunen kan også vedtektsfeste at den som aksjeeier skal la seg representere av flere med delt stemmerett. Delt stemmerett kan også vedtas med simpelt flertall på den enkelte generalforsamling. I noen tilfeller krever aksjeloven kvalifisert flertall på generalforsamlingen. I slike tilfeller kan fylkestinget treffe vedtak (ved simpelt flertall) om hvordan kommunen skal stemme i en bestemt sak. Et slikt vedtak vil binde fylkeskommunens representanter på generalforsamlingen.

Etter aksjeloven *skal* visse saker behandles av generalforsamlingen. Dette gjelder blant annet årsoppgjør, vedtektsendringer, utvidelse/nedsetting av aksjekapitalen. Videre kan det vedtektsfestes at bestemte saker ut over disse skal godkjennes av generalforsamlingen og det gjelder få unntak for hva slags saker generalforsamlingen har myndighet til å ta opp. Som hovedregel kan generalforsamlingen instruere styret.

Selskapets regnskaps- og revisjonsplikt vil følge av aksjeloven. Fylkeskommunale aksjeselskaper *kan* ha fylkesrevisjonen som revisor. Fylkesrevisjonen skal da følge revisjonslovgivningens bestemmelser, med unntak av at fylkesrevisjonen ikke skal ha taushetsplikt etter denne lovgivningen. Dette unntaket skal sikre fylkeskommunalt innsyn i virksomheten.

Ansattes status og offentligrettslige bestemmelser

De ansatte i fylkeskommunale aksjeselskaper er ikke kommunale tjenestemenn, men ansatt i selskapet. De ansatte vil ha rett til representasjon i selskapets styre og bedriftsforsamling. Fordi aksjeselskaper ikke er en del av fylkeskommunen, vil de ansatte ikke automatisk omfattes av kommunale tariffavtaler. Men det finnes et godt utbygd avtaleverk for kommunale aksjeselskaper. Hovedavtalen for kommunale aksjeselskaper regulerer de ansattes rettigheter i henhold til aksjeloven, mens hovedtariffavtalen gjelder for de aksjeselskapene som er medlem av KS Bedrift.

Som for statlige selskaper vil det ikke følge av lovgivningen at forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelder for fylkeskommunale aksjeselskaper. Dersom selskapet utøver myndighet gjennom enkeltvedtak (eller det utferdiger forskrift), vil imidlertid disse lovene gjelde for denne delen av selskapets virksomhet.

8.2.4 Statsaksjeselskapsformen

Boks 8.2 Statsaksjeselskapsformen

- Statsaksjeselskap er den mest utbredte formen blant statsselskapene (16 som ligger direkte under et departement i 1998).
- Statsaksjeselskap skal primært nyttes når det ikke foreligger særskilte sektorpolitiske hensyn, jf St meld nr 35 (1991-92).
- Formen er historisk sett i hovedsak brukt for industri- og anleggsvirksomhet, ofte knyttet til forvaltning av betydelige naturressurser (bergverk, energisektoren o.l.).
- Som hovedregel har statsaksjeselskap en monopolstilling innenfor sitt virksomhetsområde.
- Omdanning til statsaksjeselskap er ofte begrunnet med teknologisk utvikling, internasjonalisering og avmonopolisering, slik som for tidligere Televerket, NRK og Norsk Medisinaldepot.
- Spennvidden mellom statsaksjeselskapene er meget stor både med hensyn til størrelse og virksomhetsområde*:
 - Statoil og Telenor har 107 og 22 milliarder kroner i omsetning og hhv 15 000 og 19 000 ansatte. Til sammenlikning har Statens skogplanteskoler AS en omsetning på 18,6 millioner kroner og 35 ansatte, og Uninett AS med sine 14 ansatte har en omsetning på ca. 7 millioner kroner.
 - Samlet omsetning for de 16 heleide selskapene var i 1996 ca. 142 milliarder kroner. Samlet årsresultat var ca. 7,4 milliarder kroner, og utbytte betalt til eieren 2,9 milliarder kroner. Aksjekapitalen for selskapene var i underkant av 15 milliarder og egenkapitalen nesten 54 milliarder kroner. Antall ansatte i selskapene var ved utgangen av 1996 omlag 41 000.

* Se Statskonsult 1998:18 Fakta, former og fristilling.

Særbestemmelser for statsaksjeselskapene

De heleide statsaksjeselskapene reguleres av aksjelovene (lov om aksjeselskaper og lov om allmenne aksjeselskaper) - inkludert identiske særbestemmelser for de heleide statsaksjeselskapene. Statsaksjeselskapene skiller seg fra de ordinære aksjeselskapene (som altså kan nyttes i kommunesektoren) på noen punkter. Særtrekk ved statsaksjeselskapene er

- at styret oppnevnes av statsråden, som er generalforsamling
- at Kongen kan overprøve bedriftsforsamlingens vedtak om store investeringer og omlegginger av driften
- at innkalling til ekstraordinær generalforsamling i påtrengende tilfeller kan skje umiddelbart og uten at det må tas hensyn til bestemte frister
- at Riksrevisjonen har rett til å kreve de opplysningene den finner påkrevd for sin kontroll, både fra styret, administrerende direktør og den valgte revisoren.

Særbestemmelsene for et statlig eid aksjeselskap vil opphøre å gjelde dersom private eierinteresser går inn i selskapet.

Særskilt adgang for eierstyring og rapporteringsplikt - «§ 10-selskapene»

For Telenors, Statoils og NRKs vedkommende er det gjort en formell modifisering av statsaksjeselskapsmodellen gjennom innføring visse av bestemmelser i selskapets vedtekter. Selskapet og dets ledelse har vanligvis samme handlefrihet som i andre aksjeselskaper, men gjennom vedtektene har eieren (staten) gitt seg selv noe større styringsmulighet i spørsmål av vesentlig samfunnsmessig betydning:

- Selskapene er pålagt å legge fram for generalforsamlingen «alle saker som antas å være av vesentlig, prinsipiell, politisk eller samfunnsmessig betydning».
- Selskapene er pålagt hvert år å utarbeide planer for virksomheten, med datterselskaper, som skal omhandle kommende års virksomhet inkludert større omorganiseringer, forhold som kan ha distriktpolitiske effekter med mer.
- Eieren legger annet hvert år fram en melding om utviklingen og planene for disse selskapene for Stortinget.

8.2.5 Bruk av aksjeselskapsformen for sykehus

Det framgår av det ovenstående at aksjeselskapsformen er utformet for å drive forretningsorientert næringsvirksomhet og tjenesteyting i fungerende markeder, der økonomisk avkastning er et sentralt formål. Men det framgår også at det offentlige dessuten bruker formen for virksomhet som samtidig har større eller mindre innslag av allment samfunnsmessige eller sektorpolitiske formål. Derav følger det *behov for styringsmuligheter* fra de politiske organer på eiersiden overfor kommunale og statlig aksjeselskaper. Dette er ivaretatt for de *heleide statsaksjeselskapene* gjennom særbestemmelser i aksjeloven og for en del av dem også ved særskilte bestemmelser i vedtektene. For *kommunalt eide aksjeselskaper* er dette ivaretatt gjennom særbestemmelser i vedtektene. Innslaget av konkurranse på de heleide offentlige selskaperens kjerneområder er til stede, men varierer ganske mye mellom selskapene.

I aksjeselskapsformen er det trukket opp klare styrings- og ansvarsforhold mellom eier, styre og daglig ledelse. Markedskonkurransen forutsettes å balansere den styringsmessige handlefrihet selskapet har i forhold til eieren. Risikoen som frambringes gjennom konkurranse avspeiles i blant annet eierens ansvarsbegrensning.

Særskilt regulering av sykehus-AS i vedtektene

Blant annet viser eksemplene fra en del statlige aksjeselskaper («§ 10-selskapene», punkt 8.2.4) at det er muligheter for eieren gjennom vedtektsutforming til å fremme styrings- og kontrolladgang ut fra ikke-kommersielle formål og hensyn.

Dersom aksjeselskapsformen skal nyttes for sykehus, er i det minste de nedenfor nevnte forholdene sentrale.

- Helsepolitiske formål og hensyn som ikke forutsettes ivaretatt gjennom avtaler og kontrakter med sykehusene, må legges inn i vedtektene.
- I vedtektene er det *mulig* å regulere en rekke forhold, blant annet:
 - sykehusselskapene kan pålegges å legge fram for generalforsamlingen «alle saker som antas å være av vesentlig, prinsipiell, politisk eller samfunnsmessig betydning»

- sykehusselskapene kan pålegges hvert år å utarbeide planer for virksomheten (med eventuelle datterselskaper), som skal omhandle kommende års virksomhet inkludert større omorganiseringer
- eieren kan med visse mellomrom legge fram en melding om utviklingen og planene for selskapene for fylkestinget
- rammer for investeringer og låneopptak kan reguleres gjennom vedtektene
- adgang for generalforsamlingen til å forhåndsgodkjenne etablering av datterselskap.

Inntjening i et marked og forretningsmessighet er vanlige trekk ved aksjeselskapsmodellen når den anvendes. Dette vil være de vesentligste kildene for styringen av selskapet. Brukt for sykehusdrift er det rimelig at dette korrigeres, og at det åpnes for andre eksterne styringskilder - primært gjennom eierens utforming av vedtektene. Hvorvidt slike korreksjoner i modellens grunntrekk er *ønskelig* og hvilke *effekter* det kan ha å trekke modellen «inn» i retning av en faktisk mellommodell (blant annet med hensyn til ansvars- og rolledeling mellom eier, styre og daglig ledelse) ligger inne i utvalgets vurdering av forskjellige modeller i "*Utvalgets vurderinger og tilrådinger*" i kapittel 9.

Prinsippene som er nedfelt i offentlighetsloven og forvaltningsloven må fra eierens side eventuelt pålegges selskapet gjennom vedtektsbestemmelser. Når det gjelder helserettslige forpliktelser ved organisering av sykehus som selvstendige rettssubjekter, vises det til drøftingen i "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.5.

Konkursinstituttet

I aksjeselskaper er eierens ansvar begrenset til aksjekapitalen. Det betyr blant annet at selskapet kan gå konkurs. I praksis er det vanskelig å tenke seg at eierne vil kunne la store region- og sentralsykehus i Norge gå konkurs. Men det er ikke utenkelig i situasjoner med overkapasitet at spørsmålet kan reises om berettigelsen av eksistensen til for eksempel spesialsykehus som leverer tjenester i konkurranse med private. Videre kan fall i pasienttilgang/etterspørsel og økonomiske vansker være et signal om behov for, og gi anledning til, å restrukturere sykehusvirksomhet. Ved bruk av aksjeselskapsformen for visse funksjoner *utenfor* sykehusets kjernevirksomhet (dvs pasientbehandling, undervisning og pasientopplæring) vil sannsynligheten for faktisk bruk av konkursinstituttet i en kritisk situasjon øke, særlig hvis alternative tjenesteleverandører eksisterer.

8.3 Særlovselskap - selskap med hjemmel i egen lov

Boks 8.3 Særlovselskaper

- Særlovselskapene skiller seg fra (stats-)aksjeselskap og statsforetak ved at hvert enkelt av selskapene er opprettet og drives med hjemmel i egen lov.
- De viktigste særlovselskapene er: AS Vinmonopolet, Norsk Tipping AS*, NSB BA, Postbanken BA, Posten Norge BA, og Statens nærings- og distriktsutviklingsfond (SND).

- Særlovselskapene er, med unntak for Postbanken BA, etablert der basisvirksomheten er i en monopolsituasjon på sitt virkefelt og et sektorpolitisk instrument.
- Særlovselskapenes oppgavetyper spenner over monopolbasert og konkurranseutsatt tjenesteyting, næringsvirksomhet, virkemiddeldisponering, bankvirksomhet og pengespillforvaltning.
- Antall ansatte i særlovselskapene var nesten 42 000 i 1997, hvorav NSB og Posten Norge hadde alene 38 500.

* AS-betegnelsen i navnene er historisk betinget. Vinmonopolet hadde fra opprettelsen i 1932 private eiere. Fram til 1993 var Norsk Tipping AS eid i fellesskap av staten, Norges Idrettsforbund og Norges Fotballforbund. Fra 1993 har Norsk Tipping vært et heleid statlig selskap som drives med hjemmel i pengespilloven.

8.3.1 Innledning

I "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7 legges det fram forslag til en ny, *allmenn* modell - kommunalt selskap som er utformet ut fra rammevilkår i sykehussektoren. Denne generelle modellen er der drøftet i forhold til - og foretrukket framfor - den modellen som går ut på at sykehus kan organiseres som selskap etter *en egen lov - det vil si en lov spesialutformet for fylkeskommunale sykehus* («lov om fylkeskommunale sykehusforetak»). I lys av dette skal vi derfor ikke gå mer inn på *denne* varianten av særlovsorganisering av offentlig virksomhet.

En annen måte å nytte særlov på er å organisere ett enkelt selskap etter en egen lov - alternativt at flere selskaper organiseres etter hver sin, men i stor grad, likelydende lover. Eksempel på det siste er særlovene for henholdsvis Posten Norge BA og NSB BA. Denne formen for organisatorisk særlovgivning er benyttet i *statssektoren*, og den kunne tenkes å være et alternativ til å benytte statsforetaksformen for statssykehusene.

Vi skal her gjennomgå dagens viktigste særlovselskaper innenfor statlig sektor.

8.3.2 Fellestrekk for særlovselskapene

Det er et skjønnsspørsmål om en skal kategorisere særlovselskapene som én undergruppe statsselskaper eller som en samling selskaper i en restkategori. Det som skiller særlovselskapene fra (stats-)aksjeselskap og statsforetak, er at hvert enkelt av selskapene er opprettet og drives med hjemmel i egen lov. Felles for særlovselskapene er at staten er eneeier, og at de er egne rettssubjekter.

Benevnelsen BA hos tre av særlovselskapene står for begrenset ansvar. Det innebærer at statens økonomiske ansvar som eier begrenser seg til den kapitalen staten har skutt inn i selskapet - slik som i (stats)aksjeselskapene. Dagens særlovselskaper kan formelt gå konkurs, i motsetning til statsforetakene.

I selskapenes lover er det blant annet gitt bestemmelser om organisering, styringsforhold og løpende drift. I tillegg gir lovene bestemmelser om forvaltning, tilsyn og kontroll med virksomheten. De fleste særlovene bygger på prinsippene for aksjeselskap eller statsforetak, slik at statens styring av særlovselskapene følger styringsprinsippene for disse selskapsmodellene.

Ved siden av at selskapene skal drives etter forretningsmessige prinsipper skal de også ivareta *spesifikke samfunnsoppgaver*. Dette hensynet er vurdert å være spesielt viktig slik at lovregulering blir valgt som politisk styringsvirkemiddel. Konsekvensene er at eieren, Kongen/departementet, får begrenset sin myndighet i sin overordnede styring av selskapet. Endringer i rammene for særlovselskapene må vedtas av Stortinget.

De ansatte er ikke statstjenestemenn, og deres rettigheter er regulert gjennom arbeidsmiljøloven og arbeidstvistloven, men her er det unntaksbestemmelser. Offentlighetsloven og forvaltningsloven gjelder ikke, så sant det ikke dreier seg om myndighetsutøvende virksomhet.

Etter at statsforetaksformen ble etablert ble det i de forvaltningspolitiske retningslinjene fra 1992 lagt til grunn at staten skulle velge enten aksjeselskapsformen eller statsforetaksformen ved selskapsorganisering av statlig virksomhet (St meld nr 35(1991-92)). Som det framgår av det ovenstående, er særlovselskap likevel benyttet i flere tilfeller også i 1990-årene.

8.3.3 Variasjoner mellom selskapene

Særlovselskapenes *oppgavetyper* varierer mellom monopolbasert og konkurranseutsatt tjenesteyting, næringsvirksomhet, virkemiddeldisponering, bankvirksomhet og pengespillforvaltning. Med ett unntak er særlovselskapene etablert der basisvirksomheten er i en monopolsituasjon på sitt virkefelt, og der den samtidig er et instrument i sektorpolitikken på et område, og/eller de statlige kontrollbehovene med virksomheten er spesielle. Dette kan medføre at selskapet pålegges å ivareta samfunnsmessige hensyn i tillegg til de rent forretningsmessige. Monopoldelens andel av samlet omsetning/inntjening varierer mellom selskapene, og flere av selskapenes konkurransemessige rammevilkår har vært under endring de siste årene med økende konkurranse fra private aktører.

Særlovselskapene er *organisert med trekk fra flere tilknytningsformer*. Den særskilte utformingen av organisasjons- og styringsformer og ansvarsforhold i særloven for SND ligger nært opp til dagens statsforetaksmodell ut fra statens økonomiske ansvar. NSB, Postbanken og Posten Norge ligger nærmere statsaksjeselskapsformen. Vinmonopolet og Norsk Tipping har helt særegne organisasjons- og styringsformer.

Det er variasjoner med hensyn til interne styringssystemer og statens eierstyring. Alle særlovselskapene har eget styre. Det er styrets ansvar blant annet å ansette direktør. Men det er gjort unntak for Vinmonopolet og Norsk Tipping, hvor henholdsvis Kongen og departementet utnevner direktør. I loven for Vinmonopolet og lov om pengespill for Norsk Tipping er det en bestemmelse om at aksjeselskapsloven ikke gjelder for disse selskapene, men det ikke er tatt inn i lovene bestemmelser om hvordan eiermyndigheten skal utøves. Dette er tatt inn i særlovene for de andre selskapene.

Eiers styring er formalisert gjennom det som enten kalles generalforsamling, foretaksmøte eller årsmøte. Etter lovene skal de fleste særlovselskapene ha bedriftsforsamling, men bare Vinmonopolet har det. Vinmonopolet, Norsk Tipping og Postbanken har også egen kontrollkomité.

For NSBs og Postens vedkommende er trekk fra den tidligere forvaltningsbedriftsformen opprettholdt gjennom bestemmelser i særlovene. Det gjelder bestemte rettigheter for de ansatte, rett til ventelønn og fortrinnsrett til statsstillinger. Disse rettighetene tilsvarer dem som gjelder for statstjenestemenn. Dessuten er det statlige avtalesystemet videreført, og tjenest-

etvistloven gjelder med noen unntak. NSB og Posten har derfor fortsatt sin arbeidsgivertilknytning til staten etter omdanningen.

8.3.4 Sykehus som særlovselskap

Hovedpoenget med å bruke særlov framfor en eksisterende modell måtte være å gjøre *spesialtilpasninger i lovs form* for organisering av sykehusvirksomhet i en frittstående tilknytningsform. Ved siden av varianten felleslov for sykehusforetak (jf punkt 8.3.1 og "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7) vil det kunne tenkes en egen lov for Rikshospitalet og en for Radiumhospitalet. En ville da kunne få en modellutforming på *lovnivå* som er mer skreddersydd for de formål, hensyn og oppgavetyper som skal ivaretas ved et bestemt sykehus. Slike spesialtilpasninger vil eventuelt måtte tas på *vedtektsplanet* dersom en *allmenn* organisasjonsmodell benyttes.

Friheten til spesialtilpasning i en særlov vil være relativt stor, og selvsagt større enn innenfor en AS-form eller statsforetaksform. Lovgiver står selvfølgelig fritt til å utforme en slik særlov. Men dersom en skal legge mønsteret fra de nåværende statlige særlovselskapene til grunn, vil det likevel være noen «obligatoriske» punkter for å skille formen fra virksomheter som er del av fylkeskommunen eller staten som juridisk person:

- sykehuset som selvstendig rettssubjekt
- sykehuset har bare en eier
- ivaretagelse av sektorpolitiske og samfunnsmessige hensyn må gjenspeiles i eiers styringsmuligheter i bestemte typer saker
- eiers styring er formalisert gjennom foretaksmøte eller lignende
- styret og den daglige ledelse har et selvstendig ansvar for drift og resultater
- egenkapital til foretaket er avsatt
- drifts- og investeringsbudsjett vedtas av sykehuset selv
- endringer i rammene for sykehusforetakene må vedtas av Stortinget.

Andre rammer for et sykehusforetak organisert etter egen lov står en i utgangspunktet fritt til å utforme. Dette gjelder forhold som hvorvidt eieren skal ha begrenset eller ubegrenset ansvar for sykehuset og dermed spørsmålet om formell konkursmulighet, de ansattes status, arbeidsgivertilknytning og avtaleforhold, forholdet til forvaltningslov og offentlighetslov mv. Når det gjelder helserettslige forpliktelser ved organisering av sykehus som selvstendige rettssubjekter, vises det til drøftingen i "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.5.

8.4 Stiftelser

8.4.1 Trekk ved tilknytningsformen

Den tredje hovedtilknytningsformen som blir nyttet for offentlig virksomhet, er stiftelser. I praksis rommer denne hovedformen en rekke variasjoner når det gjelder både eksternt og intern organisering.

I likhet med selskapene er stiftelsen et selvstendig rettssubjekt, og den er ikke del av staten/fylkeskommunen rettslig sett. Men til forskjell fra selskapene er stiftelsen som organisasjonsform en *selveiende* enhet. Den *eies* altså ikke av utenforstående, verken av offentlige eller av private rettssubjekter.

Dette har følger for det offentliges muligheter til å utøve styring overfor stiftelsen.

Stiftelsene er regulert av stiftelsesloven av 1980. *Hovedtrekkene* ved stiftelsesformen etter denne loven er:

- en reelt selveiende institusjon og et selvstendig rettssubjekt
- eksistensen av et grunnfond for stiftelsens virksomhet
- et fastlagt formål for virksomheten

Det er også krav om at stiftelsen skal ha et styre og vedtekter, møtebok og regnskapsførsel. Betegnelsen «offentlig stiftelse» i gjeldende lov er en kilde til klarhet. Den innebærer bare at stiftelsen er underlagt offentlig tilsyn - uavhengig av om den har offentlige eller private stiftere.

De stiftelsene som er opprettet av staten eller fylkeskommunen, omfattes ikke av statens/fylkeskommunens gjennomgående regelverk for forvaltningen: budsjett- og økonomireglement, personalforvaltning, tjenstemannslov, kommunelov, tariffavtaler, forvaltningslov og offentlighetslov. Ved siden av avsetning av penger til grunnkapitalen kan staten/fylkeskommunen bevilge penger til stiftelser. Omfanget varierer fra nærmest fullfinansiering av driften ved årlige bevilgninger, til mindre overføringer eller tilskudd til bestemte oppgaver og aktiviteter. Bevilgninger kan gis med mer eller mindre spesifiserte vilkår og formål for disponeringen av dem. Riksrevisjonens og kommunerevisjonens kontrollmyndighet vil være avgrenset til stiftelsens eventuelle bruk av slike midler.

Et regjeringsoppnevnt utvalg la i mai 1998 fram en innstilling med forslag til ny lov om stiftelser (NOU 1998:7 *Om stiftelser*). Noen viktige forskjeller mellom lovforslaget og gjeldende lov skal nevnes kort. Skillet mellom offentlige og private stiftelser i ovennevnte forstand oppheves. I forslaget til ny lov skilles det bare mellom det som kalles «almennelige» og «næringsdrivende» stiftelser. Flere nye regler tar sikte på å verne om stiftelsens selvstendighet. Det vil si at stiftelsene forvaltes som frittstående rettssubjekter uten påvirkning fra dem som gjør krav på «eierskap» eller fra andre utenforstående. Det legges opp til et mer strukturert regelsett for og gjennomføring av offentlig tilsyn og kontroll med stiftelsene, og blant annet foreslås det opprettet et stiftelsestilsyn med en tilhørende uavhengig stiftelsesklagenemnd.

8.4.2 Hovedtyper stiftelser med offentlig tilknytning

I vår sammenheng innsnevres den videre presentasjonen til stiftelser der *fylkeskommunen* eller *staten* har en rolle. Det vil si stiftelser som er etablert med medvirkning av et statlig eller fylkeskommunalt organ, og stiftelser som mottar statlig/fylkeskommunalt tilskudd til driften av sin virksomhet (prosjektstøtte og veldefinerte aktivitetstilskudd er definert ut i denne konteksten).

Det er flere kjennetegn som det er mulig å dele stiftelsene inn etter⁴⁵. En måte er *trekk ved etableringsdeltakelse* og *omfanget av offentlig finansiering* av virksomhetens drift. Dette gir grunnlag for følgende inndeling:

- *Sentralstiftelser* er etablert under medvirkning av de sentrale statsmyndighetene (departement/regjering/storting) eller de sentrale fylkeskommunale organene (f.eks. museer og andre kulturinstitusjoner, stiftelser innenfor forskning, miljøvern med mer).

45. Framstillingen i det følgende bygger på Statskonsult 1998:18, Fakta,former og fristilling kapittel 6.

- *Randsonestiftelser* er etablert i tilknytning til/under medvirkning av statsinstitusjoner utenfor departementene, eventuelt etater og institusjoner i kommunesektoren (f.eks. forskningsstiftelser ved høyskolene).
- *Privatetablerte stiftelser med offentlig majoritetsfinansiering* er stiftelser der staten/fylkeskommunen/kommunen finansierer halvparten eller mer av institusjonens virksomhet (som en del museer, private skoler, sykehus og pleieinstitusjoner).
- *Privatetablerte stiftelser med offentlig minoritetsfinansiering* er stiftelser som mottar tilskudd som utgjør mindre enn halvparten av deres respektive budsjett (det er store variasjoner også med hensyn til grunnfinansiering og aktivitetstilskudd).

Både sentralstiftelser og randsonestiftelser kan være *samarbeidsstiftelser*. Med det forstås stiftelser som en offentlig virksomhet har etablert og skutt inn grunnkapital i, sammen med andre statlige/fylkeskommunale, kommunale virksomheter, private bedrifter, organisasjoner mm. Vanligvis skjer det da en motsvarende offentlig delfinansiering av disse stiftelsenes drift. På et vis er dette stiftelsesformens parallell til deleide selskaper.

8.4.3 Offentlige styringsvirkemidler overfor stiftelser

Ikke etats- eller eierstyring

Det formelle utgangspunktet er at (fylkes)kommunens eller statens *styringsvirkemidler* overfor selveiende institusjoner er *begrensede og færre* i forhold til dem som kan brukes overfor både forvaltningsorganer og statseide selskaper.

Instruksbasert styring (etatsstyring) eller eierstyring (styring gjennom foretaksmøte/generalforsamling) kan ikke benyttes.

Dermed gjenstår følgende styringsvirkemidler:

- generell og sektorspesifikk lovgivning og forskriftsutforming
- utforming av vilkår ved bevilgninger (både i form av rundsumbevilgninger og formålsspesifikke bevilgninger)
- oppnevning av styre eller styremedlemmer (eventuelt (i) andre styrende organer)
- fastsetting eller godkjenning av vedtektene og endringer i dem.

De to første virkemiddeltypene tilsvarer virkemidler det offentlige kan bruke overfor alle slags private rettssubjekter. Den første virkemiddeltypen kan bare staten benytte, de tre siste er felles for fylkeskommune og stat.

Spennvidde mellom mulig og faktisk styring

Også innenfor stiftelsesformen er det en ganske stor spennvidde med hensyn til mulig og faktisk styring fra offentlige organers side. Selv om stiftelsen formelt er selveiende og selvstyrende, er det mulig å skape vilkår for en forholdsvis tett styring gjennom utvelgelse og kombinasjon av styringsvirkemidler. Ved sterkt spesialisert lovgivning, der stiftelsen i tillegg gis forvaltningsmyndighet i lovs form, vil et statsorgan til og med kunne ha instruksjonsmyndighet over stiftelsen på det definerte området.

Dessuten er i en del tilfeller stiftelsens virksomhet helt eller for størstedelen finansiert av fylkeskommunen eller staten. Hvis disse forholdene suppleres med nøye spesifiserte vilkår for anvendelse av midlene og krav til driften, kan stiftelsen styres fra vedkommende myndigheter i et omfang som

ikke avviker så mye fra forholdet til et forvaltningsorgan. Hvorvidt dette er *ønskelig*, er et annet spørsmål, se også punkt 8.4.6 og "*Utvalgets vurderinger og tilrådinger*" i kapittel 9.

8.4.4 Stiftelser med statlig tilknytning

Boks 8.4 Stiftelser med statlig tilknytning

- I en undersøkelse foretatt av Statskonsult, ble det til sammen registrert en eller annen form for statlig tilknytning til 240 stiftelser. Om vi holder folkehøgskoler og private skoler utenfor, er antallet om lag 175.
- Det foreligger ikke tall for hvor mange ansatte det er i stiftelsene. Statens tilskudd til stiftelser beløper seg til et samlet beløp på mellom 1,5 og 2 milliarder kroner.
- Av de 200 av stiftelsene det foreligger data om, er noen flere stiftelser som er majoritetsfinansierte enn minoritetsfinansierte - om lag 110 mot 90.
- I 60 av stiftelsene har staten medvirket ved etableringen. Når staten velger stiftelsesformen, ser det helst ut til å være for å samarbeide med andre. I datagrunnlaget er det omtrent dobbelt så mange samarbeidsstiftelser som enestiftelser. Sentralt etablerte samarbeidsstiftelser er den største enkeltgruppen (20).
- Departementene, og i noen tilfeller Kongen (regjeringen), har adgang til å oppnevne ett eller flere medlemmer til styret i rundt 70 stiftelser.
- Ved etableringen har staten i de fleste tilfeller sikret seg adgang til å godkjenne endringer i vedtektene. Men denne adgangen gjelder også i forhold til en del privatetablerte stiftelser, slik at totalantallet er 58.
- Det er minst seks privatetablerte stiftelser der staten har styringsadgang i form av oppnevning av styremedlemmer og/eller godkjenning av vedtektene.

Kilde: Statskonsults undersøkelse med data fra 1996 og 1997 gjengitt i Statskonsult 1998:18 Fakta, former og fristilling.

I boks 8.4 er det gjengitt noen hovedtall for stiftelser med statlig tilknytning. Stiftelsenes *faktiske* tilknytning til staten synes å variere fra å være private, uavhengige virksomheter som mottar minimale tilskudd til å være på linje med statlig fullfinansierte «forvaltningsorganer», jf ovenfor. I mange tilfeller framstår staten som svært viktig for stiftelsens eksistens og oppgaveløsning. Samtidig synes mange stiftelser å utføre relativt viktige oppgaver på vedkommende departements politikkområde. Dette indikerer at det i flere tilfeller er en gjensidig avhengighet mellom stat og stiftelse.

8.4.5 Stiftelser med fylkeskommunal tilknytning

Det finnes ingen offisiell statistikk over antall registrerte stiftelser i Norge, og eldre stiftelser er foreløpig ikke registrert i Enhetsregisteret. Det er heller ingen samlet oversikt over stiftelser i kommunal sektor (NOU 1998:7, s.15).

I en NORUT-rapport (Weigård 1993) gjennomgås blant annet bruken av stiftelsesformen i et utvalg kommuner og fylkeskommuner. To fylkeskommuner er med i utvalget, slik at det for fylkeskommunene bare kan gis *eksempler*.

De to fylkeskommunene (Akershus og Vest-Agder) har begge brukt stiftelsesformen for virksomheter som de selv har etablert - såkalte boligstiftelser. I tillegg har en av fylkeskommunene *deltatt* i etableringen av stiftelser sammen med andre. Dette gjelder Akershus som sammen med andre står bak opprettelsen av Hjertesenteret og Høgskolesenteret på Kjeller. I tillegg har Akershus et samarbeid med en stiftelse som de ikke selv står bak. Dette gjelder Martine Hansens Hospital der fylkeskommunene har en avtale om driftstilskudd som betinger at fylkeskommunene godkjenner institusjonens budsjett. NORUT-rapporten går også gjennom kommunenes bruk av stiftelser, og viser at dette er en form som brukes for *samarbeid* med andre. Formen brukes gjerne for virksomheter med kulturelle eller sosiale formål. Kommunenes erfaring med bruk av formen er at den vanligvis fungerer tilfredsstillende. Samtidig har en del kommuner negative erfaringer med hvor autonom formen gjør virksomheten, og hvor komplisert det er å oppløse en stiftelse.

8.4.6 Sykehus som stiftelser

I dag er det få sykehus som er stiftelser. Men enkelte av dagens sykehus er av historiske grunner stiftelser etablert av private, ideelle organisasjoner. Et eksempel er Diakonhjemmet i Oslo. På alle andre dimensjoner enn organisasjons- og eierformen skiller de seg ikke fra offentlige sykehus. De er offentlige finansierte, inngår i de offentlige helseplanene og er underlagt sykehusloven mv. Mye tyder på at de aktuelle fylkeskommunenes relasjoner til sykehus organisert som stiftelser i hovedsak ikke har atskilt seg mye fra forholdet til de sykehusene som er del av fylkeskommunen.

Fylkeskommunen har ansvar for en rekke forhold knyttet til sykehusdrift. Videre er det nasjonale mål knyttet til blant annet sykehusstruktur, som skal ivaretas gjennom blant annet de regionale helseutvalgene. Dersom fylkeskommune og stat skal ta stiftelsesformen på alvor og respektere dens grunntrekk som selveiende og selvstyrende institusjon, er det et viktig spørsmål hvordan de sentrale trekkene ved stiftelsesformen vil legge til rette for offentlig styrbarhet og ansvar. Dette gjelder kanskje spesielt dersom *mange* sykehus skulle bli omdannet til stiftelser. Når det gjelder helserettslige forpliktelser ved organisering av sykehus som selvstendige rettssubjekter, vises det til drøftingen i "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.5. Også i denne forbindelse skal det påpekes at det offentlige overfor stiftelser vil mangle den kanalen for eierstyring som vil foreligge innenfor de forskjellige selskapsformene.

Ved vurdering av eventuell omdanning av offentlig sykehus til stiftelse vil det måtte overveies om de foreliggende styringsbehovene vil kunne føre til

- enten at stiftelsesformen blir til hinder for å ivareta sentrale mål (fravær av muligheter til å styre gjennom eierkanalen og mulighetene til å endre virksomhetens formål, store formelle vansker med å slå sammen eller dele opp sykehus etc)
- eller at stiftelsesformens realiteter undergraves gjennom den faktiske utøvelsen av styringen (styring gjennom lovgivning og forskrifter, vilkår ved tilskudd, vedtektsendringer og styreoppnevning), fordi slik styring anses nødvendig for å oppfylle de offentlige styringsbehovene

Det siste vil være en indikasjon på at en annen tilknytningsform burde vært valgt.

Utvalget har gitt en kortfattet vurdering av bruk av stiftelsesformen for sykehus i "*Utvalgets vurderinger og tilrådinger*" i kapittel 9.

8.5 Oppsummering

Heleid fylkeskommunalt *aksjeselskap* er i dag den eneste tilgjengelige selskapsformen for organisering av sykehus i fylkeskommunal sektor som vil kunne brukes for sykehus. For statssykehusene er det mulig å benytte *statsaksjeselskapsformen*. Aksjeselskapsformene er utformet for forretningsmessig tjenesteyting og næringsvirksomhet. Et særkjennetegn er konkursinstituttet. Den nærmere utformingen og praktiseringen av modellene i statlig og fylkeskommunal sektor viser at vedtektene kan brukes for å sikre en tettere overordnet eierstyring med virksomheten enn det grunnmodellen legger opp til gjennom aksjeloven.

I særlovselskap kan slike særskilte hensyn ivaretas i den enkelte selskapsloven. Dette er en mulighet staten har, som fylkeskommuner og kommuner ikke har.

Overfor *stiftelsene* har stat og fylkeskommune et mindre antall styringsteknikker til rådighet enn overfor forvaltningsorganer og selskaper. De viktigste i tillegg til eventuell vedtektsutforming ved etablering av stiftelsen, er avtaler og vilkår ved bevilgninger til stiftelsen, oppnevning av styrerepresentanter og godkjenning av vedtekter og vedtektsendringer. Dessuten har staten muligheter gjennom særlovgivning (for eksempel lov om spesialisthelsetjenester) til å påvirke rammevilkårene for stiftelsene. En vurdering av det offentlige styringsbehov overfor sykehus i forhold til de foreliggende styringsmulighetene synes særlig viktig ved overveielse av å bruke stiftelsesformen for sykehus.

Kapittel 9

Utvalgets vurderinger og tilrådinger**9.1 Innledning**

Utvalgets vurderinger og tilrådinger bygger på helsepolitiske mål, på hensynet til demokratisk styring og forvaltningsmessig oversiktliggheit samt på de styringsmessige utfordringer som sykehusene og spesialisthelsetjenesten står overfor. Dette utgangspunktet rekapituleres kortfattet i punkt 9.2.

Utvalget står sammen i sin påpeking av et generelt reformbehov i styringen av de offentlige sykehusene. Dette gir grunnlag for et felles syn på hvordan sykehusene bør styres innenfor rammen av forvaltningsorganisering. Dette drøftes nærmere i punkt 9.3.

I punkt 9.4 drøfter utvalget andre tilknytningsformer enn forvaltningsorgan. Flertallet i utvalget mener at det eksisterer et behov for å åpne for andre tilknytningsformer enn forvaltningsorganisering, dvs. for at offentlige sykehus kan organiseres som rettslig selvstendige enheter. Flertallet står bak den prinsipielle begrunnelsen for denne anbefalingen. Det eksisterer imidlertid ulike premisser for flertallets anbefaling, og det redegjøres for disse i punkt 9.4.4. Mindretallet i utvalget mener at det ikke er behov for å åpne for at stat eller kommune bør gå ut over forvaltningsmodellen, og at bruk av andre tilknytningsformer kan ha uheldige effekter, jf punkt 9.4.5.

I punkt 9.5 drøftes statlig godkjenning av tilknytningsformer. Utgangspunktet for problemstillingen er at alle sykehus vil være underlagt statlig godkjenning når sykehuset etableres - uavhengig av tilknytningsform. Godkjenningsspørsmålet dreier seg om sykehus som i utgangspunktet er organisert som forvaltningsorgan og som skal omorganiseres til selvstendige rettssubjekter, slik som statsforetak, kommunalt selskap, aksjeselskap eller stiftelse. Det er et spørsmål om en slik omdanning vil være en så vesentlig endring i forhold til det grunnlag som den opprinnelige godkjenningen ble gitt på, at det tilsier en ny prøving fra myndighetenes side for å sikre at sykehuseiers helserettslige forpliktelser vil ivaretas. Et eventuelt godkjenningssystem forutsetter etter utvalgets oppfatning at staten har en klar lovbestemmelse som gir plikt til å forelegge slike omlegginger for statlige helsemyndigheter og som i forhold til nærmere angitte kriterier gir adgang til å stille krav til omleggingen og eventuelt å nekte sykehuseierne at omorganisering foretas. Flertallet i utvalget mener det ikke er behov for et slikt godkjenningssystem. Mindretallet anser imidlertid at en slik godkjenning er en forutsetning for omdanning av offentlige sykehus til selvstendige rettssubjekter.

9.2 Utvalgets prinsipielle utgangspunkt

Valg av tilknytningsform for offentlige sykehus bør etter utvalgets oppfatning bygge på tre hovedhensyn: hensynet til de helsepolitiske målene, hensynet til demokratisk styring og forvaltningsmessig hensiktsmessighet, samt hensynet til de styringsmessige utfordringer som spesialisthelsetjenesten står overfor og vil komme til å stå overfor i framtiden.

9.2.1 Helsepolitiske hensyn

Valg av tilknytningsform bør etter utvalgets oppfatning sees i et bredt helsepolitisk perspektiv. I tråd med gjennomgangen i "*Pasienten, samfunnet og sykehuset*" i kapittel 1 betyr dette at sykehusenes tilknytningsform sees som ett av flere virkemidler for å nå overordnede samfunnsmessige mål, herunder høy kvalitet, tilstrekkelig omfang av pasientbehandlingen og at fordelingspolitiske mål nås. Hensynet til pasientene - både på kort og på lang sikt - er et grunnleggende premiss for utvalgets vurderinger. Tilknytningsformene skal sammen med andre virkemidler bidra til å opprettholde langsiktige investeringer i bygninger, sykehusutstyr og annen kapital. De må også ivareta opplæring av helsepersonell og forskning og sørge for nødvendig opplæring av pasientene. Utvalget mener at økende grad av fristilling i kombinasjon med innsatsstyrt finansiering og fritt sykehusvalg ikke må svekke sykehusenes plikt til å ivareta langsiktige oppgaver, som forskning og utdanning.

Utvalget mener at de offentlige sykehusene skal underlegges folkevalgt styring og kontroll. Demokratiske organer skal ha innflytelse på sykehusstrukturen, blant annet for å sikre god tilgjengelighet av spesialisthelsetjenester over hele landet. Fylkeskommunene må ha muligheter til å følge opp sine forpliktelser innenfor rammen av regional helseplanlegging. Folkevalgte organer forutsettes også å ha styring slik at hele befolkningen har tilgang til de aktuelle sykehustjenestene. Dette forutsetter blant annet at fylkeskommunen følger opp at sykehusene tilbyr et psykiatrisk helsetilbud, et tilbud til kronisk syke pasienter og til pasienter med geriatriske sykdommer. Tilsynsmyndighetene skal blant annet kontrollere virksomheten i sykehusene og gi nødvendige pålegg, jf. "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.5.

Tilknytningsformen regulerer forholdet mellom de offentlige sykehusseierne - fylkeskommunene og staten - og sykehusene. Det ligger i selve betegnelsen at utvalget skal utrede hvordan sykehusene skal være knyttet til sine eiere. Tilknytningsformer har ikke direkte betydning for pasientbehandling, pasientopplæring, utdanning, eller forskning. Indirekte kan tilknytningsform ha vesentlig betydning: Tilknytningsform er bestemmende for formene for folkevalgt styring, og for sykehusets og sykehusledelsens muligheter til å drive sykehuset på en effektiv måte. I annen omgang kan dette påvirke kvalitet, omfang, prioritering og innretning av tjenesteyting i spesialisthelsetjenesten.

9.2.2 Demokratiske og forvaltningspolitiske hensyn

Valg av tilknytningsform må etter utvalgets oppfatning sees i lys av hensynet til folkevalgt styring, både når det gjelder valg av tilknytningsform og styring innenfor rammen av den enkelte tilknytningsform. Utvalget foreslår å legge tre hovedprinsipper til grunn for vurderingen av tilknytningsform for de statlige og fylkeskommunale sykehusene.

- *Menyprinsippet*: Stat og fylkeskommuner bør ha anledning til å velge tilknytningsform blant et begrenset antall alternativer. Dette gjør det mulig å tilpasse organiseringen til forhold som er spesifikke for det enkelte sykehus og i den enkelte fylkeskommune. Menyprinsippet gjør det også mulig å utprøve forskjellige typer av tilknytningsformer, vinne erfaring med disse og slik etablere et bedre grunnlag for styringspraksis og organisasjonsutvikling i fylkeskommunen. Innenfor dette prinsippet bør det også legges vekt på at stat og fylkeskommuner har tilgang til de samme typer tilknytningsformer.

Det er ulike oppfatninger i utvalget om hvor langt prinsippet bør gjelde. Flertallet mener at prinsippet bør føre til at sykehuseierne også må adgang til å velge organisasjonsformer der sykehusene gjøres til egne rettssubjekter, mens mindretallet mener at valgfriheten bør ligge innenfor rammen av forvaltningsorganmodeller.

- *Demokratiprinsippet:* De offentlige sykehusene bør underlegges folkevalgt styring. Offentlige sykehus bør ikke organiseres på en måte som avskjærer folkevalgte organer fra myndighet og ansvar for å ivareta helsepolitiske hensyn. Samtidig bør folkevalgte myndigheter - på grunnlag av en demokratisk prosess - ha anledning til å velge forskjellige tilknytningsformer, jf prinsippet om organisasjonsfrihet som kommuneloven bygger på. Dette kan gi anledning til å velge tett folkevalgt styring av sykehusene med vid anledning til å intervensere. Det bør også være anledning til å velge en styringsform der folkevalgte definerer videre rammer for løsningsen av sykehusets oppdrag, og der det eksisterer strengere formelle barrierer mot å gripe inn i sykehusenes daglige drift. Det er ulike oppfatninger i utvalget om hvor langt prinsippet om fylkeskommunal og statlig frihet til å velge tilknytningsform skal gjøres gjeldende.
- *Prinsippet om oversiktighet:* Fylkeskommunene og statlig forvaltning bør stå overfor et begrenset antall tilknytningsformer der hvert alternativ har et veldefinert formål og styringslogikk. Diskusjoner om tilknytningsformer aksentuerer en rekke kompliserte rettslige, økonomiske og helsepolitiske spørsmål. For å understøtte den demokratiske prosessen i kommunal og statlig sektor og klargjøre betydningen av å velge tilknytningsform, bør det være tilgang til et lite antall tilknytningsformer. Alternativ bør så langt som mulig skille seg klart fra hverandre.

9.2.3 Styremessige utfordringer

Spesialisthelsetjenesten og de offentlige sykehusene står overfor betydelige styremessige utfordringer. Et samlet utvalg har i "*Problemer og utfordringer i sykehussektoren*" i kapittel 4 pekt på utviklingstrekk som innebærer viktige endringer i kravene til overordnet styring:

For det første er de offentlige sykehusene store og komplekse organisasjoner. Organisasjonene kjennetegnes av raske endringer i hvilke tjenester som tilbys og i arbeidsprosesser. Kompleksitet og endringstakt er i stor grad et resultat av framveksten av en avansert medisinsk teknologi og den raske utviklingen i spesialisert medisinsk kunnskap. Det er grunn til å forvente at denne utviklingen vil fortsette. Ledelse av store, komplekse kunnskapsorganisasjoner er i seg selv meget krevende, og forutsetter høy kompetanse og en stor grad av frihet til å disponere og utvikle sykehuset personale og andre ressurser. Tilknytningsformen bør derfor understøtte sykehusledelsens autoritet innad i sykehuset og utad i forhold til sykehuseiere og andre oppdragsgivere.

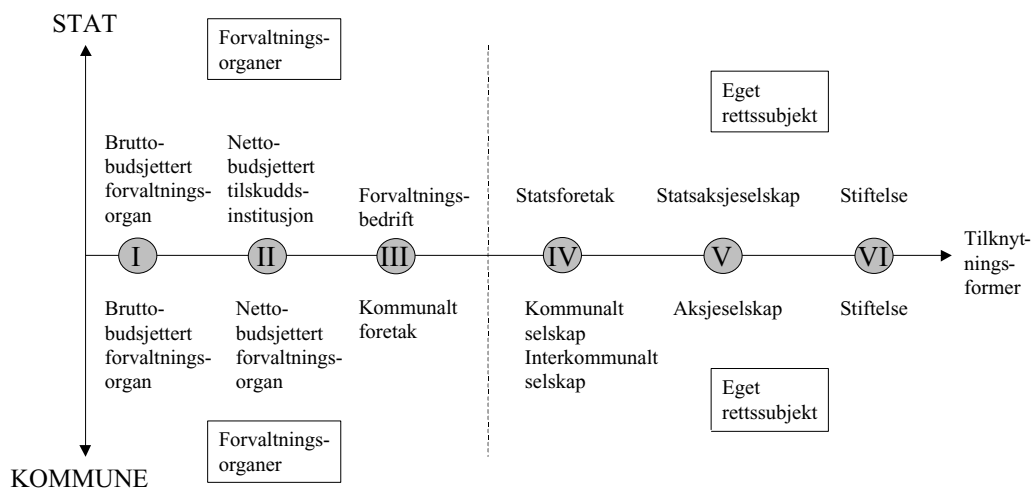
For det andre forsterkes reformbehovene av de endringer som har skjedd innenfor finansieringen og lovreguleringen av spesialisthelsetjenesten. Det er flere steder i utredningen pekt på betydningen av en sterkere lovfesting av pasientrettigheter, vedtak om fritt sykehusvalg (på samme nivå) og innføringen av innsatsstyrt finansiering. Disse endringene tilsier reformer i statens og fylkeskommunenes styring av sykehusene, slik at sykehusene gis muligheter til å utnytte og tilpasse seg det nye regimet.

De styringsmessige utfordringene som er beskrevet i "*Problemer og utfordringer i sykehussektoren*" i kapittel 4 peker i retning av reformer med følgende (beslektede) egenskaper:

1. Tilknytningsformene bør gi grunnlag for avklaring av fylkeskommunenes og statens *rolle* som myndighetsorganer, som oppdragsgiver og som eier, og sykehusenes rolle som tjenesteproducent.
2. Sykehusene og sykehusledelsen bør i mange tilfeller gis et klarere oppdrag til å drive sykehusene. Innenfor fastsatte mål, resultatkrav og økonomiske rammer bør ledelsen ved de offentlige sykehusene gis *autonomi og fleksibilitet* slik at sykehusenes ressurser kan utnyttes bedre til pasientens og samfunnets beste.
3. Sykehusene skal være offentlig finansiert. Stat og fylkeskommune vil normalt ha det økonomiske ansvaret for de offentlige sykehusene. Staten og fylkeskommunene må som eiere ha den nødvendige styringsmessige rammekontroll over sykehusenes *kostnader*.
4. Tilknytningsformene må kunne gi grunnlag for kontrakts- og avtalestyring. Det innebærer at den offentlige oppdragsgiver kan inngå *kontrakter/avtaler* med sykehusene. Stat og fylkeskommune stiller økonomiske ressurser til rådighet for sykehusene. Disse forplikter så til å levere de avtalte tjenester. Slik styring gir mye av grunnlaget for den ønskede rolleavklaring og for økt ledelsesmessig autonomi i sykehusene.
5. Tilknytningsformene må underbygge fylkeskommunenes oppgaver i det regionale samarbeidet, og legge til rette for samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

9.3 Utvalgets anbefalinger om forvaltningsorganiserte sykehus

Offentlige sykehus er i dag i hovedsak organisert som forvaltningsorganer. Et samlet utvalg mener at dette er et aktuelt alternativ også i framtiden. Gjennom forvaltningsorganisering har sykehuseierne styringsmessige muligheter til ivareta bredden i de *helsepolitiske målene*. Organisering innenfor fylkeskommunen kan gi forutsetninger for å tilgodese behovet for samordning og oppgavefordeling mellom sykehus i regionen og utvikle samarbeid mellom sykehus og kommunens helse- og sosialtjeneste. Utvalget legger også vekt på *demokratiske og forvaltningsmessige hensyn*: Ved bruk av forvaltningsorganer markeres at folkevalgte organene har et klart ansvar for sykehusene, og at de har myndighet til å styre disse. Under enhver omstendighet vil det stride mot hensynet til organisasjonsfrihet å avskjære stat og fylkeskommune fra å benytte forvaltningsorgan som tilknytningsform. Gjennomgangen i "*Problemer og utfordringer i sykehussektoren*" i kapittel 4 og 5 viser imidlertid at styringspraksis i staten og i fylkeskommunene i mange tilfeller ikke er tilpasset sykehusenes ansvar, oppgaver og kompleksitet. Spesielt blir det hevdet at adgangen til å delegere fullmakter til sykehusene bør utnyttes bedre for å sikre mer forutsigbar styringsatferd. Utvalget mener derfor at *styringsmessige hensyn* tilsier en gjennomgang av forvaltningsorgan som tilknytningsform.



Figur 9.1 Organisasjonsmodeller for offentlige sykehus

9.3.1 Bruttobudsjettert forvaltningsorgan (I)

Forvaltningsorganmodellene er beskrevet i "*Forvaltningsorganmodeller*" i kapittel 5.

Utvalget mener at dette er modell som normalt ikke bør brukes for offentlige sykehus. Vurderingene er særlig knyttet til det punkt der modellen adskiller seg fra det nettobudsjetterte forvaltningsorganet (se vurderingen nedenfor), nemlig at sykehusene bruttobudsjetteres. Modellen er dårlig tilpasset de styringsmessige utfordringer som spesialisthelsetjenesten og sykehusene står overfor. Omleggingen av finansieringsmåten fra rammefinansiering til at en stor andel gis som innsattsstyrt finansiering tilsikter å gi sykehusledelsen økonomiske incitamenter. Bruttobudsjettering er ikke tilpasset dette opplegget, fordi sykehuset i utgangspunktet ikke vil ha adgang til å øke utgiftene selv om inntektene økes (og adgangen til å bruke bevilgede midler vil gjelde uavhengig av om forutsatte inntekter oppnås).

Organisasjonsformen opphever de produktivitetsincitamenter som nå er lagt inn i den aktivitetsbaserte finansieringsordningen. Det skal bemerkes at bruttobudsjettering kan tilpasses aktivitetsbaserte finansieringsordninger ved at bevilgende myndighet gir virksomheten en merinntektsfullmakt. Men dersom det er ønskelig at utgifter skal kunne tilpasses til oppnådde inntekter, tilsier hensynet til oversiktighet at rammebetingelsen kommer til uttrykk på en åpen og direkte måte, hvilket mer oppnås gjennom nettobudsjettering enn merinntektsfullmakt. Unntak er aktuelt for sykehus med oppgaver som i liten utstrekning omfattes av aktivitetsbaserte inntekter, eller for sykehus der eier har et særskilt behov for å styre aktivitets- eller brutto utgiftsnivå.

Utvalget mener at bruttobudsjettert forvaltningsorgan (I) normalt ikke bør brukes for offentlige sykehus.

9.3.2 Nettobudsjettert forvaltningsorgan/nettobudsjettert tilskuddsinstitusjon (II)

Forvaltningsorganmodellene er beskrevet i "*Forvaltningsorganmodeller*" i kapittel 5.

Utvalget mener at de nettobudsjetterte modellene fremdeles bør være tilgjengelige, og at de vil være aktuelle å anvende for offentlige sykehus.

Modellene etablerer et klart og helhetlig politisk og økonomisk ansvar og en direkte styringsmulighet som er tilpasset dette ansvaret. Modellene gir således grunnlag for direkte politisk driftsstyring av spesialisthelsetjenesten. Denne styringsmuligheten kan brukes til å sikre at sykehuset ikke pådrar seg forpliktelser utover økonomiske rammer som er akseptable for fylkeskommunen. Den kan også brukes for å ivareta de ulike helsepolitiske målene eller hensynene. Dette kan gjelde styring av nasjonal og regional struktur for sykehusene, prioritering mellom helsetjenestene, ivaretagelse av hensyn som eventuelt kan risikeres nedprioritert under en mer aktivitetsbasert finansiering, med videre.

Nettobudsjetterte modeller er kjent og brukes i stor grad i fylkeskommunal forvaltning, blant annet for sykehusene, og har også etter hvert fått en viss anvendelse i statlig forvaltning. Radiumhospitalet og Rikshospitalet er fra 1999 organisert som nettobudsjettert tilskuddsinstitusjon. Bruk av modellen understøtter således oversiktlig i forvaltningen.

Hvor godt modellene er egnet til å svare på de styringsmessige utfordringer som spesialisthelsetjeneste og sykehus står overfor, vil blant annet avhenge av hvordan modellene videreutvikles og praktiseres. Det er i "*Forvaltningsorganmodeller*" i kapittel 5 pekt på hvordan forvaltningsorganets rammebetingelser kan endres ved at sykehuset gis større fullmakter. Likeens er det vist til at fylkeskommunene i ulik grad benytter modellenes mulighet til å delegerer fullmakter til sykehusene. Forutsatt at forutsetningene ligger til rette, vil større grad av fullmaktsdelegering til sykehuset kunne øke modellenes evne til å svare på de styringsmessige utfordringene.

Utvalget mener at nettobudsjettert forvaltningsorgan/nettobudsjettert tilskuddsinstitusjon (II) bør være en tilgjengelig modell for organisering av offentlige sykehus.

9.3.3 Kommunalt foretak (III)

Organisasjonsformen kommunalt foretak ble vedtatt i desember 1998 gjennom lovendring i kommuneloven. Modellen er omtalt i "*Kommunalt foretak og forvaltningsbedrift*" i kapittel 6.1.

Modellen er en alternativ organisasjonsvariant innenfor fylkeskommunen som juridisk person som blant annet kan gi grunnlag for avtalestyring. Modellen legger til rette for at fylkestinget gjennom vedtekter, styring av foretaket og gjennom avtaler kan ivareta behovene for helsepolitisk styring. Ved at foretakets budsjettammer vedtas som en integrert del av fylkeskommunens budsjett- og økonomiplaner, gir modellen god kontroll med fylkeskommunens økonomiske forpliktelser. Kravet til formalisert styring gir muligheter for bedre rolleavklaring mellom fylkeskommune og sykehus ved at inngrep ikke kan skje formløst. Utvalget mener at det er behov for mindre modifikasjoner i denne modellen før den eventuelt kan anvendes på fylkeskommunale sykehus.

Utvalget mener at det bør være samme adgang til delegasjon i kommunalt foretak som i andre typer forvaltningsorganer eller i alternative tilknytningsformer som aksjeselskap. Det bør derfor være adgang til å delegerer fylkestingets myndighet til fylkesutvalg, faste utvalg, fylkesordfører eller administrasjonssjef. Det er anledning til å delegerer fylkestingets myndighet til fylkerådet i parlamentarisk styrte fylkeskommuner.

Utvalget mener at det i praksis neppe vil være aktuelt å delegere denne myndigheten til administrasjonssjefen dersom større sykehus organiseres som kommunale foretak.

Kommunelovens kap. 11 pålegger ikke at regnskapsprinsippet skal følges, men gir Kommunaldepartementet myndighet til å fastsette forskrifter om bruk av regnskapsprinsippet. Et samlet utvalg mener at det for kommunalt foretak gjennom forskrifter til kommuneloven bør pålegges å følge regnskapsprinsippet. Dette vil gi sykehuseierne betydelig bedre oversikt over den samlede ressursbruk i sykehusene, og spesielt bedre innsikt i kapitalinnsatsen i sykehusene. Videre vil foretaksledelsen få et mer samlet uttrykk for alle typer kostnader, noe som vil understreke dens helhetlige ansvar for forholdet mellom ressursinnsats og resultater.

Utvalget mener at kommunalt foretak med de tilpasninger som her er beskrevet (III), bør være en tilgjengelig tilknytningsform for fylkeskommunale sykehus.

9.3.4 Forvaltningsbedrift (III)

Forvaltningsbedrift er beskrevet i "*Kommunalt foretak og forvaltningsbedrift*" i kapittel 6.2.

Dette er en spesialtilpasning av forvaltningsorganet som kun anvendes i staten. Modellen atskiller seg fra ordinært nettobudsjettert forvaltningsorgan ved at investeringer aktiveres slik at renter og avdrag belastes kommende års driftsbudsjetter.

Hvorvidt modellen bør være en aktuell tilknytningsform for statlige sykehus bør særlig vurderes i forhold til modellen med nettobudsjettert tilskuddsinstitusjon som ble innført for Radiumhospitalet og Rikshospitalet fra 1999. I forhold til de ansvars- og styringsmessige forholdene som gjelder i denne tilskuddsmodellen, vil en overgang til forvaltningsbedrift ikke medføre endringer fra nåværende form med hensyn til selvstendighet i rammevilkårene som sykehusene tilbys.

Tilskuddsmodellens rundsumbevilgning, samt fritakene fra enkelte av de gjennomgående statlige økonomibestemmelsene kan tvert om sies å markere en større organisatorisk avstand til departementet enn hva tilfellet er for en forvaltningsbedrift. Men begge modellene legger til rette for at den statlige eieren kan utøve styring for å ivareta helsepolitiske mål og for å ha kontroll med egne økonomiske forpliktelser. Forvaltningsbedriftsformen vil videre innebære at investeringene aktiveres, dvs at de rentebelastes og betales over driftsbudsjettet. Utvalget ser det som en forbedring ved forvaltningsorganmodellen at kapitalkostnader trekkes inn i driftsbudsjettet.

Utvalget vil likevel reise spørsmål om det er riktig å benytte modellen for statlige sykehus, fordi den ikke svarer på behovet for klarere roller og rammer for styringsdialogen mellom eier og sykehus. Hensynet til oversiktighet tilsier at det ikke bør være for mange modeller og utvalget mener derfor at det bør prioriteres organisatoriske løsninger som også svarer på behovet for bedre rolleavklaring.

Utvalget mener at omorganisering av statens sykehus til forvaltningsbedrift (III) ikke kan utelukkes som organisasjonsalternativ, men reiser spørsmål om det er hensiktsmessig å gjøre bruk av formen, gitt dagens forvaltningsorganisering for statssykehusene (nettobudsjettert tilskuddsorganisasjon, eventuelt med utvidede fullmakter (II)).

9.4 Utvalgets anbefalinger om alternativer til forvaltningsorganisering

Det er to prinsipielle syn på bruk av andre tilknytningsformer enn forvaltningssorganisering.

Flertallet i utvalget, medlemmene Eggen, Grette, Hafnor, Hofslie, Nilsen, Opsjøn, Rolstad, Rustad, Schröder, Sørensen, Unsgård, Wisløff og Aarseth, mener at fylkeskommuner og staten bør ha adgang til å velge tilknytningsformer der sykehuset er selvstendig rettssubjekt. Flertallet mener følgelig at kommunalt selskap (IV), statsforetak (IV), aksjeselskap (V) og stiftelse (VI) alle bør være tilgjengelige tilknytningsformer for offentlige sykehus. Medlemmet Rolstads tilslutning til flertallet er basert på prinsippet om organisasjonsfrihet, jf stemmeforklaring i punkt 9.4.4.

Flertallets anbefaling bygger på de overordnede hensyn som er presentert i punkt 9.2. For det første mener flertallet at *helsepolitiske hensyn* kan bli ivare tatt. Fylkeskommuner og stat kan utøve styringen ved utformingen av sykehuseiets vedtekter. Vedtektene bør definere sykehuseiets kjerneoppgaver og grunnleggende forpliktelser. Kontrakter mellom sykehuseier og sykehus gir rike muligheter for å beskrive sykehuseiens oppgaver. Modellene legger opp til at mye av styringsbehovet skal kunne ivaretas gjennom definisjon av oppdrag og inngåelse av kontrakter.

Det er få formelle restriksjoner på hvilke styringsmessige pålegg som fylkeskommune eller stat kan gi dersom styringen skjer gjennom de formelle eierkanaler: selskapsmøtet, generalforsamlingen eller foretaksmøtet. Dessuten har sykehuseier styringsmessig innflytelse ved å peke ut styret, og eventuelt avsette dette (gjelder ikke stiftelse). I vurderingen av de helserettslige forpliktelsene vises til "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.5. Flertallet mener at også lovpålagte oppgaver kan bli ivare tatt gjennom vedtekter, kontrakter og eventuelle styringsmessige pålegg i foretaksmøte, selskapsmøte eller generalforsamling.

For det andre legger flertallet avgjørende vekt på *sykehuseiernes organisasjonsfrihet* som et grunnleggende demokratisk og forvaltningsmessig hensyn. Sykehuseierne har ansvaret for å frambringe helsetjenester i tilstrekkelig omfang og med god kvalitet, og de bør derfor ha handlefrihet når det gjelder bruk av organisatoriske virkemidler for å nå disse målene. Dette hensynet tilsier at stat og fylkeskommuner også bør ha anledning til å organisere sykehus som eget selskap (selvstendig rettssubjekt).

For det tredje legger flertallet vekt på *mulige styringsmessige gevinster* ved selvstendige rettssubjekter. Gjennom selskapsetablering kan det oppnås en klarere deling mellom rollene som overordnet styringsorgan, eier og oppdragsgiver for fylkeskommunens sykehus. Ved forpliktende kontrakter legges et formelt grunnlag for disse rollene. Innenfor flertallet er det noe ulike oppfatninger om hvor betydningsfulle disse styringsmessige gevinstene er. Flertallet har vurdert faren for uønsket kostnadsvekst og lønnsглиdning. Flertallet viser til omtalen av disse spørsmålene i "*Problemer og utfordringer i sykehussektoren*" i kapittel 4 og 7.

Disse medlemmer mener at sykehuseierne skal ha mulighet til å velge mellom alle tilknytningsformer som presenteres i utredningen.

Også mindretallet i utvalget, medlemmene Johansen og Stangnes, tar utgangspunkt i de prinsipielle vurderinger i punkt 9.2. For det første mener mindretallet at *helsepolitiske hensyn* taler for en forvaltningsorganisering av de offentlige sykehusene. Hensynet til pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring ivaretas best ved at sykehusene forblir en del av fylkesko-

mmunen eller staten som juridisk enhet. De helserettslige forpliktelser som påhviler sykehuseierne ivaretas best ved at sykehusene er integrert i statens og fylkeskommunens forvaltning.

For det andre legger mindretallet vekt på *demokratiske og forvaltningspolitiske hensyn*. Disse medlemmene mener at etablering av offentlige sykehus som selvstendige rettssubjekter svekker den direkte offentlige kontrollen med sykehusvesenet. Derfor bør kommunalt selskap ikke etableres som ny tilknytningsform. Dersom sykehuseierne ønsker å omdanne offentlige sykehus til aksjeselskap eller stiftelser, eller å etablere nye sykehus med disse tilknytningsformene, bør dette underlegges statlig godkjenning (for nærmere omtale, se punkt 9.5).

For det tredje mener mindretallet at *styringsmessige hensyn* tilsier fortsatt bruk av forvaltningsmodellen. For det første kan ikke mindretallet se noe klart behov for å gå utenfor forvaltningsorganisering for offentlige sykehus. For det andre gir forvaltningsorganisering, herunder muligheten til å benytte kommunalt foretak, en vid adgang til å velge styringsform for de offentlige sykehusene. Her legges det også vekt på at ledelsen i sykehusene kan gis en høy grad av fleksibilitet gjennom delegasjon av fullmakter.

Mindretallets konklusjon er at offentlige sykehus bør organiseres som forvaltningsorganer og at de ikke bør kunne organiseres som selvstendige rettssubjekter (kommunalt selskap, statsforetak, aksjeselskap eller stiftelse).

På dette grunnlaget vil utvalget gi følgende konklusjoner med kommentarer til tilknytningsformene kommunalt selskap/statsforetak (IV), aksjeselskap/ statsaksjeselskap (V) og stiftelse (VI). Flertallet og mindretallet i punktene 9.4.1 - 9.4.3 er slik de er angitt i innledningen til punkt 9.4.

9.4.1 Kommunalt selskap - statsforetak (IV)

Kommunalt selskap og statsforetak er likeartede tilknytningsformer for henholdsvis kommunesektor og statssektor. Statsforetaket ble etablert som tilknytningsform i staten fra 1992, og er omtalt i "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.2 og 7.3. Kommunalt selskap er en tilknytningsform som er utarbeidet av dette utvalget, jf omtalen i "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.4 samt forslag til lovutkast med merknader.

De to modellene har på flere punkter samme egenskaper. I begge tilknytningsformene:

- gjøres virksomheten til selvstendig rettssubjekt
- forutsettes det at staten eller fylkeskommunen eier hele virksomheten
- er virksomhetens økonomi adskilt fra den fylkeskommunale eller statlige økonomi
- er virksomhetens medarbeidere ansatt i virksomheten, og konsekvensene for medarbeiderne må vurderes ved omdanning, jf kapittel 10.3
- er sykehuseier i siste omgang økonomisk ansvarlig for sykehusets forpliktelser, og lovene inneholder derfor begrensninger i sykehusets adgang til å pådra seg økonomiske forpliktelser
- stilles det krav om at eiers styring skal skje gjennom særskilte etablerte organer: selskapsmøtet i kommunalt selskap og foretaksmøtet i statsforetaket. Gjennom vedtektene kan det trekkes opp særskilte rammer og retningslinjer for styringsdialogen mellom virksomhet og eier.

Flertallet tilrår:

- at det fremmes forslag til ny lov om kommunalt selskap slik dette er presentert

- i "Statsforetak og kommunalt selskap" i kapittel 7 med henblikk på at fylkeskommunene skal kunne organisere sine sykehus som kommunale selskap*
- *at staten skal kunne organisere sine sykehus som statsforetak i henhold til lov om statsforetak av 30. august 1991 nr. 71. Slik organisering forutsetter ingen nye lovbestemmelser*

Mindretallet frarår:

- *at det fremmes forslag til ny lov om kommunalt selskap med sikte på at fylkeskommunen skal kunne organisere sine sykehus som kommunale selskap*
- *at staten skal kunne organisere sine sykehus som statsforetak.*

Særlovselskaper er presentert i "*Heleide aksjeselskaper og stiftelser*" i kapittel 8.3. Hensynet til oversiktighet tilsier at en bør søke å unngå organisatorisk særlovgivning. I samsvar med dette viser utvalget til framlegget til ny allmenn modell i form av kommunalt selskap (IV). *Utvalget mener ut fra dette at det ikke er behov for å organisere sykehus etter egen selskapslov.*

9.4.2 Aksjeselskap - statsaksjeselskap (V)

Aksjeselskapsformen for heleid fylkeskommunal og statlig virksomhet er omtalt i "*Heleide aksjeselskaper og stiftelser*" i kapittel 8.2.

Organisering av sykehus som aksjeselskap innebærer at fylkeskommune eller stat gjør bruk av den ordinære aksjeselskapsformen. Loven inneholder ingen særbestemmelser for kommunalt eide aksjeselskaper. For heleide statsaksjeselskaper er det innført noen særskilte bestemmelser, slik det er omtalt i "*Statsaksjeselskapsformen*" i kapittel 8.2.4.

Sentrale egenskaper i aksjeselskapet er:

- at virksomheten er eget rettssubjekt
- eiers *ansvarsbegrensning*, det vil si at eier ikke hefter ut over den innskutte aksjekapital
- at *virksomhetens økonomi* er adskilt fra den statlige og fylkeskommunale økonomi
- at *virksomhetenes* medarbeidere er ansatt i aksjeselskapet. Konsekvensene for medarbeiderne må vurderes i forhold til omdanning, jf "*Administrative og økonomiske konsekvenser ved omdanning fra forvaltningsorgan til selvstendig rettssubjekt*" i kap. 10.3
- eiers *styring* må skje gjennom generalforsamlingen
- at det *gjennom* vedtektene kan trekkes opp særskilte rammer og retningslinjer for styringskommunikasjonen mellom selskap og eier.

Flertallet går i mot et lovforbud mot at fylkeskommuner eller stat organiserer sine sykehus som aksjeselskap.

Mindretallet tilrår at aksjeselskapsformen ikke skal kunne brukes som tilknytningsform for offentlig eide sykehus. Det vises til punkt 9.5 om godkjenningsordning.

9.4.3 Stiftelse (VI)

Stiftelser er omtalt i "*Heleide aksjeselskaper og stiftelser*" i kapittel 8.4. Stiftelser er selveiende og selvstyrende institusjoner. Sykehus som er organisert som stiftelse, er i så henseende ikke å anse som offentlig eide virksomheter. På den annen side er det i dag sykehus som er organisert som stiftelser som fullt ut inngår i tjenesteytingen innenfor offentlige helseplaner. Utvalget har derfor

funnet det riktig å gi merknader også til denne organisasjonsformen. Sykehus organisert som stiftelse er organisatorisk fristilt fra stat eller fylkeskommune. Ved at styring gjennom foretaksmøte/ generalforsamling ikke kan benyttes, må det offentlige behovet for styring ivaretas på andre måter:

- generell og sektorspesifikk lovgivning og forskriftsutforming
- utforming av vilkår ved bevilgninger
- oppnevning av styre eller styremedlemmer
- fastsetting eller godkjenning av vedtektene og endringer i dem
- at det er inngått kontrakt med sykehuset og at sykehusets forpliktelse framgår av en bindende juridisk kontakt.

Utvalget tilrår at sykehus som er organisert som forvaltningsorganer, ikke bør omdannes til stiftelser. Flertallet mener at hensynet til organisasjonsfrihet tilsier at slik omdanning ikke bør forbys. Mindretallet viser til sitt syn på behovet for statlig godkjenning, jf punkt 9.5.

9.4.4 Premisser for flertallets anbefaling om vid adgang til å velge tilknytningsform

Som nevnt foran har medlemmene i flertallet noe forskjellige premisser for sin anbefaling om en vid adgang for fylkeskommunene og statlige myndigheter til å velge tilknytningsform. Oppfatningene gjelder altså ikke fylkeskommunenes og statens anledning til selv å velge tilknytningsformer. Forskjellene i syn gjelder vurderingen av hvordan den enkelte tilknytningsformen svarer på de styringsmessige utfordringene som er beskrevet i "*Problemer og utfordringer i sykehussektoren*" i kapittel 4, og som er omtalt foran i punkt 9.2.

Utvalget gir nedenfor en kortfattet presentasjon av premissene for anbefalingene ovenfor.

Majoriteten av medlemmene i flertallet, medlemmene Eggen, Hafnor, Nilsen, Opsjøn, Rustad, Schrøder, Sørensen, Unsgård, Wisløff og Aarseth, mener at kommunalt selskap (IV) og statsforetak (IV) er de beste alternativer til dagens forvaltningsorganisering av offentlige sykehus. Innen forvaltningsmodellen vil disse medlemmene anbefale den nettobudsjetterte forvaltningsmodellen, med utvidede fullmakter blant annet for kapitalspørsmål og personalfullmakter (II).

De formelle rammene i forvaltningsmodellen gir gode muligheter for styring av sykehus. Styringspraksisen innenfor denne modellen varierer. Det er dokumentert store forskjeller både mellom fylkeskommunene og mellom fylkeskommune og stat med hensyn til hvordan modellen praktiseres. Dette gjelder både bruk av fullmakter til sykehusledelsen og den daglige styringen av sykehusene. Styringsproblemene finnes både i fylkeskommune og stat.

Forvaltningsmodellen vil fortsatt være en hensiktsmessig modell for organisering av sykehus under forutsetning av at sykehusledelsen får de nødvendige fullmakter, jf "*Forvaltningsorganmodeller*" i kapittel 5, og at det skapes forståelse for at tilfeldig inngripen fra sykehuseierens side må unngås.

Dersom man mener at sykehusene bør organiseres på en annen måte enn det som modell II (den nettobudsjetterte forvaltningsmodellen) i praksis gir rom for, mener flertallet at det bør tas et markert institusjonelt skritt. Flertallet mener at modell III (kommunalt foretak, forvaltningsbedrift) ligger for nært opp til modell II til at man får den tilsiktede effekt.

Disse medlemmene mener at aksjeselskap (V) og stiftelse (VI) som hovedregel ikke vil være hensiktsmessige tilknytningsformer for offentlige syke-

hus. Dette skyldes at disse tilknytningsformene har et formål og en styringslogikk (se prinsippet om oversiktighet) som ikke er tilpasset offentlige sykehus. Aksjeselskapet er utformet for forretningsvirksomhet der eier ønsker å begrense sitt økonomiske ansvar, mens stiftelser er utformet for å gi organisasjonen en særlig sterk rettslig uavhengighet. Det vises til omtalen i "[Heleide aksjeselskaper og stiftelser](#)" i kapittel 8. Ved å omdanne offentlige sykehus til aksjeselskap eller stiftelse, kan det skapes usikkerhet om sykehusets formål, hvorvidt sykehuset kan gå konkurs og dets økonomiske handlingsfrihet.

Dette er en begrunnelse for forslaget om kommunalt selskap (IV) som ny tilknytningsform tilpasset offentlige sykehus. Kommunalt selskap vil dessuten være et motstykke til statsforetaksformen i statlig sektor. En bør også åpne for bruk av statsforetak (IV) som tilknytningsform for statssykehusene. Disse tilknytningsformene har muligheter for å gi styringsmessige gevinster sammenlignet med forvaltningsorganisering. Kommunalt selskap og statsforetak har kun én eier - stat eller kommune/fylkeskommune. Dette markerer at omdannelse til disse formene ikke åpner for privat eierskap til de offentlige sykehusene. Ved omdanning til aksjeselskap (V) eller stiftelse (VI) kan det imidlertid oppstå misforståelser om sykehusets helsepolitiske og økonomiske formål. Kommunalt selskap er også utformet slik at fylkeskommunen oppnår en nødvendig kontroll med sykehusenes økonomi. Tilsvarende gir statsforetaket eieren en klar økonomisk styringsmyndighet. Selskaps- og foretaksmøtene i disse alternativene gir et sterkere grunnlag for eierstyring enn hva det legges opp til i aksjeselskapet. Nettopp behovet for eierstyring som «en helsepolitisk sikkerhetsventil» innebærer at omdannelse til stiftelse normalt ikke bør være en attraktiv tilknytningsform.

Disse medlemmer vil igjen understreke at den endelige beslutning om tilknytningsform bør foretas ut fra de statlige og fylkeskommunale eieres mål og styringsønsker, og ut fra en vurdering av situasjonen ved det enkelte sykehus. På denne bakgrunn, og på bakgrunn av at stiftelser og aksjeselskap unntaksvis kan være hensiktsmessige tilknytningsformer, vil ikke medlemmene foreslå rettslige begrensninger i sykehuseiers adgang til å velge tilknytningsform. Medlemmet Eggen mener imidlertid at det er ønskelig med en statlig godkjenningsordning ved omdanning av sykehus til kommunalt selskap, statsforetak eller andre selvstendige rettssubjekter (modellene IV, V eller VI), se punkt 9.5 nedenfor.

En minoritet innen flertallet, medlemmene Grette og Hofslis viser til at statlig og fylkeskommunal organisasjonsfrihet er et grunnleggende demokratisk og forvaltningsmessig prinsipp. På denne bakgrunn bør en være svært tilbakeholden med å gi generelle anbefalinger om hvilke tilknytningsformer som bør velges for alle norske sykehus. Ingen norske sykehus er like, og det bør foretas vurderinger i hvert konkret tilfelle i hver enkelt fylkeskommune. Det er derfor mulig å organisere sykehus etter alle de alternative modeller utvalget har drøftet, og hver enkelt fylkeskommune må foreta egne valg basert på lokale vurderinger og forutsetninger. Disse medlemmer mener derfor at det er mulig å organisere sykehus innen en fylkeskommune etter ulike modeller, blant annet ut fra en vurdering av hvilket ansvar og hvilke oppgaver sykehusene skal ivareta.

Endringer i sykehusenes oppgaver og behovet for raske omstillinger framover for å møte økte kapasitets- og kvalitetsbehov, illustrerer etter disse medlemmers mening behovet for at den enkelte sykehuseier har flere alternativer å velge mellom. Etter disse medlemmers vurdering viser ikke utvalgets

arbeid at én modell er den som bør anbefales for alle norske sykehus. Utvalgets arbeid viser imidlertid at det ikke er grunnlag for å tilrå bruk av brutobudsjettet forvaltningsorgan (modell I) og stiftelsesformen (modell VI) for sykehus.

Disse medlemmer oppfatter at det ikke er - og at utvalgets arbeid har vist at det heller ikke bør være - rettslige begrensninger i statens eller fylkeskommunenes adgang til å velge tilknytningsform. Disse medlemmer viser til statens mange valgmuligheter for organisering, og vil understreke at fylkeskommunene må ha samme valgmulighet som staten med hensyn til antall organisasjonsmodeller.

Et medlem av flertallet, Rolstad, anbefaler forvaltningsmodellen (modell II og III) som tilknytningsform for offentlige sykehus. Den gir gode rammevilkår for å ivareta helsepolitiske forpliktelser og lovfestede oppgaver som er lagt på fylkeskommunene. Demokratisk styring, synlighet og åpenhet er viktige prinsipper for å sikre et likeverdig helsetilbud til befolkningen. Forvaltningsmodellen innebærer en klar forankring av de helsepolitiske forpliktelser i de folkevalgte organer. Dette medlem vil framheve de utfordringer som ligger i å utvikle samarbeidet mellom sykehusene og primærhelsetjenesten for å ivareta pasientenes rettigheter. Dette medlem mener dette best oppnås gjennom forvaltningsorganisering.

Helsepersonell er den viktigste ressurs og største knapphetsfaktor i utbygging av helsetjenesten. Ut fra nasjonale hensyn er det viktig at nye tilknytningsformer for sykehus ikke fører til skjerpet konkurranse som resulterer i geografisk skjev fordeling av personell og helsetjenester.

Sykehusdirektørenes ønske om økt handlefrihet i forbindelse med drift, investeringer, personalsaker og budsjett kan og bør imøtekommes ved økt delegering og endret styringspraksis innenfor forvaltningsmodellen. Dette medlem vil videre peke på at kommunalt foretak er et aktuelt alternativ for de fylkeskommuner som ønsker et skarpere skille mellom eierrollen og bestillerrollen. Kommunalt foretak legger til rette for mye av den samme styringsfleksibilitet som selskapsmodellen, men innenfor kommunen som rettssubjekt.

Hensynet til samfunnsmessig styring og behovet for like rammebetingelser for sykehusene, gjør at dette medlem tilrår sykehuseierne å utnytte mulighetene til økt fristilling i forvaltningsmodellen, framfor å velge selskapsorganisering. Erfaringer fra andre land viser at de administrative og økonomiske kostnader ved overgang til selskapsmodeller og kontraktsstyring kan bli betydelige, og at resultatet ikke alltid oppfattes å være verdt innsatsen.

Dette medlem slutter seg likevel til prinsippet om frihet for sykehuseier til å organisere sine sykehus på den måte som vurderes mest hensiktsmessig og mener derfor at det ikke bør være noen rettslige begrensninger i valg av tilknytningsform for sykehus.

9.4.5 Premisser for mindretallets anbefaling om forvaltningsorganisering

Mindretallet, medlemmene Johansen og Stangnes, mener at sykehus ikke bør tillates omdannet til aksjeselskaper, og vil heller ikke tilrå at sykehus organiseres som kommunale selskap eller som stiftelse. Disse medlemmer vil gi følgende supplerende premisser for sin anbefaling: Mindretallet deler flertallet oppfatning av at det er behov for endringer. Disse medlemmer mener at reformbehovet kan ivaretas innenfor staten og fylkeskommunene. Særlig vil disse medlemmer trekke fram at det kommunale foretaket med endringer

som er foreslått i "*Kommunalt foretak og forvaltningsbedrift*" i kapittel 6, gir muligheter for omlegginger av statens og fylkeskommunenes styring som vil møte de behov for endring som er påpekt i "*Problemer og utfordringer i sykehussektoren*" i kapittel 4.

Statsforetak (IV) bør ikke anvendes for de statlige sykehusene. Radiumhospitalet og Rikshospitalet ivaretar spesialiserte oppgaver med nasjonalt nedslagsfelt, noe som tilsier at disse forblir innenfor staten som juridisk person. Ved å utvide sykehusenes fullmakter (bl.a. innenfor personal- og økonomiforvaltning), og ved å gi sykehusene en sterkere rettslig posisjon innenfor rammen av statens forvaltning, kan en oppnå den ønskede styringsmessige klarhet. Tilsvarende bør ikke kommunalt selskap (IV) etableres som aktuell tilknytningsform for fylkeskommunale sykehus. Ved bruk av kommunalt foretak (III) kan en oppnå den samme styringsmessige klarhet og ryddighet som ved kommunalt selskap. Samtidig opprettholdes en direkte folkevalgt styring med de fylkeskommunale sykehusene.

Disse medlemmene mener at aksjeselskap (V) er en uheldig tilknytningsform for offentlige sykehus. I tillegg til det som er sagt ovenfor er det klart at offentlige sykehus ikke kan gå konkurs. Aksjeselskap bør reserveres for virksomheter som kan gis en selvstendig stilling i forhold til den sentrale kommunale administrasjon, og hvor ansvarsbegrensningen er reell (se prinsippet om oversiktighet i punkt 9.2). Ledelsens rolle kan bli uklar når ansvarsbegrensningen ikke er reell. Mangfoldet i sykehusenes oppgaver og mål gjør at den offentlige eierens styringsbehov ikke fullt ut lar seg ivareta gjennom kontraktsteknikker. Det blir dermed nødvendig med direkte styringsmessige inngrep som vil være lite tilpasset modellens forutsetning om selvstendighet for sykehusene. Sykehusene er i stor grad i monopolsituasjon og bruk av aksjeselskapsformen kan drive fram kostnadsøkninger. Særlig aksjeselskapet er en forretningsmessig orientert organisasjonsform og den kan lett invitere til lønnsomhetstenkning, noe som blant annet kan føre til prioritering av visse pasientgrupper og slik at ikke bredden av de helsepolitiske målene blir ivare tatt. Forvaltningsloven og offentlighetsloven vil som utgangspunkt ikke gjelde for aksjeselskap og stiftelse. Omdanning fra forvaltningsorganisering til aksjeselskap bør derfor ikke tillates. Stiftelse gir ikke de folkevalgte myndigheter i stat eller fylkeskommune mulighet for å gripe direkte inn i virksomheten i kraft av å være eiere. Fraværet av eiermyndighet gjør at stiftelse normalt ikke er en god tilknytningsform for offentlige sykehus.

9.4.6 Langsiktige oppgaver - forskning og utdanning

Utvalget viser til det som er sagt i punkt 9.2.1 om at økende grad av fristilling ikke må redusere sykehusenes plikt til å ivareta langsiktige oppgaver som forskning og utdanning. I den forbindelse bør utformingen av tilskuddsordninger for forskning og utdanning vurderes, men dette krever en omfattende utredning som det har ligget utenfor utvalgets mandat å gå inn i.

9.5 Utvalgets anbefalinger om godkjenningsordning

Utvalgets utgangspunkt er at et offentlig sykehus som er organisert som forvaltningsorgan er godkjent av statlige helsemyndigheter i henhold til bestemmelser som lovgivningen om helseinstitusjoner fastsetter for sykehus. Hjemmelen for nåværende godkjenningsordning er sykehuslovens § 3. I forslaget

til ny spesialisthelsetjenestelov Ot prp nr. 10 (1998-99) er reglene om statlig godkjenning tatt inn i § 4, som lyder:

«§ 4-1 Godkjenning av helseinstitusjoner og helsetjenester

Sykehus må godkjennes av departementet før det kan yte helsetjenester.

Departementet kan gi forskrift om at det kreves godkjenning av departementet for

a) andre typer helseinstitusjoner og helsetjenester enn nevnt i første ledd,

b) vesentlige endringer i helseinstitusjoner eller tjenestetilbud som har godkjenning.

Ved vurderingen av om godkjenningen skal gis, kan det blant annet legges vekt på om samfunnsmessige eller faglige hensyn taler for at helseinstitusjonen eller helsetjenesten godkjennes, om helseinstitusjonen eller helsetjenesten er tatt inn på regional helseplan, jf § 5-3, og om de tjenester som skal ytes pasientene synes forsvarlige.

Departementet kan i hvert enkelt tilfelle knytte slike vilkår til godkjenningen som er påkrevet for å sikre oppfyllelse av denne loven og bestemmelser gitt i medhold av den.»

Følgende siteres fra Ot prp nr. 10:

«Staten bør etter departementets oppfatning bare kobles inn som godkjenningsmyndighet i de tilfeller hvor det skjer større endringer i virksomheten. Ved en vesentlig endring i virksomhet som har godkjenning kan det kreves ny godkjenning. <...>Dersom en godkjent virksomhet organiseres på en ny måte, f. eks. et fylkeskommunalt sykehus omdannes til et aksjeselskap, vil dette i enkelte tilfelle kunne være en vesentlig endring i virksomheten. Omdanning av virksomheten til et aksjeselskap kan blant annet innebære en vesentlig endring av fylkeskommunens styringsmuligheter i forhold til virksomheten. Det vil i denne sammenheng være sentralt hvordan vedtektene til selskapet er utformet og hvilke avtaler som er inngått mellom fylkeskommunen og selskapet.» (s. 73).

Etter dagens lovgivning skal det foretas en konkret vurdering av forholdene ved den enkelte omorganisering. Forholdene kan altså være av en karakter som gjør endringen vesentlig, og dermed utløser ny godkjenningsplikt. Utvalget har ikke gått inn på tolkn-ingen av dagens lovgivning. Uavhengig av dagens lovgivning mener utvalget at det eventuelt vil være overgangen til selvstendig rettssubjekt som medfører de nye rammebetingelsene for styring og oppfølging av sykehuset. Det bør ikke skilles mellom de ulike formene for selvstendige rettssubjekter.

Nedenfor vurderer utvalget spørsmålet om framtidig godkjenningsordning.

Flertallet, medlemmene Grette, Hafnor, Hofslie, Nilsen, Opsjøn, Rolstad, Rustad, Schrøder, Sørensen, Unsgård, Wisløff og Aarseth mener at det ikke er behov for en slik godkjenningsordning. Dette begrunnes ut fra følgende forhold: Det er fullt mulig å etablere en formell styringsordning som sikrer at både sykehuseiers og sykehusets forpliktelser kan oppfylles. Det bør være et ansvar for sykehuseier at organiseringen er i samsvar med de lovbestemte forpliktelsene. En godkjenningsordning på dette området vil uansett ikke oppheve risikoen for at forpliktelser ikke oppfylles. Dette vil også være avhengig av hvilke kontrakter som inngås med sykehuset og hvilken supplerende eiersty-

ring som eventuelt utøves, på samme måte som det i forvaltningsmodellen vil være en risiko for at etatsstyringen utøves på en måte som medfører at forpliktelse ikke oppfylles. Hvis de rammebetingelser som er etablert for sykehuset som eget rettssubjekt ikke gir et tilstrekkelig grunnlag for å følge opp rettslige forpliktelser, vil rollen som eiere innebære at de nødvendige endringer kan foretas uten å måtte ta hensyn til andre eierinteressenter.

Medlemmene Eggen, Johansen og Stangnes mener at det bør innføres en godkjenningsordning for de tilfeller der en sykehuseier ønsker å omorganisere sykehuset til selvstendig rettssubjekt. Medlemmene Johansen og Stangnes viser også til sine vurderinger i punkt 9.4.5, og at dette er deres motiver for en godkjenningsordning. Medlemmene Eggen, Johansen og Stangnes mener at omorganisering av offentlig sykehus til eget rettssubjekt må betraktes som en så vesentlig endring at dette må bli gjenstand for ny statlig godkjenning. Slik godkjenning kan gi den nødvendige sikkerhet for at vedtektene gir eier den nødvendige styring og kontroll i forhold til sine forpliktelser, inklusive de nasjonale helsepolitiske målene og det regionale samarbeidet. Disse medlemmene vil spesielt nevne at sykehuspolitikken forutsetter også en utstrakt grad av koordinering og samarbeid mellom sykehus, blant annet for utarbeidelse og gjennomføring av de regionale helseplanene.

9.6 Oppsummering

Et samlet utvalg mener at de styringsmessige utfordringer som er drøftet i "*Problemer og utfordringer i sykehussektoren*" i kapittel 4 tilsier reformer i styringen av de offentlige sykehusene. Grunnlaget for utvalgets vurderinger i dette kapitlet er hensynet til helsepolitiske mål, hensynet til demokratisk styring og forvaltningsmessig hensiktsmessighet, samt de styringsmessige utfordringer som sykehussektoren står ovenfor. Reformene bør klargjøre statens og fylkeskommunenes roller som myndighetsutøvere, som eiere og som oppdragsgivere for de offentlige sykehusene.

Utvalget mener at forvaltningsorganformen er en egnet tilknytningsform for sykehus. Det er imidlertid et klart behov for å gi sykehusledelsen bedre muligheter til å utøve profesjonell ledelse og utvidede fullmakter knyttet til personale og i økonomiske driftsprioriteringer ellers. Erfaringene med dagens styringspraksis viser at ledelsen må gis et klarere og mer langsiktig mandat til å styre den daglige virksomheten i sykehusene.

Utvalgets prinsipielle utgangspunkt er at både stat og fylkeskommune må stå fritt i valg av tilknytningsform. *Flertallet* (medlemmene Eggen, Grette, Hafnor, Hofslie, Nilsen, Opsjøn, Rolstad, Rustad, Schröder, Sørensen, Unsgård, Wisløff og Aarseth) i utvalget vil ikke legge formelle restriksjoner på statens og fylkeskommunenes organisasjonsfrihet. Sykehuseier må selv vurdere og velge tilknytningsform. *Mindretallet* (medlemmene Johansen og Stangnes) mener at valgfriheten bør begrenses til forvaltningsorganer, slik at sykehuset forblir en del av staten og fylkeskommunen som rettslige enheter.

Storparten av flertallet (medlemmene Eggen, Hafnor, Nilsen, Opsjøn, Rustad, Schröder, Sørensen, Unsgård, Wisløff og Aarseth) mener at det foreslåtte kommunalt selskap og statsforetaket er egnede tilknytningsformer for offentlige sykehus. Disse formene er også klare alternativer til dagens forvaltningsorganisering. På den ene siden markeres at sykehusene forblir offentlig eide, de er underlagt folkevalgt styring, og at stat og fylkeskommune har den nødvendige kontroll med sykehusenes økonomiske rammer. På den andre

siden understrekes sykehusledelsens selvstendighet, og ansvar for den daglige driften. Disse medlemmene mener derfor at statlige myndigheter kan vurdere omdannelse av Rikshospitalet og Radiumhospitalet til statsforetak. Dersom fylkeskommunene vil vurdere et alternativ til dagens tilknytningsform bør de se kommunalt selskap som hovedalternativet.

To medlemmer av flertallet (medlemmene Hofslie og Grette) understreker at hver enkelt fylkeskommune må foreta egne valg basert på demokratiske prosesser og lokale forhold. Disse medlemmene vil ikke gi generelle anbefalinger om hvilke tilknytningsformer som bør foretrekkes.

Et annet medlem av flertallet (Rolstad) anser forvaltningsorganisering som den mest hensiktsmessige form for organisering av sykehus, og anbefaler derfor at sykehuseierne utnytter mulighetene i forvaltningsmodellen, og herunder at de også vurderer bruk av kommunalt foretak.

Utvalget har også vurdert behovet for en statlig godkjenningsordning ved omdannelse av offentlige sykehus til selvstendige rettssubjekter. *Et flertall*, medlemmene Grette, Hafnor, Hofslie, Nilsen, Opsjøn, Rolstad, Rustad, Schrøder, Sørensen, Unsgård, Wisløff og Aarseth, mener at en slik omdanning i seg selv ikke bør gi grunnlag for en statlig godkjenning. Dette flertallet anser at sykehuseier har et bredt tilfang av virkemidler for å ivareta helserettslige forpliktelser, herunder vedtekter, kontrakter og muligheten til inngripen som eier.

Medlemmene Johansen og Stangnes ønsker en godkjenningsordning for å forhindre at sykehus blir omdannet til selskap eller stiftelse. *Medlemmet Eggen* mener godkjenning er påkrevet spesielt for å sikre at sykehuseierne kan ivareta sine helserettslige forpliktelser, både i forhold til enkeltpasienter og de regionale og nasjonale oppgavene.

Kapittel 10

Økonomiske og administrative konsekvenser**10.1 Innledning**

Ettersom tilknytningsformer, organisasjons- og styringsformer for offentlig eide sykehus er utredningens hovedtema, er utredningen gjennomgående preget av drøftinger av administrative og organisatoriske forutsetninger for og konsekvenser av ulike alternativer. I presentasjonen av den enkelte tilknytningsformen i kapittel 5-8 omtales egenskaper knyttet til styrings- og ansvarsforhold, økonomi og kapitalforvaltning, de ansattes status og rettigheter og forskjellige offentligrettslige og helseerettslige forhold. Det vises til omtalen der. På denne bakgrunn ser utvalget ikke at det er hensiktsmessig å gi en samlet framstilling av de administrative og organisatoriske konsekvensene.

Alle fylkeskommunale og statlige sykehus er *i dag* organisert innenfor hovedformen forvaltningsorgan. Men som vist i "*Forvaltningsorganmodeller*" i kapittel 5, er det samlet sett en ganske stor variasjonsbredde når det gjelder typer og omfanget av hvilke fullmakter sykehusene har innen fylkeskommunene. I staten er de to store statssykehusene organisert innenfor underformen nettobudsjettert tilskuddsorgan. Et samlet utvalg mener at det for fylkeskommuner og staten fortsatt er aktuelt å organisere sykehus på denne måten.

I kapitlene 6, 7 og 8 beskrives *alternative* organisasjonsmodeller som det er mulig å organisere sykehus innenfor: kommunalt foretak, forvaltningsbedrift, den foreslåtte formen kommunalt selskap, statsforetak, heleid kommunalt aksjeselskap, statsaksjeselskap, særlovselskap og stiftelse. På grunnlag av dette gir utvalget i "*Utvalgets vurderinger og tilrådinger*" i kapittel 9 sine vurderinger av i hvilken utstrekning det bør åpnes for bruk av slike alternativer.

De nye formene er modeller eller modellvarianter som hele utvalget eller et flertall i utvalget foreslår innført på menyen av organisasjonsformer som kan brukes for organisering av offentlig eide sykehus: nytt (fylkes)kommunalt selskap (kapittel 7) og en variant av kommunalt foretak (kapittel 6).

Når det gjelder *de lovmessige konsekvensene* av utvalgets forslag, vises det til utkast til endringer i kommuneloven kap. 11 om kommunalt eller fylkeskommunalt foretak og merknader til disse endringene, og til utkast og merknader til lov om kommunalt og fylkeskommunalt selskap. Se vedlegg 1 til rapporten.

Som det framgår i "*Utvalgets vurderinger og tilrådinger*" i kapittel 9, er det til dels ulike oppfatninger i utvalget av i hvilken utstrekning det bør benyttes alternative tilknytningsformer til dagens hovedmodeller for organisering av henholdsvis fylkeskommunale og statlige sykehus. *I praksis vil summen av den enkelte eierens valg og utforming av tilknytningsform for sine sykehus bestemme hva slags konsekvenser og hvilket omfang konsekvenser av endringer i tilknytningsform vil få.* I dette kapitlet vil utvalget derfor konsentrere seg om to forhold:

- At hovedtrekkene for hver av de nye organisasjonsmodeller eller undermodeller beskrives med vekt på å klargjøre hvilket overordnet økonomisk ansvar den fylkeskommunale eller statlige sykehuseieren har for sykehuseiets økonomiske forpliktelser.
- Forhold som må vurderes av fylkeskommunen eller staten som «eier» ved omdanning av sykehus fra dagens forvaltningsorganisering til en form

som innebærer at sykehuset blir et *selvstendig rettssubjekt* (fylkeskommunalt selskap, statsforetak, (stats)aksjeselskap, eventuelt stiftelse). Dette innebærer til dels konsekvenser som vil være til stede ved *alle* omdanninger, men til dels også forhold der eieren har muligheter til å *velge* alternative løsninger. Således vil de konkrete valgene ha betydning for konsekvensenes art. Og under enhver omstendighet må selve konsekvensvurderingen gjøres spesielt i det enkelte tilfellet.

10.2 Sykehuseierens økonomiske ansvar

Kommunalt/fylkeskommunalt selskap

Denne nye modellen for organisering av kommunal og fylkeskommunalt selskap er omtalt i "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7 - se også forslag til utkast til lov og merknader til dette lovutkastet i vedlegg 1.

Kommunalt/fylkeskommunalt selskap vil være en ny organisasjonsform i kommunesystemet, hjemlet i særskilt lov. Sykehus som organiseres som fylkeskommunalt selskap vil være et eget rettssubjekt. Kommunen eller fylkeskommunen utøver sin myndighet i selskapet i selskapsmøtet og gjennom fastsetting av vedtekter. Kommunestyret eller fylkestinget kan delegere myndigheten til å representere kommunen eller fylkeskommunen i selskapsmøtet til (fylkes)ordfører eller til kommunens/fylkeskommunens administrasjon. Når sykehuset er egen juridisk person, vil det kunne være part i sivile saker og erstatningssøksmål vil kunne rettes mot sykehuset. Sykehushets medarbeidere vil være ansatt av sykehuset, slik at deres ansettelsesforhold til fylkeskommunen vil opphøre.

I kommunalt/fylkeskommunalt selskap vil det være en direkte følge av modellen at fylkeskommunen er ansvarlig for sykehushets økonomiske forpliktelser. Den foreslåtte modellen inneholder flere elementer som tilsikter å gi fylkeskommunen styring og kontroll med sykehusselskapet som er tilpasset dette ansvaret:

- Fylkeskommunen vedtar gjennom selskapsmøtet sykehushets budsjett som er bindende for selskapsledelsen. Dette er nedfelt i lovutkastets § 25. Vesentlig budsjettavvik må rapporteres til fylkeskommunen (jf lovutkastets § 26).
- Fylkeskommunen vedtar gjennom selskapsmøtet sykehusselskapets økonomiplan. Nærmere bestemmelser om dette er nedfelt i lovutkastets § 27.
- Sykehusselskapets adgang til å ta opp lån og avgi garantier forutsettes begrenset. Utgangspunktet vil være at selskapet bare kan ta opp lån etter særskilt fullmakt fra fylkeskommunen. Låneopptaket skal godkjennes av selskapsmøtet. I denne forbindelse må den som representerer fylkeskommunen påse at selskapets låneopptak ligger innenfor fylkeskommunens låneramme. Dessuten skal låneopptak godkjennes av departementet etter tilsvarende regler som gjelder for fylkeskommunens egne låneopptak. Sykehusselskapet bør ikke ha adgang til å avgi garantier. Disse begrensningene er nedfelt i lovutkastets § 29.

Videreutvikling av kommunalt foretak

I "*Kommunalt foretak og forvaltningsbedrift*" i kapittel 6 er det omtalt innføring av en variant av kommunalt foretak gjennom innføring av adgang til delegas-

jon av myndighet fra fylkestinget til andre politiske organer og eventuelt til administrasjonssjef. Lovteknisk er denne videreutviklingen av kommunalt foretak forutsatt innført gjennom tilleggsbestemmelser til kommunelovens kap 11 (om kommunale foretak), se utkast til lovendringer og merknadene til dem i vedlegg 1.

Styringsopplegget mellom fylkeskommune og sykehus vil kunne endres ved at det gis anledning til at styringen kan skje gjennom delegert myndighet fra fylkestinget til andre politiske organer og til administrasjonssjefen. Sykehuset vil inngå i fylkeskommunen som juridisk person. De ansatte vil på samme måte som i dag være ansatt i fylkeskommunen.

I det videreutviklede kommunale foretaket vil det være en direkte følge av modellen at fylkeskommunen har ansvar for sykehusets økonomiske forpliktelser. På samme måte som for dagens fylkeskommunale forvaltningsorganer forutsettes sykehusenes drifts- og investeringsbudsjetter styrt gjennom årlige fylkeskommunale økonomiplaner og budsjettvedtak. Dette vil sette rammer for hvilke forpliktelser som sykehuset kan pådra seg. Dermed vil fylkeskommunen som i dag ha styring med sykehusets økonomi.

10.3 Administrative og økonomiske konsekvenser ved omdanning fra forvaltningsorgan til selvstendig rettssubjekt

En omdanning av sykehus *fra* dagens forvaltningsmodeller innenfor fylkeskommunen eller staten som juridisk person *til* et selvstendig rettssubjekt (kommunalt selskap, statsforetak, (stats)aksjeselskap eller stiftelse) vil kreve endringer på flere punkter. De konkrete konsekvensene må fylkeskommunen/ departementet - og vedkommende sykehus - vurdere i det enkelte tilfellet. Det vil alltid være visse kostnader knyttet til en omorganisering - kostnader som må veies opp mot kortsiktige og langsiktige gevinster ved omorganiseringen. Omfanget av kostnadene og de mulige effektiviseringsgevinstene som følge av en omdanning vil blant annet avhenge av de ordningene som eieren vedtar skal gjelde for det nye selvstendige rettssubjektet, egenskaper og trekk ved selve omdanningen og måten den legges opp på - både fra eierens og fra sykehusets side.

Omdanning fra en forvaltningsorganform til en statlig eller fylkeskommunal selskapsform (eventuelt stiftelse) vil kreve et særskilt gjennomføringsprosjekt.

Utvalget har på bakgrunn av forhold som er nevnt ovenfor, valgt å peke på de områder der det *gjennomgående* vil inntreffe endringer, og de feltene der det vil være nødvendig å *vurdere* endringer ved en omdanning av sykehus til en av selskapsformene (eventuelt til stiftelse).

En slik omdanning vil kunne ha effekter på administrative og økonomiske forhold både hos eieren (fylkeskommunen/departementet) og i sykehuset.

10.3.1 Gjennomgående forhold

Hvis et sykehus omdannes til selvstendig rettssubjekt, vil en del forhold gjennomgående gjelde:

- Når sykehuset blir egen juridisk person, vil det kunne være part i sivile søksmål, og erstatningssøksmål vil kunne rettes mot sykehuset.
- Sykehusets medarbeidere vil ved omdanning til selvstendig rettssubjekt få ny arbeidsgiver og bli ansatt av sykehusselskapet/-foretaket, samtidig

- som ansettelsesforholdet i fylkeskommunen/staten vil opphøre.
- Omorganiseringen vil ikke i seg selv gi grunnlag for oppsigelse. Omdanningen vil være underlagt særskilte bestemmelser om virksomhetsoverdragelse inntatt i arbeidsmiljøloven.
 - I staten vil tjenestemannslov og tjenestetvistlov ikke lenger gjelde, og disse vil bli erstattet av tilsvarende bestemmelser i arbeidsmiljøloven og arbeidstvistloven.
 - Når statlige virksomheter er blitt omorganisert til statsforetak, har det vært praktisert overgangsordninger, blant annet at ansattes rettigheter til ventelønn og fortrinnsrett til nye statsstillinger er videreført for en periode på vanligvis tre år.

10.3.2 Sentrale momenter til vurdering

Både sykehuseieren og sykehuset vil måtte gjennomgå, vurdere og avklare en rekke spørsmål i forbindelse med en omdanning av sykehus til selvstendig rettssubjekt. På flere felt vil det være snakk om å *velge* mellom ulike løsninger. Punktene nedenfor bør kunne danne utgangspunktet for en sjekklister for sykehuseier og sykehuset.

Sykehuseieren

- *Egenkapital, verdivurderinger og åpningsbalanse* Det må foretas verdivurdering av aktiva som skal inngå i sykehusselskapet. Størrelse på egenkapital som selskapet skal settes opp med må besluttes, og det må besluttes hvordan fremmedkapitalen skal finansieres. Det må sammenstilles en åpningsbalanse for sykehusselskapet.
- *Inngåtte avtaler*, slik som hovedavtale og hovedtariffavtale, vil gjelde ut perioden med mindre partene blir enige om noe annet. Deretter vil sykehuset måtte inngå nye avtaler, og avtaleverket og avtaleparter må utformes og velges.
- *Arbeidsgivertilknytningen* for sykehuset vil måtte vurderes.
- *Pensjonsordninger for de ansatte* Det må foretas et valg mellom å beholde gjeldende pensjonsordninger eller å skifte til nye pensjonsordninger.
- *Kontroll og tilsyn* Det vil være nødvendig å avklare hvilken rolle og kontrolloppgaver som skal ligge til kommunerevisjonens ansvarsområde; hvorvidt den skal avgrenses til å føre tilsyn med utøvelse av generalforsamlingsmyndigheten, eller om den også skal omfatte ordinær regnskapsrevisjon
- *Dokumentavgift, øvrige avgifter og skatt* Det må klargjøres hvilke avgifts- og skatteforpliktelser som etableringen av selskapet vil utløse, og også hvilke avgifter og skatteforpliktelser som driften vil utløse.
- *Offentlighetslov/forvaltningslov* Sykehuseieren må vurdere hvorvidt offentlighetslov og forvaltningslov skal gjelde for sykehusets virksomhet, og hvordan dette kan ivaretas.
- *Selskapsstiftelse og eiertiltak i forhold til sykehuset* Sykehuseieren vil måtte avholde generalforsamling: fastlegge instruks for styret, velge styre, fastsette åpningsbalanse, utarbeide eierstrategi, gi informasjon til de ansatte og diverse offentlige myndigheter og samarbeidspartnere.
- *Kompetanse* Omlegging fra etatsstyring til eierstyring, gjerne kombinert med større vekt på den fylkeskommunale (eventuelt statlige) bestillerfunksjonen, vil kreve en annen kompetanse i fylkeskommunen/departe-

- mentet. Sykehuseieren bør gjennomgå endrede krav til kompetanse for å kunne ivareta eierfunksjonen på best mulig måte.
- *Fylkeskommunens ansvar som bestiller* Omdanning av sykehus til selvstendig rettssubjekt vil - gitt de foreliggende styringsbehov overfor sykehuseiene - trolig også øke betydningen av fylkeskommunens rolle som bestiller av sykehustjenester, jf plikten til å sørge for at innbyggerne tilbys spesialisthelsetjenester i Ot prp nr 10. Dette vil medføre oppgaver knyttet til
 - å organisere bestillerfunksjon
 - å bygge opp bestillerkompetanse
 - å utvikle avtaler
 - å forberede og gjennomføre forhandlinger med sykehus
 - å utvikle og fastlegge oppfølgings- og kontrollsystemer.

Sykehusene

- *Informasjon til de ansatte* Det bør tidlig legges opp en omfattende plan for gjennomføring av omdanningsprosessen sammen med en plan for hvordan de ansatte og deres organisasjoner skal informeres og medvirke i prosessen.
- *Økonomi- og regnskapssystemer* Det vil være behov for å forberede omlegging til nytt regnskapsprinsipp og nytt organisatorisk lovverk som skal gjelde for sykehuset.
- *Intern organisering* Sykehuset må gjennomgå og vurdere behovet for endringer i intern arbeidsfordeling, organisasjons- og ledelsesstruktur som følge av omdanning til eget rettssubjekt.
- *Kompetanseutvikling* Overgang til selskapsform/selvstendig rettssubjekt vil sannsynligvis kreve tilførsel av ny kompetanse og utvikling av eksisterende kompetanse i sykehuset, bl.a. innen økonomistyring. Dette bør gjennomgås og vurderes av sykehuset.
- *Valg av styremedlemmer fra de ansatte* De ansattes organisasjoner må vurdere representasjonsprinsipper, og velge representanter til styret.
- *Bank- og forsikringsavtaler* Fordi selvassuransordningen innen fylkeskommune/stat opphører, må det tas beslutninger om valg av forsikringsordninger. Det vil være nødvendig å avklare relasjonen til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Forhold knyttet til kontoføring, bankforbindelser etc. må også gjennomgås.
- *Registrering i offentlige registre* Som selvstendig rettssubjekt vil sykehuset måtte registreres i diverse offentlige registre (Enhetsregisteret m.fl.).
- *Diverse praktiske spørsmål - administrative forhold* Sykehusledelsen vil måtte foreta endringer i brevark, skilt, gjennomgå interne rutiner m.m.

Referanser

- Stortingsmelding nr 35 (1991-92) *Om statens forvaltnings- og personalpolitikk*
- Stortingsmelding nr 50 (1993-94) *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.*
- Stortingsmelding nr 44 (1995-96) *Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering (Ventetidsgarantien/Finansiering av sykehus)*
- Stortingsmelding nr 24 (1996-97) *Tilgjengelighet og faglighet - Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*
- Stortingsmelding nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*
- Stortingsmelding nr 32 (1997-98) *Om offentlighetsprinsippet*
- Ot prp nr 32 (1990-91) *Om lov om statsforetak*
- Ot prp nr 48 (1997-98) *Om endringer i sykehusloven og lov om psykisk helsevern.*
- Ot prp nr 53 (1997-98) *Om lov om interkommunale selskaper og lov om endringer i kommuneloven m m (kommunalt og fylkeskommunalt foretak)*
- Ot prp nr 10 (1998-99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m m*
- Ot prp nr 11 (1998-99) *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)*
- Ot prp nr 12 (1998-99) *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*
- Ot prp nr 13 (1998-99) *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*
- Ot prp nr 20 (1998-99) *Om lov om endringer i lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992 nr 107 (kommuneloven) m m*
- Stortingsproposisjon nr 87 (1989-90) *Om videreutvikling av statens organisasjons- og budsjettssystem*
- Stortingsproposisjon nr 65 (1990-91) *Om endringer i statens budsjettssystem*
- Stortingsproposisjon nr 61 (1996-97) *Om kommunøkonomien 1998 m.v.*
- Stortingsproposisjon nr 1 (1998-99) *Sosial- og helsedepartementets fagproposisjon*
- Innst O nr 67 (1991-92) *Om lov om statsforetak*
- Innst O nr 14 (1998-99) *Innstilling fra kommunalkomiteen om lov om interkommunale selskaper og lov om endringer i kommuneloven m m (kommunalt og fylkeskommunalt foretak)*
- Innst S nr 243 (1996-97) *Reformer av Stortingets behandling av stats- og nasjonalbudsjettet*
- Innst S nr 226 (1997-98) *Innstilling fra sosialkomiteen om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus - Besl.O.nr.8 (1998-99) Endringer i lov av 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) m.m. (kommunalt og fylkeskommunalt foretak).*
- NOU 1991: 8 *Om lov om statsforetak*
- Riksrevisjonens Dokument 3.8 (1997-98)
- AAD 1991: *Hovedspørsmål knyttet til styring og organisering av fire store forvaltningsbedrifter. Utredning i regi av et statssekretærutvalg.*
- Kjekshus & Tjora (1999): «Er legemangel bare et spørsmål om antall leger?» Artikkel i *Tidsskrift for den norske lægeforening* 4/1999.
- Norges forskningsråd (1997): «Fakta og myter - om medisinsk og helsefaglig forskning.» *NFR/Medisin og helse* November 1997.
- OECD 1998: *OECD Economic Survey 1997-98. Norway.IV The health care system.*
- SHD 1998: *Slåttebrekkgruppens rapport: Rapport fra arbeidsgruppe for vurdering av regionsykehusstilskuddet, 1998 Sosial- og helsedepartementet*
- Statskonsult 1998: 18 *Fakta, former og fristilling. Statlige virksomheter med ulike tilknytningsformer.*
- Statskonsult 1998:21 *I godt selskap? Statlig eierstyring i teori og praksis.*

Sundnes og Mørland (1997): *NIFU skriftserie 8/97 «Forskningsforholdene ved universitetssykehusene 1996.»*

Weigård, Jarle: *Kommunal selskapsorganisering. Om bruk av fristilte organisasjonsformer i kommunesektoren.* NORUT-rapport 1993

Rapporter og notater utarbeidet for utvalget:

Hagen, Terje P. (1999): *Sykehusene organisert som etater. Problemer og reformønsker.* Arbeidsnotat 1999:3, Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo. (Vedlegg 2 til rapporten.)

Haugli Nilsen, Terje (1999): *Kartlegging og vurdering av tilknytningsform for Rikshospitalet og Det norske Radiumhospitalet.* Upublisert rapport til utvalget. (Vedlegg 3 er en kortversjon av denne rapporten.)

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1999) Sikring av praksisplasser ved sykehusene. Notat.

Mørkrid, Alf (1999): *Tilknytningsformer for sykehus - spørreundersøkelse til avdelingsledere.* Upublisert notat til utvalget.

Rønningen, Lars: *Utvikling i produktivitet 1991-97.* Upublisert NIS-arbeidsnotat 1999-03-12

Vareide, Per Kristian (1999) : *Sykehus - utviklingstrekk og særtrekk.* Upublisert NIS-arbeidsnotat.

Vedlegg 1

Utkast til endringer i kommunelovens kapittel 11 om kommunalt og fylkeskommunalt foretak og utkast til lov om kommunalt og fylkeskommunalt selskap

1 Merknader til endringer i kommuneloven kap 11 om kommunalt eller fylkeskommunalt foretak

Utvalget har i "*Kommunalt foretak og forvaltningsbedrift*" i kapittel 6 behandlet spørsmålet om endringer i kommuneloven kap 11 om kommunalt og fylkeskommunalt foretak for å gjøre denne organisasjonsformen til en mer hensiktsmessig organisasjonsform for sykehusforetak som ønskes organisert innenfor fylkeskommunen. I likhet med utvalgets forslag til regler for kommunalt og fylkeskommunalt selskap, forslår utvalget at også reglene for kommunalt og fylkeskommunalt foretak gjøres generelle.

Det sentrale i utvalgets forslag til endringer i reglene om kommunalt og fylkeskommunalt foretak er at det åpnes for at kommunestyret eller fylkestingets myndighet i foretaket kan delegeres til andre kommunale organer. Det åpnes for delegasjon til andre folkevalgte organer og det åpnes for delegasjon til administrasjonssjefen, eventuelt kommunerådet eller fylkesrådet i kommuner og fylkeskommuner med parlamentarisk styreform. Utvalget antar at det siste vil være særlig aktuelt for sykehus, og at det dermed legges til rette for at disse får et profesjonelt styre som kan lede sykehuset innenfor de rammer som kommuneloven kap 11 fastsetter for styrets myndighet i et fylkeskommunalt foretak.

Når det er kommunestyret eller fylkestinget eller et annet folkevalgt organ som velger styre, gjelder reglene om forholdstallsvalg og flertallsvalg i kommuneloven §§ 36 og 38, jf § 35 nr 4. Det antas likevel at fylkestinget/kommunestyret ved delegasjon til annet folkevalgt organ har adgang til å bestemme at valget skal skje ved flertallsvalg, jf kommuneloven § 29 annet punktum. Det vil i tilfelle innebære at det enkelte medlems rett til å kreve forholdstallsvalg etter § 35 nr. 4 settes til side. Se nærmere NOU 1995:17 s 162, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 120-121 hvor også forholdet mellom et profesjonelt styre og valgreglene i kommuneloven §§ 36 flg er behandlet.

Det som er sagt om delegasjon i avsnittet over, er i utvalgets forslag til lov kommet til uttrykk i forslag til nytt annet og tredje ledd i kommuneloven § 62 hvor *annet ledd* fastsetter slik delegasjonsadgang som er nevnt i avsnittet over. Det er her presisert at delegasjonsadgangen ikke gjelder opprettelse eller nedleggelse av foretaket og vedtak som gjelder foretakets vedtekter. Dessuten er det presisert at delegasjonsadgangen heller ikke gjelde saker som i kommuneloven forøvrig er forbeholdt kommunestyret eller fylkestinget selv, så som myndighet til å vedta økonomiplan etter kommuneloven § 44 tredje ledd og budsjettmyndigheten etter § 45 annet ledd.

Utkastet til nytt tredje ledd i kommuneloven § 62 sikrer foretakets styremedlemmer og daglige leder en viss medinnflytelse når den som har fått tildelt myndighet etter annet ledd treffer vedtak i foretakets saker. Bestemmelsen bygger på tilsvarende hensyn som §§ 13 annet og tredje ledd og 14

annet ledd i utkast til lov om kommunalt og fylkeskommunalt selskap. Det vises til merknadene til disse bestemmelsene i "*Kommunalt foretak og forvaltningsbedrift*" i kapittel 6.1.

De øvrige forslagene til endringer i kommuneloven kapittel 11 er en konsekvens av den delegasjonsadgangen det er åpnet for gjennom forslaget til nytt annet ledd i kommuneloven § 62, jf over.

2 Utkast til endringer i kommunelovens kapittel 11 om kommunalt eller fylkeskommunalt foretak

I lov 25. september 1992 nr 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) gjøres følgende endringer:

I § 62 skal overskriften lyde:

«Opprettelse av kommunalt eller fylkeskommunalt foretak. *Delegasjon av myndighet.*»

§ 62 første ledd første punktum skal lyde:

«Kommunestyret eller fylkestinget *treffer* vedtak om opprettelse av kommunalt eller fylkeskommunalt foretak, herunder velge styre og fastsette vedtekter for foretaket.»

§ 62 nytt annet og tredje ledd skal lyde:

«Kommunestyret eller fylkestinget kan tildele formannskapet eller fylkesutvalget, et fast utvalg, (fylkes)ordføreren eller administrasjonssjefen myndighet til å treffe avgjørelser i saker som gjelder foretaket. Dette gjelder likevel ikke avgjørelsesmyndighet i saker som gjelder opprettelse eller nedleggelse av foretak, fastsetting av foretakets vedtekter og endringer i disse og saker som etter loven skal avgjøres av kommunestyret eller fylkestinget selv. I kommuner og fylkeskommuner med parlamentarisk styreform kan myndighet som nevnt i første, jf annet punktum tildeles kommunerådet eller fylkesrådet.

Før kommunestyret eller fylkestinget eller noen som er tildelt myndighet etter annet ledd *treffer* avgjørelse i saker som gjelder foretaket, skal sakens dokumenter sendes foretakets styremedlemmer og daglig leder som skal gis anledning til å uttale seg om forslag til vedtak. Uttalelsen skal avgis skriftlig eller protokolleres om den angis muntlig og inngå i sakens dokumenter.»

§ 65 nr 3 første punktum skal lyde:

«Styret velges av kommunestyret eller *fylkestinget.*»

§ 65 nr 4 skal lyde:

«Styret skal ha en leder og en nestleder som velges av kommunestyret eller *fylkestinget.*»

§ 6 nr 3 skal lyde:

«Kommunestyret eller fylkestinget kan når som helst foreta nye valg av de medlemmer som er valgt av kommunestyret eller fylkestinget.»

§ 69 første punktum skal lyde:

«I vedtektene kan det fastsettes at styrets vedtak i nærmere angitt saker må være godkjent av kommunestyret eller fylkestinget for å være bindende for kommunen eller fylkeskommunen.»

§ 70 tredje punktum skal lyde:

«Ansettelsesmyndigheten kan i vedtektene legges til *kommunestyret eller fylkestinget.*»

§ 72 ny nr 4 skal lyde:

«Bestemmelsene i denne paragrafen gjelder ikke når kommunestyrets eller fylkestingets myndighet i saker som gjelder foretaket er tildelt administrasjonssjefen, eventuelt kommunerådet eller fylkesrådet, jf § 62 annet ledd.

3 Merknader til lov om kommunalt og fylkeskommunalt selskap

I "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.4 er det redegjort for hovedelementene i en ny organisasjonsform for heleide kommunale eller fylkeskommunale selskaper som vil ivareta de hensyn som gjør seg gjeldende for fylkeskommunale sykehus. Modellen representerer en organisasjonsform som ligger mellom aksjeselskapet og kommunalt eller fylkeskommunalt foretak. Nedenfor følger utkast til lov om kommunalt og fylkeskommunalt selskap og merknader til de enkelte paragrafene i lovutkastet.

Lovutkastet er utformet med utgangspunkt i de generelle synspunkter det er redegjort for i "*Innledning*" i kap. 7.1. Reglene er i stor utstrekning i samsvar med bestemmelsene for interkommunale selskaper i lov 26. januar 1999 nr 6 om interkommunale selskaper, men bl a med de tilpasninger som har sammenheng med at et kommunalt eller fylkeskommunalt selskap bare kan ha én eier. Dette medfører at lovreglene på en rekke punkter kan forenkles.

Til § 1

Bestemmelsen angir lovens materielle virkeområde, og må ses i sammenheng med definisjonen av kommunalt og fylkeskommunalt selskap i § 2 (a) og (b). Paragrafen innebærer sammen med § 2 (a) og (b) at loven ikke gjelder for andre former for kommunal eller fylkeskommunal virksomhet enn de som kommunestyret eller fylkestinget har bestemt skal være organisert som et kommunalt eller fylkeskommunalt selskap.

I samsvar med det som er sagt i "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.1 er lovutkastet utformet som en generell lov om en mulig organisasjonsform for fylkeskommunal og kommunal virksomhet i alminnelighet. Loven tar utgangspunkt i de behov som har gjort seg gjeldende i sykehussektoren og anvendelsesområde kan begrenses til sykehussektoren, dersom organisasjonsformen ikke anses som en hensiktsmessig organisasjonsform for annen fylkeskommunal og kommunal virksomhet.

Til § 2

Paragrafen definerer i *bokstav (a) og (b)* kommunalt og fylkeskommunalt selskap. Det framgår av disse definisjonene at det er to kriterier som må være oppfylt for at det skal foreligge et kommunalt eller fylkeskommunalt selskap og dermed for at loven skal få anvendelse. For det første må det dreie seg om et selskap hvor en kommune eller fylkeskommune er eiere. Dessuten må kommunestyret eller fylkestinget uttrykkelig bestemt at virksomheten skal organiseres som et kommunalt eller fylkeskommunalt selskap. På dette punkt må bestemmelsene ses i sammenheng med utkastet § 6.

Det følger av definisjonene av kommunalt og fylkeskommunalt selskap at organisasjonsformen ikke kan brukes hvor det er flere kommuner eller fylkeskommuner sammen som eier selskapet. I så tilfelle må virksomheten organiseres som et interkommunalt selskap eller et aksjeselskap.

Til § 3

Bestemmelsen svarer til § 2 i lov om interkommunale selskaper, og innebærer at et selskap som er organisert etter loven vil være et eget rettssubjekt adskilt fra den kommunen eller fylkeskommunen som eier selskapet. Om den nærmere betydning av at selskapet er et eget rettssubjekt, vises til NOU 1995:17 s 144, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 90-91.

Til § 4

Paragrafen slår fast at forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelder for et kommunalt eller fylkeskommunalt selskap, jf "[Forvaltningsloven og offentlighetsloven](#)" i kapittel 7.4.5. I den grad fylkeskommunale sykehus treffer enkeltvedtak i dag, vil ikke omdanning til kommunalt selskap endre klagemulighetene. Hvem som er klageinstans må avgjøres i forhold til den lovgivningen som gir hjemmel for å treffe enkeltvedtaket.

Til § 5

Paragrafen gjelder kommunens eller fylkeskommunens ansvar for selskapets forpliktelser, og slår i *første ledd* fast at den har et ubegrenset ansvar for disse. Bestemmelsen må bl a ses i sammenheng med § 30 om at selskapets eiendeler ikke kan være gjenstand for utlegg eller arrest og at selskapet ikke kan gå konkurs. Bestemmelsen må dessuten ses i sammenheng med en rekke andre bestemmelser i lovutkastet som gir eieren kontroll med selskapets økonomiforvaltning, se særlig §§ 25 flg.

Annet ledd fastsetter nærmere vilkår for at en selskapskreditor kan gå på kommunen eller fylkeskommunen. Bestemmelsen er utformet etter mønster av § 3 annet ledd i lov om interkommunale selskaper. Se nærmere NOU 1995:17 s 145 jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 91.

Til § 6

Paragrafen inneholder nærmere bestemmelser om opprettelse av selskapet.

Første ledd bestemmer at kommunestyret eller fylkestinget selv treffer vedtak som opprettelse av kommunalt og fylkeskommunalt selskap. Dette er en myndighet som ikke kan delegeres. Videre følger det av første ledd at kommunestyret eller fylkestinget i forbindelse med opprettelsen fastsetter selska-

pets vedtekter og treffer dessuten bestemmelse om kommunens representasjon i selskapsmøtet i den utstrekning dette i medhold av § 10 skal overlates til andre enn kommunestyret eller fylkestinget selv. Kommunens eller fylkeskommunens representasjon i selskapsmøtet er nærmere regulert i § 10.

Annet ledd fastsetter at kommunestyret eller fylkestingets vedtak om opprettelse av selskapet, skal følges opp med et konstituerende selskapsmøte som har til oppgave å velge selskapets styre og revisor. Når kommunestyret eller fylkestinget har delegert representasjonsmyndigheten, vil det være den som har fått tildelt denne myndighet som representerer kommunen eller fylkeskommunen i det konstituerende selskapsmøte.

Til § 7

Paragrafen fastsetter hvilket materielt innhold selskapets vedtekter som et minimum må ha.

Nr 1 forutsetter at selskapet skal et særskilt firmanavn. Dette må tilfredsstille de nærmere vilkårene i fimaloven. Det forutsettes dessuten at det i fimaloven § 2-2 tas inn bestemmelser om selskapsbetegnelse som firma for henholdsvis kommunalt og fylkeskommunalt selskap skal inneholde.

Nr 2 fastsetter at vedtektene skal angi selskapets formål. Gjennom formålsbestemmelsen fastsetter kommunen eller fylkeskommunen det overordnede mål for selskapets virksomhet og fastsetter nærmere rammer for virksomheten. I et sykehusselskap kan således formålsbestemmelsen fastsette overordnede helsepolitiske mål som selskapsledelsen skal styre etter og som vil være bindende for denne.

I samsvar med det som er sagt i "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.5. om helserettslige forhold kan kommunen eller fylkeskommunen gjennom vedtektene sikre seg at selskapet med sin virksomhet ivaretar fylkeskommunens plikter etter helselovgivningen. Se nærmere "*Statsforetak og kommunalt selskap*" i kapittel 7.5.

Det er i utgangspunktet kommunen eller fylkeskommunen som avgjør hvor stor frihet selskapsledelsen skal ha når det gjelder driften av sykehuset. Formålsangivelsen bør likevel ikke bli så detaljert at den resulterer i en uhenksiktsmessig binding av selskapsledelsen og undergraver den friheten som loven tar sikte på å gi ledelsen i driftsmessige forhold.

Til § 8

Bestemmelsen fastsetter at endringer i vedtektene må vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv. Dette er altså en myndighet som ikke kan delegeres til andre, jf § 10 annet punktum.

Til § 9

Paragrafen slår fast at et kommunalt og fylkeskommunalt selskap skal ha et selskapsmøte, og at det er gjennom dette at kommunen eller fylkeskommunen utøver sin myndighet i selskapet. Bestemmelsen innebærer at kommunen eller fylkeskommunen som eier ikke kan utøve noen myndighet i selskapet på annen måte enn gjennom sin representasjon i selskapsmøtet. Om kommunens eller fylkeskommunens utøvelse av eiermyndighet gjennom selskapsmøtet, se også "*Styrings- og ansvarsforhold*" i kapittel 7.4.2.

Til § 10

Paragrafen regulerer kommunens eller fylkeskommunens representasjon i selskapsmøtet. Det slås i *første punktum* fast at myndighet kan delegeres til fylkesordfører eller ordfører, eller til kommunens eller fylkeskommunens administrasjon. Utvalget legger til grunn at for sykehusselskaper vil det normale være at myndigheten delegeres til administrasjonen. Dette må bli sett i sammenheng med sykehusselskapets styresammensetning, se 7.4.2.

Annet punktum presiserer at delegasjonsadgangen ikke gjelder myndigheten til å opprette eller nedlegge selskapet og til å fastsette eller endre selskapets vedtekter. Dette er myndighet som må utøves av kommunestyret eller fylkestinget selv, jf utkastets §§ 6 og 8.

Om delegasjon av kommunestyrets eller fylkestingets myndighet, se også "*Generelt*" i kapittel 7.4.1.

Til § 11

Paragrafen gjelder styrets, daglig leders og revisors rett og plikt til å være tilstede i selskapsmøtet og til å uttale seg om de saker som skal behandles der.

Til § 12

Paragrafen gjelder selskapsmøtets myndighet og er utformet etter mønster av lov om interkommunale selskaper § 7.

Første ledd første punktum slår fast at selskapsmøtet er selskapets øverste myndighet. Dette innebærer at kommunen eller fylkeskommunen gjennom selskapsmøtet har instruksjons- og omgjøringsmyndighet overfor andre selskapsorganer.

Første ledd annet punktum presiserer selskapsmøtets myndighet til å treffe vedtak som selskapets regnskap, budsjett og økonomiplan og andre saker som etter andre bestemmelser i loven eller vedtektene skal behandles i selskapsmøtet.

Annet ledd fastslår at i tillegg til selskapsmøtets faste oppgaver kan det i vedtektene bestemmes at visse arter saker som ellers hører under styret, må godkjennes av selskapsmøtet. I "*Styrings- og ansvarsforhold*" i kapittel 7.4.2. er nevnt enkelte typer saker hvor dette kan være aktuelt i sykehusselskaper.

Om § 12 vises også til NOU 1995:17 s 148 jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 95.

Til § 13

Paragrafen gjelder innkalling til selskapsmøte.

Annet ledd presiserer at styre, daglig leder og revisor skal innkalles. Sett i sammenheng med *tredje ledd* sikrer bestemmelsen at disse får forhåndsvarsel om kommunens eller fylkeskommunens myndighetsutøvelse i selskapets forhold, og får mulighet til å forberede seg på det som skal behandles. Bestemmelsen må også ses i sammenheng med § 14 fjerde ledd.

Til § 14

Paragrafen inneholder regler om møteledelse og protokollasjon.

Annet ledd tredje punktum slår fast at hvis styremedlem, daglig leder eller revisor som er tilstede i selskapsmøtet er uenig i det som kommunens eller fylkeskommunens representant vedtar, skal dette føres til protokolls. Dis-

sensen blir dermed notorisk. Dette kan blant annet ha betydning for senere ansvarsspørsmål.

Til § 15

Paragrafen gjelder styrets sammensetning, og er utformet med utgangspunkt i de tilsvarende bestemmelsene i § 10 første, annet, tredje og fjerde ledd i lov om interkommunale selskaper.

Bestemmelsen fastsetter ikke nærmere krav til hvem som kan være medlem av styret. Spørsmålet om styret skal sammensettes politisk eller av personer med profesjonell bakgrunn, må ses i sammenheng med spørsmålet om hvem som utøver kommunens myndighet i selskapsmøtet, jf merknadene til § 10. Når det er kommunestyret eller fylkestinget selv som representerer kommunen eller fylkeskommunene, skjer valget ved flertallsvalg i samsvar med hovedregelen i kommuneloven § 35 første ledd. Selskapets styre er ikke en kommunal nemnd hvor § 35 fjerde ledd gjelder.

Når det spesielt gjelder styresammensetningen i sykehusselskaper, vises også til det som er sagt i "*Styrings- og ansvarsforhold*" i kapittel 7.4.2.

Til § 16

Paragrafen gjelder de ansattes styrerepresentasjon. Bestemmelsen er utformet i samsvar med reglene for de ansattes representasjon i aksjeloven og annen selskapslovgivning, jf aksjeloven § 6-4. Bestemmelsen samsvarer også med reglene for ansattererepresentasjon i interkommunalt selskaps styre i § 10 syvende til tolvte ledd i lov om interkommunale selskaper, se nærmere NOU 1995:17 s 150 jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 98.

Til § 17

Paragrafen gjelder styremedlemmenes tjenestetid, og er utformet i samsvar med reglene om dette i §10 femte og sjette ledd i lov om interkommunale selskaper. Se NOU 1995:17 s 150 jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 98.

Til § 18

Paragrafen gjelder innkalling til styremøter, og er utformet i samsvar med § 11 i lov om interkommunale selskaper. Det vises til NOU 1995:17 s 150 jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 98-99.

Til § 19

Bestemmelsen gjelder saksbehandlingen i styret, og er utformet i samsvar med § 12 i lov om interkommunale selskaper. Se NOU 1995:17 s 150-151, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 99.

Til § 20

Paragrafen gjelder styrets myndighet og er utformet i samsvar med § 13 i lov om interkommunale selskaper.

Første ledd legger ansvaret for forvaltningen for selskapet og dermed ansvaret for den løpende driften til styret. Om styrets oppgave i sykehusselskaper, se "*Styrings- og ansvarsforhold*" i kapittel 7.4.2.

Første ledd *annet punktum* presiserer styrets plikt til å drive selskapets virksomhet i samsvar med selskapets vedtekter, selskapets årsbudsjett og andre vedtak og retningslinjer som kommunen eller fylkeskommunen fastsetter gjennom selskapsmøtet. Bestemmelsen må på dette punkt bl a ses i sammenheng med det som i merknadene til § 7 er sagt om vedtektene som styringsredskap for kommunen eller fylkeskommunen og det som i merknadene til § 12 er sagt om selskapsmøtets overordnede myndighet.

Om bestemmelsen vises forøvrig til NOU 1995:17 s 151-152, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 99-100 om den tilsvarende bestemmelsen i lov om interkommunale selskaper.

Til § 21

Paragrafen gjelder daglig leders stilling og er utformet etter mønster av § 14 i lov om interkommunale selskaper.

Om daglig leder (sykehusdirektøren) vises til det som er sagt om dette i "*Styrings- og ansvarsforhold*" i kapittel 7.4.2.

Om bestemmelsen vises forøvrig til NOU 1995:17 s 152, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 100-101.

Til § 22

Bestemmelsen gjelder inhabilitet for selskapets ansatte og medlemmer av selskapets styrende organer. Bestemmelsen slår fast at det er inhabilitetsbestemmelsen i kommuneloven § 40 nr 3 som får tilsvarende anvendelse.

Bestemmelsen er identisk med § 15 i lov om interkommunale selskaper som er nærmere kommentert i NOU 1995:17 s 152, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 101.

Til § 23

Bestemmelsen gjelder selskapets representasjon utad, og innebærer at det er styret som har den generelle kompetansen til å representere selskapet utad, herunder binde selskapet overfor tredjemann ved avtaleinngåelse. Dette gjelder også avtaler med eierkommunen eller eierfylkeskommunen om blant annet driftsavtaler.

Tredje ledd gir daglig leder en selvstendig rett til å representere selskapet utad innenfor sitt myndighetsområde, jf § 21.

Bestemmelsen suppleres forøvrig av alminnelige regler om fullmaktstildeling.

Om bestemmelsen vises også til NOU 1995:17 s 152, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 101.

Til § 24

Bestemmelsen gjelder overskridelse av representasjonsretten i § 23, og er utformet i samsvar med § 17 i lov om interkommunale selskaper. Det vises til NOU 1995:17 s 153, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 101-102.

Til § 25

Bestemmelsen slår fast at det skal være et årsbudsjett for selskapet, og at dette skal fastsettes av eierkommunen eller eierfylkeskommunen gjennom sel-

skapsmøtet. Bestemmelsen sikrer kommunen eller fylkeskommunen en overordnet styringsmulighet når det gjelder selskapets økonomi. Bestemmelsen må blant annet ses i sammenheng med kommunens eller fylkeskommunens ansvar for selskapsforpliktelser. Når det spesielt gjelder sykehusselskaper må dessuten bestemmelsen ses i sammenheng med fylkeskommunens ansvar etter loven for at befolkningen har tilgang til spesialisthelsetjenester mv. Se nærmere "*Økonomiforvaltning*" i kapittel 7.4.3 og 7.5.

Om bestemmelsen vises ellers til merknadene til den tilsvarende bestemmelsen i lov om interkommunale selskaper § 18 i NOU 1995:17 s 153-154, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 102-103.

Til § 26

Bestemmelsen gjelder budsjettavvik, og må ses i sammenheng med at når årsbudsjettet er endelig vedtatt etter § 25 representerer det en bindende ramme for styrets ledelse av selskapet. Det kan imidlertid oppstå uforutsette situasjoner som endrer budsjettforutsetningene, og bestemmelsen regulerer nærmere hvorledes selskapets organer i såfall skal forholde seg.

Bestemmelsen er utformet i samsvar med den tilsvarende bestemmelsen om budsjettavvik i § 19 i lov om interkommunale selskaper. Det vises til merknadene til denne bestemmelsen i NOU 1995:17 s 154, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 103.

Til § 27

Bestemmelsen fastslår at i likhet med hva som gjelder for kommuner og fylkeskommuner, må et kommunalt eller fylkeskommunalt selskap utarbeide økonomiplan. Planen skal gi en oversikt over den sannsynlige utviklingen for de neste fire år for selskapet og skal ajourføres hvert år, jf kommuneloven § 44.

Økonomiplanen vil sammen med de øvrige bestemmelsene i lovutkastet § 25 flg være et viktig styringsredskap for kommunen eller fylkeskommunen. Det vises i denne forbindelse til det som er sagt i "*Økonomiforvaltning*" i kapittel 7.4.3.

Om bestemmelsen vises forøvrig til merknadene til den tilsvarende bestemmelsen i lov om interkommunale selskaper § 20 i NOU 1995:17 s 154, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 103.

Til § 28

Bestemmelsen begrenser selskapets bruk av midler som skriver seg fra salg av fast eiendom mv som nevnt i § 32. Bestemmelsen har utspring i det samme formuesbevaringsprinsippet som er nedfelt i kommuneloven § 48 annet ledd. Om selskapsmøtets myndighet til å treffe vedtak om salg mv av eiendeler som omfattes av bestemmelsen, jf utkastets § 32.

Om bestemmelsen vises ellers til merknadene til den tilsvarende bestemmelsen i lov om interkommunale selskaper § 21 i NOU 1995:17 s 154, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 104.

Til § 29

Paragrafen gjelder selskapets adgang til å ta opp lån og gi garantitilsagn. Bestemmelsen er utformet med mønster i § 22 i lov om interkommunale selskaper.

Etter *første ledd* er hovedregelen at selskapet bare kan ta opp lån når det i vedtektene har fått særskilt fullmakt til dette. Dessuten må de enkelte låneopptak i henhold til slik fullmakt godkjennes av selskapsmøtet.

Etter *tredje ledd* gjelder et generelt forbud mot at selskapet stiller garantier eller pantsetter sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser.

Det vises også til det som er sagt i "*Økonomiforvaltning*" i kapittel 7.4.3.

Om bestemmelsen vises forøvrig til merknadene til den tilsvarende bestemmelsen i lov om interkommunale selskaper § 22 i NOU 1995:17 s 154-155, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 104-105.

Til § 30

Bestemmelsen fastsetter et forbud mot at det tas utlegg eller arrest i selskapets eiendeler. Bestemmelsen svarer til det som gjelder for kommuner og fylkeskommuner etter kommuneloven § 52. Videre fastsetter bestemmelsen et forbud mot konkurs og gjeldsforhandling som svarer til kommuneloven § 55.

Forbudet mot utlegg, arrest, konkurs mv må ses i sammenheng med kommunens eller fylkeskommunens ansvar for selskapets forpliktelser. Når det spesielt gjelder sykehusselskaper må dessuten bestemmelsen ses i sammenheng med fylkeskommunens ansvar for spesialisthelsetjenester slik at det i praksis ikke vil være noe tenkelig alternativ at et sykehusselskaps eiendeler blir realisert som et ledd i en dekningsaksjon fra selskapskreditorene. Se nærmere "*Økonomiforvaltning*" i kapittel 7.4.3.

Om bestemmelsen vises ellers til merknadene til den tilsvarende bestemmelsen i § 23 i lov om interkommunale selskaper i NOU 1995:17 s 155, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 105.

Til § 31

Bestemmelsen pålegger styret en handleplikt ved tap av egenkapital. Bestemmelsen presiserer styrets ansvar for selskapets kapitalgrunnlag og for at eierkommunen eller eierfylkeskommunen straks blir varslet dersom kapitalgrunnlaget blir lavere enn forsvarlig. Bestemmelsen pålegger styret å foreslå tiltak som vil gjenopprette selskapets økonomi. Dette kan være rasjonaliseringstiltak eller andre tiltak innenfor selskapet, men kan også være endringer i selskapets driftsavtaler med kommunen, ytterligere egenkapitaltilførsel, lån fra kommunen eller annet. Gjennomføringen av slike tiltak må avgjøres av kommunen eller fylkeskommunen som avtalemotpart og/eller som eier.

Bestemmelsen har felles trekk med § 24 i lov om interkommunale selskaper.

Til § 32

Bestemmelsen legger det til kommunen eller fylkeskommunen å treffe vedtak om salg av selskapets faste eiendommer, andre større kapitalgjenstander eller investeringer som er av vesentlig betydning for selskapet eller kommunen eller fylkeskommunen. Bestemmelsen begrenser styrets myndighet etter § 20, men må ses i sammenheng med at selskapsformen er ment å representere en nærmere tilknytningsform mellom selskapet og kommunen eller fylkeskommunen enn det aksjeselskapsformen representerer. For sykehusselskaper

vil bestemmelsen være en garanti for at ikke ledelsen foretar disposisjoner over selskapets eiendeler mv som kan komme i konflikt med selskapets mulighet til å gjennomføre overordnede helsepolitiske formål som sykehusselskapet skal ivareta. For sykehusselskap kan det presiseres i vedtektene at eventuelt salg av fast eiendom må forelegges fylkestinget.

Bestemmelsen kan suppleres med vedtektsbestemmelse som nevnt i § 12 annet ledd om at visse arter saker må godkjennes av selskapsmøtet. Gjennom slik vedtektsbestemmelse kan kommunen eller fylkeskommunen sikre seg innflytelse over også andre typer saker enn de som omfattes av § 32. Vedtektsbestemmelse som nevnt kan også brukes for å presisere hvilke saker som omfattes av § 32.

Om bestemmelsen vises forøvrig til merknadene til den tilsvarende bestemmelsen i § 25 i lov om interkommunale selskaper i NOU 1995:17 s 156, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 105-106.

Til § 33

Bestemmelsen gjelder selskapets regnskapsføring

Første ledd fastsetter at selskapet har regnskapsplikt etter regnskapsloven. I annet punktum er det fastsatt at det i vedtektene kan bestemmes at det i tillegg skal avgis regnskap etter kommunale regnskapsprinsipper.

For fylkeskommunale sykehus som i dag er en del av fylkeskommunen, men som ønskes omorganisert til fylkeskommunalt selskap, antar utvalget at det bør vurderes å gi nærmere regler om overgang fra regnskapsføring etter kommunale regnskapsprinsipper til regnskapsføring etter regnskapsloven.

Til § 34

Bestemmelsen gjelder selskapets revisjon og er i samsvar med § 28 i lov om interkommunale selskaper.

Etter bestemmelsen er det kommunen eller fylkeskommunen gjennom selskapsmøtet som velger hvem som skal være revisor. Selskapsmøtet står etter bestemmelsen fritt til å velge et privat revisjonsfirma eller kommunens eller fylkeskommunens egen revisjon.

Det vises forøvrig til merknadene til den tilsvarende bestemmelsen i lov om interkommunale selskaper § 28 i NOU 1995:17 s 156, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 106-107.

Til § 35

Paragrafen gjelder ensidig overføring av midler fra selskapet til kommunen eller fylkeskommunen. Bestemmelsen fastsetter ikke materielle begrensninger i slike overføringer, men fastsettes visse saksbehandlingsregler som må følges. Formålet med saksbehandlingsreglene er å sikre at styret trekkes inn i slike beslutninger. Dette må ses i sammenheng med styrets ansvar for forvaltningen av selskapet.

Det normale vil være at utdelinger foretas som årlig utbytte til kommunen eller fylkeskommunen etter at årsregnskapet er fastsatt. Bestemmelsen er imidlertid ikke til hinder for at det vedtas ekstraordinære overføringer. Men også her er det et vilkår at utdelingen har grunnlag i et forslag fra styret eller skjer med styrets samtykke, og at vedtak treffes på basis av årsregnskapet for siste regnskapsår.

Om bestemmelsen vises forøvrig til merknadene til den tilsvarende bestemmelsen i § 29 første ledd i lov om interkommunale selskaper i NOU 1995:17 s 156-157, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 107.

Til § 36

Bestemmelsen gjelder oppløsning av selskapet, og legger det til kommunestyret eller fylkestinget selv å treffe vedtak om dette. Formuleringen innebærer at vedtak om oppløsning ikke kan delegeres, jf utkastet § 10.

Til § 37

Paragrafen inneholder enkelte regler om den nærmere framgangsmåten for avviklingen av selskapet etter at kommunestyret eller fylkestinget i medhold av § 36 har truffet vedtak om oppløsning.

Bestemmelsene om avvikling av selskapet er i lovutkastet betydelig enklere enn det som gjelder for avvikling av interkommunalt selskap etter reglene i lov om interkommunalt selskap §§ 33-35. Dette har først og fremst sammenheng med at kommunalt eller fylkeskommunalt selskap bare har en eier som har ansvar for selskapets forpliktelser også etter at avviklingen er gjennomført, jf § 38. Bestemmelsen om melding til Foretaksregisteret og kreditorvarsel i tredje og fjerde ledd, har her først og fremst til formål å ivareta kommunens eller fylkeskommunens behov for å få oversikt over utestående krav i forbindelse med avviklingen. Dessuten har kreditorvarslet betydning for foreldelsesfristen etter § 38 annet ledd.

Til § 38

Paragrafen gjelder kommunens eller fylkeskommunens ansvar for selskapsforpliktelser etter at avviklingen er gjennomført. Bestemmelsen fastslår at ansvaret etter § 5 innenfor rammen av foreldelsesfristen i § 38 annet ledd også gjelder etter at avviklingen er gjennomført.

Foreldelsesreglen i *annet ledd* er utformet etter mønster av den tilsvarende foreldelsesreglen i § 37 i lov om interkommunale selskaper. Om denne bestemmelsen vises til merknadene i NOU 1995:17 s 160, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 112.

Til § 39

Bestemmelsen gjelder ansvar for styremedlemmer, daglig leder, medlem av avviklingsstyret og revisor. Bestemmelsen slår fast at disse har et personlig ansvar for tap de volder selskapet, kommunen eller fylkeskommunen eller andre når de opptre forsettelig eller uaktsomt under utførelse av sin oppgave. Bestemmelsen svarer til tilsvarende bestemmelser for styremedlem, daglig leder mv i interkommunale selskaper etter § 38 i lov om interkommunale selskaper. Se merknadene til denne bestemmelsen i NOU 1995:17 s 160, jf Ot prp nr 53 (1997-98) s 113.

Til § 40

Bestemmelsen gjelder omdanning av kommunal eller fylkeskommunal virksomhet til kommunalt eller fylkeskommunalt selskap. Bestemmelsen gjelder ved omdanning av virksomhet som blir drevet innenfor kommunen eller

fylkeskommunen til et kommunalt eller fylkeskommunalt selskap. Videre gjelder bestemmelsen ved omdanning av virksomhet som drives av et heleid kommunalt eller fylkeskommunalt aksjeselskap til et kommunalt eller fylkeskommunalt selskap. Bestemmelsen bygger på et kontinuitetsprinsipp når det gjelder virksomhetens rettigheter og forpliktelser, og bygger på tilsvarende bestemmelser i §§ 40 fjerde og femte ledd og § 41 fjerde, femte og sjette ledd i lov om interkommunale selskaper. Om det nærmere innholdet av bestemmelsen vises til merknadene til de nevnte bestemmelsene lov om interkommunale selskaper i Ot prp nr 53 (1997-98) s 113-115.

Endringer i andre lover

Lovutkastet forutsetter enkelte endringer i annen lovgivning, bl a foretaksregisterloven og firmaloven. Utvalget har ikke foretatt noen gjennomgang av hvilke andre lovbestemmelser som må endres hvis lovutkast blir lov, men forutsetter at slik gjennomgang vil bli foretatt.

4 Utkast til lov om kommunalt og fylkeskommunalt selskap

§ 1 Lovens virkeområde

Denne loven gjelder for kommunalt og fylkeskommunalt selskap.

§ 2 Definisjoner

I denne loven menes med:

- a) Kommunalt selskap: Selskap som eies av kommune alene og som kommunestyret har bestemt at loven skal gjelde for, jf § 6.
- b) Fylkeskommunalt selskap: Selskap som eies av fylkeskommune alene og som fylkestinget har bestemt at loven skal gjelde for, jf § 6.
- c) Kommunen: Den kommunen som eier et kommunalt selskap
- d) Fylkeskommunen: Den fylkeskommunen som eier et fylkeskommunalt selskap.

§ 3 Partsstilling Kommunalt og fylkeskommunalt selskap kan ha rettigheter, forpliktelser, være part i avtaler med private og offentlige myndigheter og partsstilling overfor domstol og andre myndigheter.

§ 4 Forholdet til forvaltningsloven og offentlighetsloven

Lov 10 februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) og lov 19 juni 1970 nr 69 om offentlighet i forvaltningen (offentlighetsloven) gjelder for kommunalt og fylkeskommunalt selskap.

§ 5 Kommunens og fylkeskommunens ansvar for selskapsforpliktelser

Kommunen eller fylkeskommunen hefter for selskapsforpliktelser.

En selskapskreditor må først gjøre sitt krav gjeldende mot selskapet. Derksom kreditorer ikke oppnår dekning av selskapet innen 14 dager regnet fra påkrav, kan kreditor gjøre krav gjeldende mot kommunen eller fylkeskommunen.

§ 6 Opprettelse av selskapet

Kommunestyret eller fylkestinget selv treffer vedtak om å opprette kommunalt eller fylkeskommunalt selskap. Ved opprettelsen skal kommunestyret eller fylkestinget også fastsette selskapets vedtekter og treffe vedtak om kommunens representasjon i selskapsmøtet, jf § 10.

Når kommunestyret eller fylkestinget har truffet vedtak om opprettelse av selskapet, avholdes konstituerende selskapsmøte som skal velge selskapets styre og revisor.

§ 7 Vedtekter

Selskapet skal ha vedtekter som i det minste skal angi følgende:

- 1.Selskapets firma
- 2.Selskapets formål
- 3.Den kommune eller fylkeskommune som eier selskapet
- 4.Den kommune hvor selskapet har sitt hovedkontor
- 5.Kommunens eller fylkeskommunens innskudd
- 6.Antall styremedlemmer, eller laveste og høyeste antall styremedlemmer

§ 8 Vedtektsendringer

Endringer i vedtektene vedtas av kommunestyret eller fylkestinget selv.

§ 9 Selskapsmøtet

Kommunen eller fylkeskommunen utøver sin myndighet i selskapet i selskapsmøtet.

§ 10 Kommunens eller fylkeskommunens representasjon i selskapsmøtet

Kommunestyret eller fylkestinget kan delegere myndigheten til å representere kommunen eller fylkestinget i selskapsmøtet til (fylkes)ordfører eller administrasjonssjef. Dette gjelder likevel ikke myndighet til å opprette eller nedlegge selskapet og til å fastsette eller endre selskapets vedtekter. I kommuner eller fylkeskommuner med parlamentarisk styreform kan myndighet som nevnt i første jf annet punktum tildeles kommunerådet eller fylkeskrådet.

§ 11 Møterett i selskapsmøtet

Retten til å være tilstede i selskapsmøtet og å uttale seg har selskapets styre, daglig leder og revisor. Daglig leder og styrets leder har plikt til å være tilstede med mindre dette er åpenbart unødvendig eller det foreligger gyldig forfall. I sistnevnte tilfelle skal det utpekes en stedfortreder. Selskapets revisor har plikt til å være tilstede for så vidt de saker som skal behandles er av slik art at hans nærvær kan anses nødvendig.

§ 12 Selskapsmøtets myndighet

Selskapsmøtet er selskapets øverste myndighet. Det treffer vedtak om selskapets regnskap, budsjett og økonomiplan og andre saker som etter lov eller vedtekter skal behandles i selskapsmøtet.

Det kan fastsettes i vedtektene at visse arter saker som ellers hører under styret, jf § 20, må godkjennes av selskapsmøtet. Slik bestemmelse kan bare gjøres gjeldende overfor en tredjeperson når bestemmelsen er registrert i Foretaksregisteret, eller når tredjepersonen kjente eller burde kjent bestemmelsen.

§ 13 Innkalling til selskapsmøte

Kommunen eller fylkeskommunen innkaller til selskapsmøte og bestemmer innkallingsmåten.

Til møtet innkalles de som etter § 11 har rett til å være tilstede i selskapsmøtet.

Innkallingen skal bestemt angi de saker som skal behandles på møtet. Selskapsmøtet kan ikke treffe vedtak i andre saker enn de som er nevnt i innkallingen med mindre samtlige av de som etter § 11 har rett til å være tilstede samtykker i det.

§ 14 Møteledelse og protokollasjon

Selskapsmøtet ledes av styrets leder med mindre selskapsmøte bestemmer at en annen skal lede møtet.

Møtelederen skal sørge for at det føres protokoll for selskapsmøtet. Protokollen skal underskrives av møtelederen og en annen person som velges blant de tilstedeværende. Er noen av de som etter § 11 har rett til å være tilst-

ede på møtet uenig i kommunens eller fylkeskommunens beslutning, skal deres oppfatning føres inn i protokollen.

§ 15 Styret og styrets sammensetning

Selskapet skal ha et styre på minst tre medlemmer. Dersom de ansatte skal velge styremedlemmer etter § 16 annet eller tredje ledd, skal styret ha minst fem medlemmer. Dersom de ansatte skal velge styremedlemmer etter § 16 fjerde ledd, skal styret ha minst syv medlemmer.

Styremedlemmene velges av selskapsmøtet med de unntak som følger av § 16. Selskapsmøtet kan når som helst avsette et styremedlem som det selv har valgt.

Selskapsmøtet velger styrets leder og nestleder med mindre det er fastsatt i vedtektene at valget foretas av styret selv.

Daglig leder kan ikke være medlem av styret.

§ 16 Ansattes styrerepresentasjon

I selskap som har 30 eller færre ansatte, har representanter for de ansatte i selskapet tilsvarende møterett i styret som etter kommuneloven § 26 nr 1.

I selskap som har flere enn 30 ansatte, kan et flertall av de ansatte kreve at inntil en tredel, men minst to av styrets medlemmer med varamedlemmer velges av og blant de ansatte.

Har selskapet flere enn 200 ansatte, skal de ansatte velge et styremedlem og varamedlem i tillegg til den representasjon som følger av annet ledd. Det kan inngås avtale mellom selskapet og fagforening som omfatter to tredeler av de ansatte eller et flertall av de ansatte, om at de ansatte istedenfor dette styremedlemmet skal velge to observatører og varamedlemmer.

Hvis selskapet har myndighet til å treffe enkeltvedtak eller fastsette forskrifter, jf forvaltningsloven § 2, skal de ansattes representanter i styret ikke delta i behandlingen av disse sakene.

Kongen kan gi forskrift om beregningen av antall ansatte, herunder om bruk av gjennomsnittstall. Kongen kan også gi forskrift om valget, herunder om vilkår for stemmerett og valgbarhet, valgmåten og om avgjørelser av tvister om valget, samt om bortfall av verv som styremedlem. Kongen kan gjøre unntak fra bestemmelsen i denne paragraf.

§ 17 Styremedlemmenes tjenestetid

Styremedlemmene velges for to år med mindre annet er fastsatt i vedtektene. Valgperioden kan ikke settes lenger enn til fire år. Styremedlemmer tjenestegjør inntil nye medlemmer er valgt, selv om tjenestetiden er gått ut. Bestemmelsene i første og annet punktum gjelder ikke for styremedlemmer som er valgt av de ansatte etter § 16.

Når særlige forhold foreligger, har et styremedlem rett til å tre tilbake før valgperioden er ute. Om tilbaketreden skal det gis rimelige forhåndsvarsel til styret og kommunen eller fylkeskommunen.

§ 18 Innkalling til styremøter

Styrets leder sørger for at styret holder møter så ofte som det trengs.

Medlem av styret og daglig leder kan kreve at styret sammenkalles. Om styret ikke for det enkelte tilfelle bestemmer noe annet, har daglig leder rett til å være til stede og til å uttale seg på styremøtene.

Styrets leder innkaller til styremøte. Innkallingen skal skje med rimelig varsel og skal, så langt mulig, inneholde en saksliste utarbeidet av styrelederen.

§ 19 Saksbehandlingen i styret

Styret er beslutningsdyktig når minst halvparten av medlemmene er tilstede.

Styremøtet ledes av en leder eller, i dennes fravær, av nestleder. Dersom ingen av disse er til stede, velges en møteleder.

Som styrets beslutning gjelder det som flertallet av de møtende har stemt for dersom ikke annet er fastsatt i vedtektene. De som stemmer for et forslag, må likevel utgjøre mer enn en tredel av samtlige styremedlemmer for at forslaget skal anses som vedtatt. Ved stemmelikhet er møtelederens stemme avgjørende.

Det skal føres protokoll fra møtet. Protokollen skal underskrives av samtlige tilstedeværende styremedlemmer. Styremedlem eller daglig leder som er uenig i styrets beslutning, kan kreve å få sin oppfatning innført i protokollen.

§ 20 Styrets myndighet

Forvaltningen av selskapet hører under styret som har ansvar for en tilfredsstillende organisasjon av selskapets virksomhet. Styret skal påse at virksomheten drives i samsvar med selskapets vedtekter, selskapets årsbudsjett og andre vedtak og retningslinjer fastsatt av selskapsmøtet. Styret skal sørge for at bokføringen og formuesforvaltningen er gjenstand for betryggende kontroll

Styret skal føre tilsyn med daglig leders ledelse av virksomheten.

§ 21 Daglig leder

Selskapet skal ha en daglig leder som ansettes av styret med mindre det er fastsatt i vedtektene at daglig leder ansettes av selskapsmøtet.

Daglig leder forestår den daglige ledelsen av selskapet og skal følge de retningslinjer og pålegg som styret har gitt.

Den daglige ledelsen omfatter ikke saker som etter selskapets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning. Slike saker kan den daglige leder bare avgjøre når styret i den enkelte sak har gitt daglig leder myndighet til det, eller når styrets beslutning ikke kan avvendes uten vesentlig ulempe for selskapets virksomhet. Styret skal i så fall snarest mulig underrettes om saken.

§ 22 Inhabilitet

Om inhabilitet for selskapets ansatte og medlemmer av selskapets styrende organer gjelder kommuneloven § 40 nr 3 tilsvarende.

§ 23 Selskapets representasjon

Styrets representerer selskapet utad og tegner dets firma.

Styret kan gi styremedlem eller daglig leder rett til å tegne selskapets firma og kan bestemme at de som har slik rett, må utøve den i fellesskap.

Daglig leder representerer selskapet utad i saker som faller inn under dennes myndighet etter § 21.

§ 24 Overskridelse av representasjonsretten

Bestemmelse om signaturrett som nevnt i § 23 annet ledd kan bare gjøres gjeldende overfor en tredjeperson når opplysning om beslutning er registrert i Foretaksregisteret eller når tredjeperson kjente eller burde kjent begrensningen.

Har noen som representerer selskapet utad ved handling på vegne av selskapet overskredet sin myndighet, er handlingen ikke bindende for selskapet dersom medkontrahenten innså eller burde innsett at myndigheten ble overskredet, og det derfor ville stride mot redelighet og god tro å gjøre rett etter handlingen gjeldende.

§ 25 Årsbudsjett

Selskapsmøtet skal vedta selskapets budsjett for kommende kalenderår.

Årsbudsjettet skal settes opp slik at det gir et realistisk bilde av virksomheten og det forventede økonomiske resultat av driften.

Dersom selskapets budsjett forutsetter tilskudd fra kommunen eller fylkeskommunen er budsjettet ikke endelig før kommunens eller fylkeskommunens budsjetter er behandlet etter kommuneloven § 45 nr 4, for så vidt angår tilskuddet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om årsbudsjettet for kommunale og fylkeskommunale selskaper, herunder om dekking av tidligere års underskudd og om delegasjon av selskapsmøtets myndighet i budsjettsaker.

§ 26 Budsjettavvik

Er det grunn til å anta at det blir vesentlig svikt i inntektene eller en vesentlig økning i utgiftene i forhold til budsjettet, skal selskapets styre straks gi melding om forholdet til kommunen eller fylkeskommunen. Selskapsmøtet skal straks behandle saken. På møtet skal styret redegjøre for grunnen til budsjettavviket og legge fram forslag til revidert budsjett.

§ 27 Økonomiplan

Selskapsmøtet skal en gang i året vedta selskapets økonomiplan. Den skal legges til grunn ved selskapets budsjettarbeid og øvrige planleggingsarbeid. Økonomiplanene skal omfatte de fire neste budsjettår og gi en realistisk oversikt over sannsynlige inntekter, forventede utgifter og prioriterte oppgaver, herunder investeringsplaner og finansieringen av disse i denne perioden. I økonomiplanen skal det inngå en oversikt over selskapets samlede gjeldsbyrde og garantiansvar, og over utgifter til renter og avdrag i planperioden.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler om økonomiplanens innhold.

§ 28 Realiserte verdier

Midler som innkommer ved salg av eiendeler som nevnt i § 32 kan ikke brukes til å dekke løpende utgifter. Departementet kan i særlige tilfeller dispensere fra forbudet.

§ 29 Låneopptak og garantitilsagn

Selskapet kan ikke ta opp lån med mindre det er særskilt fastsatt i vedtektene at selskapet skal ha slik adgang. Dersom selskapet har adgang til å ta opp lån, skal låneopptaket godkjennes av selskapsmøtet.

Selskapet kan bare ta opp lån til kapitalformål og til konvertering av eldre gjeld. Det kan også ta opp lån til likviditetsformål. Slikt lån må gjøres opp før regnskapsavslutning for vedkommende budsjettår. Foreligger det regnskapsunderskudd som etter økonomiplanen skal dekkes over flere år, kan motsvarende lån tilbakebetales over samme tidsrom.

Selskapet kan ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser.

Selskapets vedtak om å oppta lån må godkjennes av departementet.

Avtale i strid med bestemmelsene i første, tredje eller fjerde ledd, er ugyldig.

Departementet kan gi nærmere forskrifter til utfylling av bestemmelsene i denne paragraf.

§ 30 Utlegg, arrest, konkurs mv

Selskapets eiendeler kan ikke være gjenstand for utlegg eller arrest.

Konkurs og gjeldsforhandling etter lov av 8 juni 1984 nr 58 om gjeldsforhandling og konkurs kan ikke åpnes i selskapet.

§ 31 Handleplikt ved tap av egenkapital

Hvis det må antas at selskapets egenkapital er lavere enn forsvarlig utfra risikoen ved og omfanget av virksomheten i selskapet, skal styret straks behandle saken. Styret skal innen rimelig tid varsle kommunen eller fylkesko-

mmunen, og gi den en redegjørelse for selskapets økonomiske stilling og foreslå tiltak som vil gi selskapet en forsvarlig egenkapital.

§ 32 Salg av selskapets faste eiendommer mv

Vedtak om

1.å avhende eller pantsette fast eiendom eller andre større kapitalgjens-stander eller

2.å foreta investeringer som er av vesentlig betydning for selskapet eller kommunen eller fylkeskommunen må treffes av selskapsmøtet etter forslag fra styret.

§ 33 Selskapets regnskap

Selskapet har regnskapsplikt etter regnskapsloven. Det kan i vedtektene bestemmes at selskapet i tillegg skal avgi regnskap etter kommunale regn- skapsprinsipper.

Regnskapet godkjennes av selskapsmøtet.

Departementet kan gi de bestemmelser som er nødvendig for å tilpasse dette til lovens bestemmelser om kommunalt eller felleskommunalt selskaps økonomiforvaltning.

§ 34 Selskapets revisjon

Selskapet skal ha revisor som velges av selskapsmøtet.

§ 35 Utdelinger

Utdeling av selskapets midler til kommunen eller fylkeskommunen besluttet av selskapsmøtet etter forslag fra styret eller med styrets samtykke etter at årsregnskapet fra siste regnskapsår er fastsatt.

§ 36 Vedtak om oppløsning

Kommunestyret eller fylkestinget selv treffer vedtak om oppløsning av sel- skapet.

§ 37 Avviklingsstyre mv

Når det er truffet vedtak om oppløsning etter § 36, skal det avholdes sel- skapsmøte hvor det velges avviklingsstyre og gis nærmere regler om avviklingsmåten.

Når avviklingsstyret er valgt, trer det ordinære styret ut av funksjon.

Beslutning om oppløsning skal straks meldes til Foretaksregisteret. Fore- taksregisteret skal samtidig med registrering av meldingen kunngjøre beslut- ningen og varsle selskapets fordringshavere om at de må melde seg til selsk- apet innen en frist fastsatt av avviklingsstyret som regnes fra siste kun- ngjøring. Fristen skal være på minst en måned og ikke lenger enn tre måneder. Kunngjøringen skal rykkes inn to ganger med minst en ukes mel- lomrom i Norsk Lysingsblad og en avis som er alminnelig lest på stedet.

Når varslingsfristen overfor kreditorerne er utløpt, og selskapsforpliktelser eventuelt er dekket, skal avviklingsstyret legge et skriftlig oppgjør fram for selskapsmøtet til godkjenning.

Når oppgjøret er godkjent av selskapsmøtet skal avviklingsstyret melde til Foretaksregisteret at selskapet er avviklet.

§ 38 Ansvar etter avviklingen

Overfor kreditorer som ikke har fått dekning, har kommunen eller fylkeskommunen samme ansvar som tidligere.

Alle krav foreldes senest tre år regnet fra det tidspunkt da selskapets avvikling ble registrert i Foretaksregisteret. Dette gjelder bare krav som for- faller før utløpet av denne foreldelsesfristen. Slike krav foreldes likevel ikke før seks måneder etter forfall.

§ 39 Erstatningsansvar

Styremedlem, daglig leder, medlem av avviklingsstyret og revisor plikter å erstatte tap som han forsettlig eller uaktsomt har voldt selskapet, kommunen eller fylkeskommunen eller andre under utførelsen av sin oppgave.

Erstatningsansvar etter første ledd kan lempes etter lov om skadeserstatning § 5-2.

Beslutning om at selskapet skal gjøre ansvar gjeldende treffes av selskapsmøtet.

§ 40 Omdanning til kommunalt eller fylkeskommunalt selskap

Kommunal eller fylkeskommunal virksomhet eller virksomhet som drives av et heleid kommunalt eller fylkeskommunalt aksjeselskap, eller del av slik virksomhet, kan som helhet overføres til et kommunalt eller fylkeskommunalt selskap ved at eiendeler, rettigheter herunder offentlige tillatelser, og forpliktelser som er knyttet til virksomheten overføres til selskapet. Fordringshavere og øvrige rettighetshavere kan ikke motsette seg overføringen eller gjøre gjeldende at den utgjør en bortfallsgrunn for rettsforholdet.

Omregistrering i grunnbok og andre offentlige registre i forbindelse med omorganiseringen skjer ved navneendring.

Vedlegg 2

Sykehusene organisert som etater: Problemer og reformønsker

Terje P. Hagen Senter for helseadministrasjon Universitetet I Oslo, Arbeidsnotat 1999:3

Forord

18. september 1998 satte regjeringen ned et utvalg som skal utrede de offentlige sykehusenes tilknytningsform i forhold til eierne (Sørensen-utvalget). Utvalget skal vurdere både statlige og fylkeskommunale sykehus med utgangspunkt i sykehusenes nåværende eierskap. Utvalget skal avlevere sin innstilling 15. mars 1999.

Som et ledd i utvalgets arbeid, fikk Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo i oppdrag å besvare to problemstillinger:

- Hvilke problemer opplever fylkesrådmenn, fylkeshelsesjefer og sykehusdirektører ved dagens tilknytningsformer for sykehusene, og
- Hvilke behov for endring i tilknytningsformer mener disse aktørene det er?

I ettertid har en tredje problemstilling kommet til:

- Hvilke oppfatninger har fylkestingsrepresentantene om sin egen rolle som øverste ledelse for fylkessykehusene, og hvordan stiller fylkespolitikkerne seg til ulike tilknytningsformer?

Foreliggende notat utgjør rapporten fra oppdraget.

Oppdraget har vært gjennomført innenfor meget knappe tidsfrister. Fristene ville ikke vært mulig å holde uten gode kommentarer og innspill fra utvalgets leder, professor Rune J. Sørensen, og en av utvalgets sekretærer, seniorrådgiver i Statskonsult, Øystein Solheim Lien. Ansvar for feil og mangler ved undersøkelsen og notatet hviler naturligvis helt på undertegnede. En foreløpig utgave ble overlevert utvalget den 15. februar 1999.

Oslo, 3. mars 1999

Terje P. Hagen

Førsteamanuensis

1 Innledning

1.1 Kartlegging av styringsproblem og endringsbehov

Det har siste årene har det skjedd betydelige endringer i sykehusenes rammebetingelser. Det regionale helseplanarbeidet med vekt på endring i funksjonsfordeling og spesialisering av sykehusene ble vitalisert tidlig i 90-årene (se spesielt St meld nr 50 (1993-94)) og ytterligere styrket gjennom økte fullmakter til de regionale helseutvalgene (St meld 24 (1996-97)). Finansieringen av sykehusene ble endret fra 1.7. 1997 ved innføring av Innsatsstyrt finansiering (ISF). ISF innebærer at fylkeskommunene får refundert deler av utgiftene til behandling av inneliggende pasienter basert på DRG-systemet.¹ Fylkeskommunene har i de fleste tilfeller inngått aktivitetsbaserte kontrakter med fylkeskommunene. Økte pasientrettigheter, bl a ved innføring av fritt sykehus-

valg, er alt innført i enkelte regioner og vil etter hvert gjelde, med visse begrensninger, for hele landet.

Flere av disse endringene har aktualisert spørsmålet om sykehusenes tilknytningsformer. 18. september 1998 satte regjeringen derfor ned et utvalg som skal utrede de offentlige sykehusenes tilknytningsform i forhold til eierne (Sørensen-utvalget). Utvalget skal vurdere både statlige og fylkeskommunale sykehus med utgangspunkt i sykehusenes nåværende eierskap. Utvalget skal avlevere sin innstilling 15. mars 1999.

Som et ledd i utvalgets arbeid, fikk Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo i oppdrag å kartlegge to forhold ved tilknytningsformene for fylkeskommunale sykehus og sykehus som inngår i fylkeskommunenes helseplaner: 1) Hvilke *problemer* fylkesrådmenn, fylkeshelsesjefer og sykehusdirektører opplever ved dagens tilknytningsformer for sykehusene, og 2) hvilke *behov* for endringer disse aktørene ser i sykehusenes tilknytningsformer. I ettertid er det bedt om resultater fra en spørreundersøkelse til fylkespolitikerne der det bl a er stilt spørsmål om deres ønsker om tilknytningsformer for sykehusene. Resultatene av kartleggingen rapporteres i foreliggende notat.

Notatet har tre hovedbolker:

- I "*Sammendrag*" i kapittel 2 presenteres sykehusdirektørenes oppfatninger av styringsproblemer og endringsbehov, i første rekke i forholdet mellom sykehusene og fylkeskommunen.
- Kapittel 3 gir en beskrivelse av styringsproblemer og endringsbehov sett fra fylkesrådmennenes og fylkeshelsesjefenes ståsted.
- I "*Problemer og utfordringer i sykehusektoren*" i kapittel 4 presenteres data om fylkespolitikernes syn på styringsmodeller og tilknytningsformer.

Videre i dette innledningskapitlet gir vi, som bakgrunn for den videre analysen, en kort oversikt over grunntrekk ved dagen styringsmodell med spesiell vekt på relasjonene mellom fylkeskommunene og sykehusene.

Det må understrekes at notatet *ikke* har som målsetting å gi normative retningslinjer for valg av styringsmodell generelt og tilknytningsform spesielt. Notatet er skrevet for å gi bakgrunnskunnskap for Sørensen-utvalget og de vurderinger som skal gjøres der.

1.2 Hovedtrekkene i dagens styringsmodell

Hvordan styringen av sykehusene skjer vil variere med flere forhold. Her skal vi kort se nærmere på to forhold: sykehusenes tilknytningsformer og kontraktene mellom fylkeskommunene og sykehusene. I tillegg vil sekretariatet i Sørensen-utvalget kartlegge delegasjonsfullmakter og styreorganiseringen. Alle disse forholdene vil ha effekter for hvordan styringen av sykehusene skjer. Både styringsmulighetene og styringsbehovene vil i tillegg variere med flere forhold som ikke vies plass her, f eks press fra etterspørselssiden (lengden på køene) og profesjonenes holdninger.

Tilknytningsformer

Med *tilknytningsform* menes *måten* en virksomhet er knyttet til de sentrale myndighetene (i dette tilfellet fylkeskommunen) på. Ved valg av tilknytnings-

1. I andre halvår 1997 var refusjonssatsen satt til 30% av DRG-pris, i 1998 til 45% av DRG-pris og i 1999 til 50% av DRG-pris.

form bestemmes grunnlaget for og virkemåten til de styrings-, kommunikasjons- og kontrollrelasjonene som må finnes mellom det politisk ansvarlige nivået og det utførende nivået. Tilknytningsformen setter dermed *rammene* for de fylkeskommunale organers styringsmuligheter og virksomhetenes handlefrihet.

Tilknytningsform vil imidlertid ikke fastlegge hvordan styringen skjer i detalj. Innenfor den samme tilknytningsformen er det rom for forskjellige blandingsforhold mellom overordnet styring og virksomhetens handlefrihet. Gjennom en nærmere utforming av styrings- og kontrollsystemer og fullmakter, er det mulig å utforme og tilpasse en bestemt tilknytningsform til de spesifikke behovene for den enkelte virksomhet.

I offentlig virksomhet er tre hovedtilknytningsformer i bruk:

- *Forvaltningsorgan* (i kommuner og fylkeskommuner kalt *etat*). Virksomheten er en del av staten/fylkeskommunen/kommunen som juridisk person. Det grunnleggende styringsprinsippet er instruksjon.
- *Selskap*. Virksomheten er et eget rettssubjekt. Offentlige myndigheter styrer virksomheten fra eierposisjon gjennom generalforsamlinger og styret.
- *Stiftelse*. Virksomheten er selveiende og selvstyrende. Offentlige myndigheter må i prinsippet bruke styringsvirkemidler som overfor ethvert annet privat rettssubjekt.

Flere forhold skiller hovedtilknytningsformene, bl a rettslig status (hvorvidt virksomheten er en del av staten eller kommunen som juridisk person eller et eget rettssubjekt). I fylkeskommunene klassifiseres etater og kommunale foretak under forvaltningsorgansmodellen, mens interkommunale selskap og aksjeselskap klassifiseres som selskap. Statsforetaksmodellen som er et ansvarlig selskap, har foreløpig ingen motsvar i kommunal organisering. Alle fylkeskommunale sykehus er ved utgangen av 1998 organisert som etater og det har ikke skjedd endringer i tilknytningsformer på dette feltet etter opprettelsen av fylkeskommunen.

Kontrakter

Det har skjedd endringer i delegasjonsfullmakter² og de avtaler eller kontrakter som er inngått mellom fylkeskommunene og sykehusene. En kartlegging foretatt av Hagen og Iversen³ og som omfatter perioden 1993-1997, viser at kontraktene mellom fylkeskommunene og sykehusene preges av at det over tid settes klarere målsetninger for sykehusenes produksjon, og i noen mindre grad, kvalitet. Sykehusene gir også hyppigere og mer omfattende rapporter til fylkeskommunene om produksjon og kvalitetsutvikling. En økende andel av fylkeskommunene lar sykehusene beholde regnskapsmessige overskudd og lar eventuelle underskudd bli belastet neste års budsjett. Merk i denne sammenheng at forfatterne lar kontraktsbegrepet omfatte alt fra fylkeskommunale planer og budsjetter til formelle, skriftlige avtaler mellom fylkeskommune og sykehus.

17 av de 19 fylkeskommunene (alle unntatt Buskerud og Sogn og Fjordane) har iverksatt aktivitetsbaserte kontrakter med sykehusene ved utgan-

2. En kartlegging av delegasjonsfullmakter er foretatt av sekretariatet i Sørensen-utvalget og rapporteres separat.
3. Hagen, T. P. og T. Iversen (1999): «Fylkeskommunenes og sykehusenes tilpasning til Innsatsstyrt finansiering.» *Arbeidsnotat 1999:1*. Oslo: Universitetet i Oslo, Senter for helseadministrasjon.

gen av 1998. I 1999 har også Buskerud innført aktivitetsbaserte kontrakter, mens Sogn og Fjordane diskuterer endringer fra 1.7.1999. Det er en viss variasjon i de aktivitetsbaserte kontraktene som er inngått mellom fylkeskommunene og sykehusene. Den mest benyttede varianten har følgende hovedtrekk:

- Det avtales et nivå for volumet på pasientbehandlingen (som regel uttrykt i DRG-poeng) og for sykehusenes inntekter/utgifter ved inngangen av året. Den del av inntektssiden som fylkeskommunen er ansvarlig for, består av en økonomisk rammebevilgning og de aktivitetsavhengige inntektene.
- Fylkeskommunen tilfører sykehusene de aktivitetsbaserte inntektene periodisk på grunnlag av produksjonstall.
- Ved årsavslutningen gjøres en avregning der sykehusenes inntekter fastlegges endelig. Sykehus som har oppnådd et volum på pasientbehandlingen som er høyere enn det som var avtalt, får en inntekt per DRG-poeng utover det avtalte tilsvarende den statlige refusjonssatsen (i 1998 45 prosent og i 1999 50 prosent av prisen på et DRG-poeng). Sykehus som har et lavere nivå på pasientbehandlingen enn avtalt, får en reduksjon i inntekter per DRG-poeng tilsvarende den statlige refusjonssatsen.

Det er visse variasjoner i refusjonssatser. Bl a har Oslo, Akershus og Oppland benyttet høyere satser enn den statlige refusjonssatsen for hele eller deler av produksjonen i 1998.

Styringsproblemene som diskuteres i fortsettelsen må forstås på bakgrunn av flere forhold - også sykehusenes kontrakter slik de er forstått her.

1.3 Datagrunnlaget

Opplysningene og analysene i de følgende tre kapitlene er basert på tre datakilder:

- I "*Sammendrag*" i kapittel 2 er datagrunnlaget en spørreundersøkelse til direktørene ved fylkeskommunale og private somatiske sykehus.
- Datagrunnlaget i "*Utvalgets mandat og arbeid*" i kapittel 3 er telefonintervjuer med fylkesrådmenn og fylkeshelsesjefer.
- I "*Problemer og utfordringer i sykehussektoren*" i kapittel 4 er datagrunnlaget en spørreundersøkelse til alle landets fylkespolitikere. Undersøkelsen ble administrert av Norsk institutt for by og regionforskning (NIBR) og gjennomført i november 1998-januar 1999. Svarprosenten er 65.

2 Sykehusenes styringsproblemer - direktørenes oppfatninger

2.1 Innledning

I kapitlet gjøres det rede for sykehusdirektørenes oppfatninger av styringsproblemer og endringsbehov, særlig i forholdet mellom sykehusene og fylkeskommunene. Mer spesifikt gir kapitlet oversikt over følgende forhold:

- Hvilke forhold vurderer sykehusdirektørene som stabile og ustabile i sykehusenes rammebetingelser.
- Hvordan er sykehusdirektørenes kontaktmønster i forhold til eksterne aktører?
- Hva betyr massemedia for sykehusenes tilpasning?

- På hvilke områder vurderer sykehusdirektørene endringsbehovene som størst, innad i sykehusene, i forholdet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten eller i forholdene mellom sykehusene og primærhelsetjenesten? Hva er de viktigste reformene på disse tre områdene?
- Hvilke endringer vil sykehusdirektørene gjøre i forhold til fylkeskommunene når det gjelder fullmakter?

Som vi understreket i innledningskapitlet, er målsetting å kartlegge styringsproblemer og endringsbehov, samt å beskrive noe av variasjonene mellom ulike sykehus og sykehustyper. I denne sammenheng er det viktig å understreke at det som oppleves som et endringsbehov for en type aktører (i dette tilfelle sykehusdirektørene) ikke nødvendigvis trenger å lede til konklusjonen om at det bør gjøres endringer. F eks må lokale ønsker om større fleksibilitet i lønnsdannelsen i sykehusene avveies mot nasjonale målsettinger lønnsvekst i helsesektoren samlet.

Data er basert på en spørreundersøkelse til direktørene ved fylkeskommunale sykehus og sykehus i fylkeskommunale helseplaner i desember 1998-januar 1999.⁴ Til sammen er dette 73 sykehus. 55 av sykehusdirektørene svarte. Det gir en svarprosent på 75. Av sykehusene som rutinemessig leverer DRG-statistikk har 37 stykker svart, en svarprosent på 68.

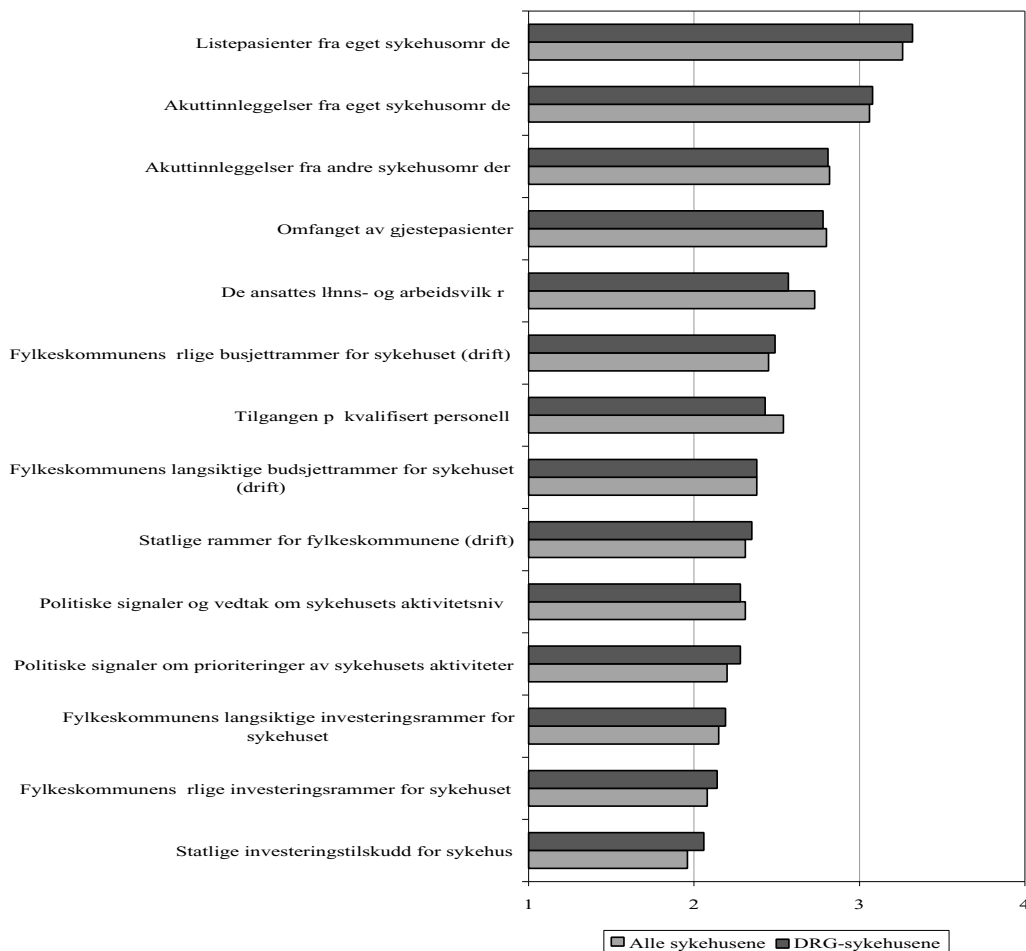
2.2 Stabiliteten i sykehusenes rammebetingelser

Sykehusenes rammebetingelser fastlegges gjennom nasjonale og fylkeskommunale beslutningsprosesser, teknologiske endringer og etterspørsel etter tjenester fra pasientene. I utgangspunktet vil vi anta at forutsigbare rammebetingelser er å foretrekke for de fleste organisasjoner fordi dette bedrer mulighetene for langsiktig planlegging og rasjonell bruk av sykehusets ressurser.

Lav grad av forutsigbarhet må eventuelt håndteres - enten ved at rammebetingelsene endres eller ved at sykehusene utvikler organisasjoner tilpasset skiftende omgivelser. Hvilken strategi som velges, vil avhenge av hvilke problemer som eksisterer. For å kartlegge problemene, er sykehusdirektørene bedt om å rangere forutsigbarheten ved trekk ved sykehusenes rammebetingelser.

Figur 2.1 viser gjennomsnittsverdier for graden av forutsigbarhet i sykehusenes omgivelser målt på en skala fra 1-4 der 1 representerer svært lite forutsigbart, 2 lite forutsigbart, 3 relativt lett forutsigbart og 4 representerer svært forutsigbart. Det presenteres data for alle sykehusene i utvalget (lyse søyler) og for DRG-sykehusene i utvalget (mørke søyler).

4. Spørreskjemaet som ble benyttet, kan fås ved henvendelse til Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo.



Figur 2.1 Grad av forutsigbarhet i sykehusenes omgivelser. Sykehusdirektørenes oppfatninger. 4=svært forutsigbart. N=+/-55/36

Det er, sannsynligvis på grunn av høyt press fra etterspørselssiden, relativt høy grad av forutsigbarhet i sykehusenes tilgang på pasienter. Dette gjelder spesielt tilgangen av listepasienter fra eget opptaksområde som i gjennomsnitt klassifiseres som fra relativt lett forutsigbart til svært forutsigbart. Også tilgangen av akuttpasienter fra eget og andre sykehusområder er rimelig lett å forutsi. Forutsigbarheten er også relativt stor når det gjelder gjestepasienter, de ansattes lønns- og arbeidsvilkår og tilgangen til kvalifisert personell.⁵ Spørsmål som angår sykehusenes drift og driftsbudsjetter klassifiseres fra relativt lett forutsigbart til ned mot lite forutsigbart. Dette gjelder både fylkeskommunens årlige driftsrammer, de langsiktige driftsrammene, politiske signaler om sykehusenes aktivitetsnivå og de statlige økonomiske rammene for fylkeskommunene. Det feltet som preges av lav grad av forutsigbarhet, er sykehusenes investeringsmidler. Dette gjelder i første rekke de statlige investeringstilskuddene, men også fylkeskommunens årlige og langsiktige investeringsrammer. At politiske signaler og vedtak om aktivitetsnivå og prioritering ses på som ned mot lite forutsigbart må trolig ses på bakgrunn

5. Merk i denne sammenheng at det ikke spørres om hvor lett det er å få tilgang til kvalifisert personell.

av at kontraktene mellom fylkeskommunene og sykehusene i de fleste tilfeller fortsatt er relativt lite formaliserte.

Det er som vi ser, bare små forskjeller i resultater om vi betrakter alle sykehusene samlet eller avgrenser oss til DRG-sykehusene i utvalget.

Data gir oss muligheter for å studere variasjoner i forutsigbarhet innenfor gruppen av DRG-sykehus nærmere. Analysene er gjennomført ved hjelp av logistiske regresjonsmodeller der følgende forklaringsvariabler inngår⁶:

- Sykehusenes netto driftsinntekter (standardisert i forhold til størrelse der størrelse måles ved antall effektive senger),
- antall polikliniske konsultasjoner som andel av antall indekspasienter,
- antall langtidsliggedager som andel av totalt antall liggedager,
- en dummyvariabel som beskriver finansieringstypen som benyttes for sykehuset (rammefinansiering=0, element av stykkprisfinansiering=1),
- antall innbyggere i sykehusets opptaksområde,
- faktiske delegasjonsfullmakter klassifisert etter samme opplegg som er benyttet i tabell 2.2 i dette notatet,
- dummyvariabler som beskriver sykehustype,
- dummyvariabel som beskriver private og offentlige sykehus,
- variabler som beskriver individuelle karakteristika ved direktørene.

Det er gjennomgående små variasjoner mellom sykehusene. Resultatene fra analysene rapporteres derfor ikke i tabeller. Der er imidlertid tendenser til at økt delegasjon leder til større forutsigbarhet i sykehusenes budsjettammer (drift - årlige og langsiktige) og større forutsigbarhet når det gjelder politiske signaler om aktivitet og prioriteringer. Variasjon i delegasjonsfullmaktene påvirker ikke graden av forutsigbarhet når det gjelder investeringsmidler. Det er også en tendens til at regionsykehus og sentralsykehus opplever mindre grad av forutsigbarhet når det gjelder årlige driftsrammer fra fylkeskommunene og mindre grad av forutsigbarhet når det gjelder politiske signaler og vedtak om aktivitetsnivå enn andre typer av sykehus. Regionsykehus og sentralsykehus rapporterer i tillegg om noe høyere grad av forutsigbarhet når det gjelder akuttinnleggelser enn andre typer av sykehus.

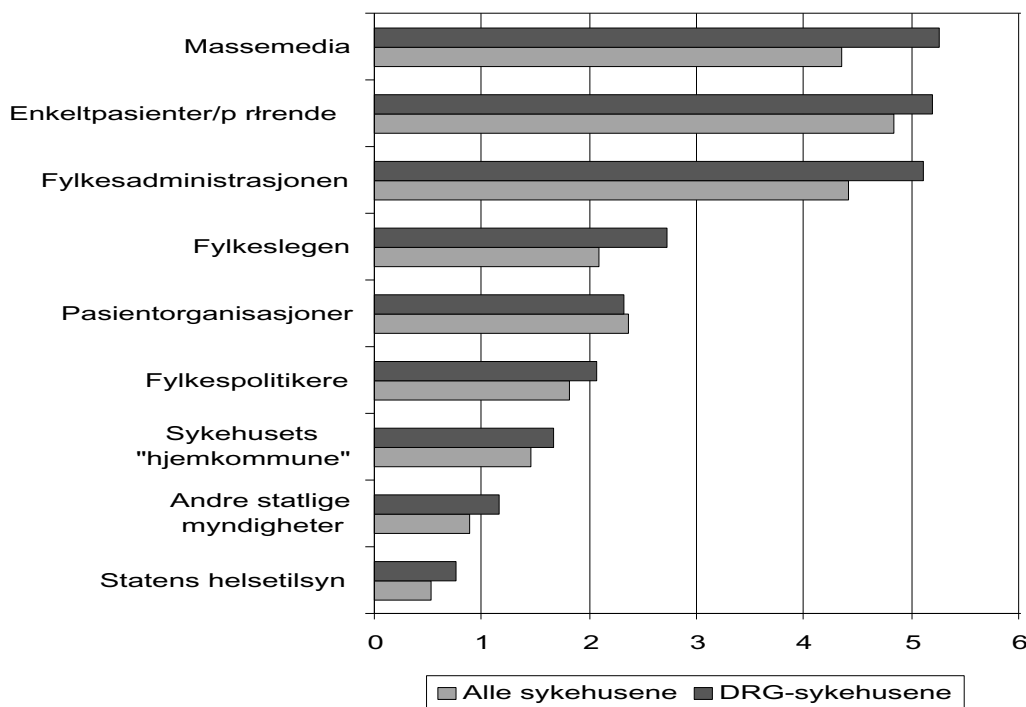
At det er såpass lav forutsigbarhet i sykehusenes investeringsrammer kan være et moment som bør tenkes gjennom i forbindelse med vurdering av sykehusenes tilknytningsformer. Vi kommer tilbake til dette momentet i neste kapittel (fylkesadministrasjonens synspunkter).

2.3 Kontaktmønster

En noe annen måte å fange opp ustabilitet i sykehusenes omgivelser på, er å stille spørsmål ved om sykehusdirektørene har blitt kontaktet av eksterne aktører (enkeltpersoner eller institusjoner) som har hatt som målsetting å påvirke sykehusenes aktiviteter eller prioriteringer.

Figur 2.2 gir gjennomsnittstall for hvor mange ganger i løpet av det siste året sykehusdirektørene har blitt kontaktet av ulike aktører som har hatt som målsetting å påvirke sykehusets aktiviteter eller prioriteringer. Som i figur 2.1, presenteres data fra alle sykehusene i utvalget og fra DRG-sykehusene.

6. Datamaterialet er såpass begrenset at bare deler av forklaringsvariable kan kjøres i samme analyse.



Figur 2.2 Omfang av kontakter med sykehusdirektørene siste år. N=+/-55/35.

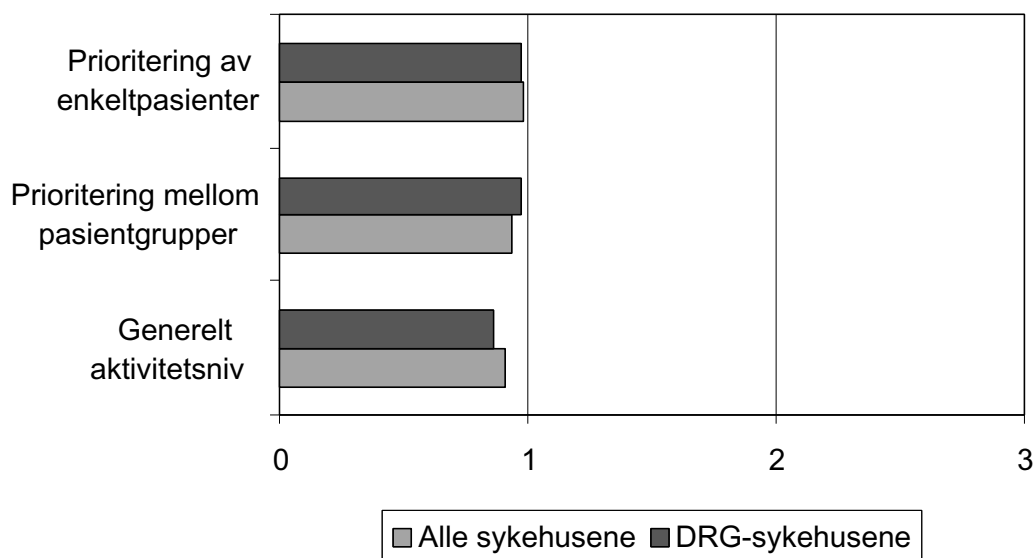
I gjennomsnitt er sykehusdirektørene ved DRG-sykehusene kontaktet med sikte på endringer av aktivitet eller prioriteringer 5-6 ganger både av massemedia, pårørende og fylkesadministrasjonen i løpet av det siste året. Også for de andre sykehusene er dette de tre aktørene som oftest tar kontakt med direktørene. Kontakthypigheten er imidlertid noe lavere enn for DRG-sykehusene, slik at gjennomsnittet dras noe ned for utvalget som helhet. Lar vi massemedia og pårørende representere sykehusets etterspørselsside og fylkesadministrasjonen eierne, er det interessant å merke seg at dette er de mest aktive aktørene i forhold til sykehusene. Fylkeslegen som kan forstås som kontrollerende myndighet, har rimelig høy grad av kontakt med sykehuset, men betydelig lavere enn de andre gruppene - 2-3 ganger per år.

Av de andre gruppene er det særlig verdt å merke seg at fylkespolitikerne ikke synes å være en gruppe aktører som ofte kontakter direktøren direkte med sikte på å påvirke sykehusets aktivitet og prioriteringer. Fylkespolitikerne tar i gjennomsnitt kontakt med direktørene to ganger per år. Det er viktig å merke seg at spørsmålet er formulert slik at det angir kontakt utenom kontakt gjennom eventuelle formelle styremøter. Det er grunn til å tolke resultatet i lyset av to organisatoriske endringer i fylkeskommunene de siste årene. For det første er de tradisjonelle politiske sykehusstyrene for en stor del fjernet og erstattet av styrer med større ansvarsområde enn ett sykehus. Selv om vi i spørsmålet eksplisitt ber om informasjon om kontakt utenom styret, er det grunn til å tro at endringen i styrenes organisering også har bidratt til å redusere omfanget av «irregulær» kontakt. For det andre har kommuneloven av 1992 endret styringslinjene i de kommunale organisasjoner. All delegasjon skjer i dag fra politiske organer til rådmannen eller administrasjonssjefen og eventuelt videre til institusjoner og bedrifter. Dette har skapt større «distanse»

mellom politikerne og institusjonene og dermed mindre muligheter for kontakt.

I analysen av variasjoner i kontakt med direktørene er det benyttet samme modell som i analysen av forutsigbarhet. Også i analysen av kontakt med direktørene er det små variasjoner mellom sykehusene. Det er verdt å merke seg at regionsykehusene oftere enn andre blir kontaktet av «andre statlige myndigheter». Det antas at dette fanger opp kontakt med universitetene og med Helsedepartementet direkte. Regionsykehusene blir også oftere enn andre sykehus kontaktet av pasientorganisasjoner.

Figur 2.2 indikerer at massemedia ofte tar kontakt med direktørene med sikte på å påvirke sykehusenes aktiviteter og prioriteringer. Spørreskjemaet til direktørene gir også muligheter for å svare på om oppslag i massemedia betyr noe for de prioriteringer som gjøres. I figur 2.3 vises data om dette på en skala fra 0-3, der 0 betyr ingenting, 1 svært lite, 2 noe eller 3 svært mye.



Figur 2.3 Massemedias betydning for sykehusets prioriteringer. Sykehusdirektørenes vurderinger. N=55/34.

Etter sykehusdirektørenes vurderinger betyr slike oppslag «svært lite» både for prioritering av enkeltpasienter, prioritering mellom grupper og for det generelle aktivitetsnivået.

Som i de forutgående avsnittene, gir en videre analyse av data lav forklaringskraft. Det eneste som er verdt å merke seg, er at prioriteringene mellom pasientgrupper påvirkes i litt høyere grad i sykehus med høy poliklinikkandel enn i de med lavere. Det er mulig dette reflekterer at sykehus med høy poliklinikkandel har en organisasjon som kan påvirkes.

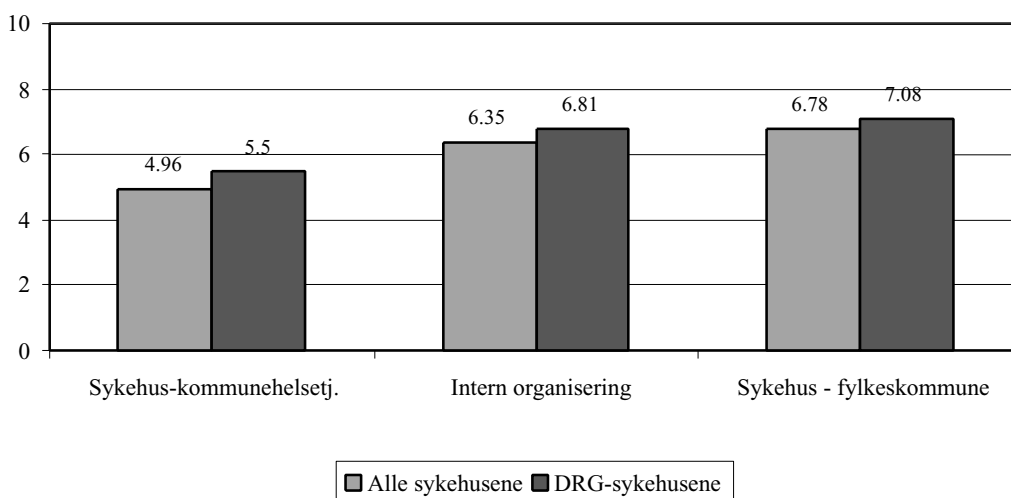
2.4 Endringsbehov

På hvilke områder er så endringsbehovet i følge sykehusdirektørene størst, og hva bør eventuelt gjøres? Vi har delt analysen av endringsbehov i tre deler. Vi har som utgangspunkt nevnt tre hovedområder der det kan være behov for endringer i og rundt sykehusenes organisasjon. Det gjelder sykehusets

interne organisering, forholdet mellom sykehuset og primærhelsetjenesten, og forholdet mellom sykehuset og fylkeskommunen. Dernest har vi bedt om en nærmere presisering av hvilke områder i forholdet mellom fylkeskommunen og sykehuset det er behov for endringer. Til sist har vi bedt sykehusdirektørene angi hvor beslutninger om ulike forhold faktisk bør fattes, altså om hvem som bør ha fullmaktene.

Hvor er endringsbehovet størst?

Vi har som nevnt bedt sykehusdirektørene rangere endringsbehov når det gjelder sykehusets interne organisering, i forholdet mellom sykehuset og primærhelsetjenesten, og i forholdet mellom sykehuset og fylkeskommunen. På hvert av disse områdene har vi bedt sykehusdirektørene beskrive endringsbehovet på en skala fra 1 til 10, der 10 angir svært stort endringsbehov. Figur 4 gir resultatene.



Figur 2.4 Endringsbehov. Sykehusdirektørenes vurderinger. N= +/- 55/34.

Vi ser at endringsbehovet i gjennomsnitt karakteriseres som relativt høyt på alle de tre områdene. Det er størst behov for endringer i forholdet mellom sykehusene og fylkeskommunene, dernest i den interne organisering. Vi skal komme tilbake til hvilke endringer i forholdet mellom sykehusene og fylkeskommunene sykehusdirektørene ønsker.

Analyseresultatene viser heller ikke her nevneverdige forskjeller mellom sykehusene.

Derimot er det grunn til å merke seg sammenhengene mellom variablene. Det er positive sammenhenger mellom ønske om endringer i forholdet mellom fylkeskommunen og sykehusene og ønske om endringer internt i sykehusene, men ingen sammenhenger mellom ønske om endringer i forholdet mellom fylkeskommunene og sykehusene og ønske om endringer mellom sykehusene og primærhelsetjenesten.

Når det gjelder områder med behov for endring i den interne organisering, nevner sykehusdirektørene følgende:

- Opprydding i ledelsesstrukturen på avdelingsnivå med innføring av

- enhetlig ledelse
- Klarere hierarki mellom sykehusledelsen og avdelingsnivået, minske direktørens kontrollspenn
 - Desentralisering av myndighet til avdelingsnivå
 - Bedring av samarbeidet mellom avdelinger, bedre pasientflyt
 - Utnytte kapasiteten på operasjonsstuene bedre
 - Større fleksibilitet i utnyttelsen av personalet mellom avdelinger
 - Bedre planlegging av operasjonsaktiviteten, fjerne flaskehals

Når det gjelder behov for endringer i forholdet mellom sykehuset og primærhelsetjenesten, nevner direktørene følgende forhold:

- Bedrede rutiner ved innleggelse. Må få legevakt/primærhelsetjeneste til å «sortere» bedre
- Bedrede rutiner ved utskrivninger, unngå at ferdigbehandlede pasienter blir liggende

Hvor er endringsbehovet størst i forholdet mellom fylkeskommunen og sykehusene?

Det er altså størst behov for endringer i forholdet mellom fylkeskommunen og sykehuset. Den følgende tabellen viser data om hvilke områder i relasjonen mellom fylkeskommunene og sykehusene det etter sykehusdirektørenes mening er størst behov for endringer. Kolonne 2 og 3 viser hvor det er *størst* behov for endringer, kolonne 4 og 5 viser hvor det er *nest størst* behov for endringer og kolonne 6 og 7 viser hvor det er *tredje størst* behov for endringer på. Vi skiller mellom alle sykehusene i utvalget og DRG-sykehusene. Vær oppmerksom på at N (antall med gyldige svar) varierer.

I kolonne 8 og 9 har vi laget en samlet skåre for endringsbehov. Samlet skåre er gitt ved antall ganger et område er angitt å ha størst endringsbehov multiplisert med 3, pluss antall ganger et område er angitt å ha nest størst endringsbehov multiplisert med 2, pluss antall ganger et område er angitt å ha tredje størst endringsbehov multiplisert med 1. Vi skiller mellom alle sykehusene i utvalget og DRG-sykehusene.

Tabell 2.1: Områder med endringsbehov. Prosentandeler og samlet skåre. Sykehusdirektørenes oppfatninger.

	Størst		Nest størst		Tredje størst		Samlet skåre	
	Alle	DRG	Alle	DRG	Alle	DRG	Alle	DRG
a) Vedta sykehusets rammebudsjett (drift)	5	3	0	0	3	0	7	3
b) Vedta endringer innenfor sykehusets ramme	14	13	0	0	3	0	19	12
c) Vedta sykehusets investeringsbudsjett	7	3	5	8	7	9	15	11
d) Vedta endring i investeringsbudsjett	2	3	3	4	0	0	5	5
e) Vedta refusjonssatsen for ISF	0	0	3	4	0	0	2	2
f) Vedta endring innen hovedpost	2	0	3	0	0	0	5	0
g) Vedta endring innen postgruppe	0	0	0	0	0	0	0	0
h) Godkjenne størrelse på låneopptak	2	3	3	4	7	9	7	7
i) Godkjenne lånevilkår (avdragstid, etc)	0	0	0	0	3	4	1	1
j) Vedta romprogram	0	0	3	4	7	9	4	4
k) Vedta opprettelse av stillinger	23	17	27	27	16	22	55	34
l) Tilsette personale (eksklusive direktør)	5	3	3	4	3	0	9	5
m) Omgjøre stillinger	5	7	8	0	3	4	13	7
n) Fastsette lønn ved tilsetting	11	17	8	12	3	4	22	22
o) Forhandle lønn	14	13	24	23	16	13	41	27
p) Vedta personalpolitiske retningslinjer	7	10	0	0	3	4	10	10
q) Vedta permisjonsreglement	0	0	3	4	0	0	2	2
r) Prioritere mellom pasientgrupper	2	3	0	0	7	9	5	5
s) Prioritere innenfor pasientgrupper	0	0	0	0	0	0	0	0
t) Vedta mål om behandlingsvolum	0	0	3	4	3	0	3	2
u) Etterprøve mål om behandlingsvolum	0	0	0	0	0	0	0	0
y) Vedta eller etablere mål for kvalitet	0	0	0	0	3	4	3	1
z) Etterprøve mål for kvalitet	0	0	0	0	0	0	0	0
v) Fastlegge sykehusets avdelingsstruktur	0	0	3	4	7	4	4	3
w) Fastlegge arbeidsdelingen mellom sykehusene i fylket	0	0	3	0	3	0	3	0
Sum	100	100	100	100	100	100	-	-
N	44	30	37	26	31	23	44	30

Endringsbehovet kan i utgangspunktet være knyttet til ønske både om mer eller mindre delegasjon. Sykehusdirektørene er imidlertid bedt om å begrunne sin syn i et oppfølgende spørsmål. Ingen av kommentarene her indikerer at det er tale om ønske om mindre delegasjon. Det må imidlertid

bemerkes at ønske om større delegasjon ikke innebærer at en alltid ønsker at de aktuelle sakene skal delegeres til direktørene. Hvor fullmaktene etter sykehusdirektørenes syn faktisk bør ligge, gir vi data om i neste tabell.

Vi betrakter samlet skåre. Det er i første rekke når det gjelder opprettelse av stillinger, forhandling av lønn og fastsetting av lønn ved tilsetninger, altså innenfor lønns- og personalpolitikken, sykehusdirektørene ønsker endringer. I neste gruppe kommer ønsker om større delegasjon når det gjelder sykehusets drifts- og investeringsbudsjett. En ønsker større fullmakter når det gjelder muligheter for å omdisponere innenfor driftsbudsjettet og å fastsette investeringsbudsjettet. Også det å omgjøre stillinger er et viktig behov. Vi ser for øvrig at det er små variasjoner mellom sykehusene samlet og DRG-sykehusene.

Sykehusdirektørene er også bedt om å begrunne sitt syn. Når det gjelder endringer innenfor lønns- og personalpolitikken, går følgende begrunnelser for økt delegasjon igjen:

- handle raske ved tilsetninger
- rette opp skjevheter mellom grupper etter sentrale forhandlinger
- personalkostnadene utgjør 70-80 prosent av sykehusbudsjett. Større fullmakter her er nødvendig for optimal tilpasning

Når det gjelder ønsker om videre budsjettfullmakter, går følgende begrunnelser igjen:

- må kunne samordne drifts- og investeringssiden bedre
- sykehusledelsen må ha totalansvar
- større muligheter for planlegging

Hvor bør fullmaktene ligge?

De neste to tabellene viser data om hvor fullmaktene etter sykehusdirektørenes mening bør ligge. Tabellen bør sammenholdes med data om hvor fullmaktene faktisk ligger, og med fylkeshelsesjefenes oppfatninger av hvor fullmaktene bør ligge.⁷

Tabell 2.2 gir data for alle sykehusene i analysen. Tabell 2.3 gir data for DRG-sykehusene.

Følgende forkortelser gjelder: FT = fylkestinget, FU = fylkesutvalget, HU = fast utvalg eller komite (f eks hovedutvalg), ST = sykehusets styre (etter sykehusloven), FR = fylkesrådmannen, STI = sykehusintert styre, DIR = sykehusets direktør, AV = sykehusets avdelinger.

7. Disse forholdene er kartlagt av sekretariatet i Sørensen-utvalget.

Tabell 2.2: Hvor bør fullmaktene ligge? Prosentandeler. Sykehusdirektørenes oppfatninger. Alle sykehus.

	FT	FU	HU	ST	FR	STI	DIR	AVD	Sum
a) Vedta sykehusets rammebudsjett (drift)	66	2	9	19	0	2	2	0	100
b) Vedta endringer innenfor sykehusets ramme	2	6	6	7	0	6	73	0	100
c) Vedta sykehusets investeringsbudsjett	49	2	2	24	0	6	18	0	101
d) Vedta endring i investeringsbudsjett	11	20	6	20	2	9	31	2	101
e) Vedta refusjonssatsen for ISF	37	11	20	15	11	0	7	0	101
f) Vedta endring innen hovedpost	0	2	4	2	0	4	79	9	100
g) Vedta endring innen postgruppe	0	2	0	0	0	2	43	53	100
h) Godkjenne størrelse på låneopptak	37	17	6	22	2	9	6	0	99
i) Godkjenne lånevilkår (avdragstid, etc)	26	15	7	27	11	7	6	0	99
j) Vedta romprogram	10	8	18	12	4	12	32	4	100
k) Vedta opprettelse av stillinger	2	2	2	4	13	17	56	4	100
l) Tilsette personale (eksklusive direktør)	0	0	0	0	0	2	66	32	100
m) Omgjøre stillinger	0	0	0	2	0	16	71	11	100
n) Fastsette lønn ved tilsetting	0	0	0	0	4	0	91	5	100
o) Forhandle lønn	0	6	0	2	2	0	85	5	100
p) Vedta personalpolitiske retningslinjer	17	9	4	15	4	15	36	0	100
q) Vedta permisjonsreglement	18	10	8	14	6	10	33	2	101
r) Prioritere mellom pasientgrupper	0	4	22	16	4	2	25	27	100
s) Prioritere innenfor pasientgrupper	0	0	4	4	0	2	8	82	100
t) Vedta mål om behandlingsvolum	9	2	18	35	6	11	15	4	100
u) Etterprøve mål om behandlingsvolum	2	4	19	36	9	2	25	2	99
y) Vedta eller etablere mål for kvalitet	6	2	9	21	6	8	40	8	100
z) Etterprøve mål for kvalitet	0	2	12	24	6	4	40	12	100
v) Fastlegge sykehusets avdelingsstruktur	2	0	6	13	4	13	58	4	100
w) Fastlegge arbeidsdelingen mellom sykehusene i fylket	45	2	33	10	6	0	4	0	100

Tabell 2.3: Hvor bør fullmaktene ligge? Prosentandeler. Sykehusdirektørenes oppfatninger. DRG-sykehusene

	FT	FU	HU	ST	FR	STI	DIR	AVD	Sum
a) Vedta sykehusets rammebudsjett (drift)	78	0	8	14	0	0	0	0	100
b) Vedta endringer innenfor sykehusets ramme	3	8	5	5	0	5	73	0	99
c) Vedta sykehusets investeringsbudsjett	62	0	0	16	0	5	17	0	100
d) Vedta endring i investeringsbudsjett	16	24	5	19	3	8	24	0	99
e) Vedta refusjonssatsen for ISF	38	12	15	18	15	0	3	0	101
f) Vedta endring innen hovedpost	0	3	3	0	0	3	80	11	100
g) Vedta endring innen postgruppe	0	3	0	0	0	3	41	54	101
h) Godkjenne størrelse på låneopptak	42	19	3	19	3	8	6	0	100
i) Godkjenne lånevilkår (avdragstid, etc)	33	17	6	19	14	8	3	0	100
j) Vedta romprogram	9	12	25	18	0	12	23	0	99
k) Vedta opprettelse av stillinger	3	3	3	3	14	11	61	3	101
l) Tilsette personale (eksklusive direktør)	0	0	0	0	0	3	65	32	100
m) Omgjøre stillinger	0	0	0	0	0	15	69	16	100
n) Fastsette lønn ved tilsetting	0	0	0	0	6	0	90	4	100
o) Forhandle lønn	0	8	0	0	3	0	83	6	100
p) Vedta personalpolitiske retningslinjer	20	11	6	11	3	11	37	0	99
q) Vedta permisjonsreglement	18	12	9	15	6	9	30	0	99
r) Prioritere mellom pasientgrupper	0	6	24	22	3	3	26	15	99
s) Prioritere innenfor pasientgrupper	0	0	3	6	0	3	8	80	100
t) Vedta mål om behandlingvolum	15	3	17	35	3	9	15	3	100
u) Etterprøve mål om behandlingvolum	3	3	20	34	9	3	29	0	101
t) Vedta eller etablere mål for kvalitet	3	3	14	26	3	6	37	9	101
u) Etterprøve mål for kvalitet	0	3	15	24	3	3	43	9	100
v) Fastlegge sykehusets avdelingsstruktur	0	0	9	11	3	11	65	0	99
w) Fastlegge arbeidsdelingen mellom sykehusene i fylket	50	3	27	12	6	0	3	0	101

Et bredt flertall av sykehusdirektørene ønsker at fylkestinget vedtar sykehusenes rammebudsjett (drift). Når det gjelder investeringsbudsjettet, er også fylkestinget den enkeltaktør som etter flest sykehusdirektørers ønske bør fatte vedtak, men et betydelig mindretall mener også at dette er fullmakter som kan ligge til styret eller til direktøren. De ønsker da at sykehuset får et

budsjett som de så kan benytte til drift eller investering. Endringer i driftsbudsjett bør ligge til direktøren, mens endringer i investeringsbudsjettet etter de fleste sykehusdirektørenes syn bør ligge til direktøren. Når det gjelder låneopptak og godkjenning av lånevilkår, så mener mange at dette bør ligge til fylkestinget eller til sykehusets styre.

Lønns- og personalspørsmål bør etter direktørenes syn ligge til direktørene selv. Oppslutningen om dette er betydelig og når det gjelder fastsetting av lønn ved tilsetting og forhandling av lønn, nærmest enstemmig.

Det er relativt små variasjoner mellom DRG-sykehusene og sykehusene samlet, men verdt å merke seg at det er noe større ønske om at strategiske beslutninger når det gjelder fastsettelsen av drifts- og investeringsbudsjett gjøres i fylkestinget. En videre analyse av materialet viser ingen sammenhenger mellom hvor fullmaktene i dag ligger og hvor de bør ligge. Det betyr at fylkeskommuner som har gått langt i å delegere har et mindre delegasjonsbehov enn de som ikke har gått så langt.

2.5 Oppsummering

Følgende momenter oppsummerer sykehusdirektørenes syn på styringsproblemer og endringsbehov:

- Det er særlig investeringsbudsjettene og de statlige investeringstilskuddene som anses som ustabile elementer i sykehusenes omgivelser, mens pasienttilgangen både blant listepasienter og akuttpasienter karakteriseres som forutsigbar.
- Av aktører som har som målsetting å påvirke sykehusenes aktiviteter, blir direktørene i første rekke kontaktet av fylkesadministrasjonen og av enkeltpersoner/pårørende. Fylkespolitikere tar sjelden kontakt med direktørene.
- Massemedia tar også ofte kontakt, men det er i liten grad slik at oppslag i massemedia påvirker sykehusets prioriteringer.
- Sykehusdirektørenes vurderer endringsbehovene som store både innad i sykehusene, i forholdet mellom sykehusenes og kommunehelsetjenesten og i forholdene mellom sykehusene og fylkeskommunen, men med det sist nevnte feltet som det området med størst behov for endringer.
- Sykehusdirektørene vil i første rekke ha økte fullmakter i lønns- og personalspørsmål, dernest i budsjettspørsmål (omdisponeringer innenfor driftsbudsjettet og større fleksibilitet når det gjelder å se drift og investeringer i sammenheng).

3 Styringsproblem og endringsbehov - fylkesadministrasjonens oppfatninger

3.1 Innledning

Kapitlet beskriver fylkesadministrasjonens oppfatninger av styringsproblem og endringsbehov. Følgende tema og problemstillinger dekkes:

- Hvilke styringsbehov har fylkeskommunene i forhold til sykehusene? Budsjettkontroll, prioritering av sykehussektoren i f t andre sektorer (dvs avveining av nivået på pasientbehandlingen), prioritering mellom pasientgrupper, eller annet?
- Hva er styringsproblemene i dag?
- På hvilken måte skjer styringen? Instruksjoner eller via rammer?

- Hvordan fattes investeringsbeslutninger? Er det grunn til å anta at måten investeringsbeslutninger fattes på leder til for lavt nivå på investeringene, eller er det slik at investeringer underutnyttes som følge av dagens avskrivingsregler?
- Hvordan vil utvidede fullmakter til sykehusene når det gjelder lønns- og personalpolitikk, investeringsbeslutninger, muligheter for å ta opp lån påvirke fylkeskommunene muligheter for styring?
- Hvordan vil andre tilknytningsformer (foretak eller selskap) eventuelt påvirke fylkeskommunenes muligheter for styring?
- Hvordan vil Innsatsstyrt finansiering og økte pasientrettigheter, herunder fritt sykehusvalg, påvirke styringsbehovene og -mulighetene? Øker disse forholdene behovet for fristilling eller gir det argumenter for sterkere hierarkisk kontroll?

Kapitlet er i tre hoveddeler. I første del beskrives styringsbehov, styringsproblemer og mulige reformer innenfor dagens tilknytningsformer. I andre del gis en kort oversikt over enkelte styringsmessige forhold, i første rekke spørsmålet om hvordan styringen faktisk skjer. I del tre lar vi fylkesadministrasjonen respondere på spørsmål om endringer i finansieringsform, pasientrettigheter og tilknytningsformer og reflektere over hvilke behov dette skaper for endringer i fylkeskommunenes organisering og styringspraksis.

Kapitlet er basert på telefonintervjuer med 12 fylkesrådmenn og fylkeshelsesjefer. Samtlige helseregioner er dekket.⁸

3.2 Styringsbehov, styringsproblemer, og reformer innenfor etatsmodellen

Det er bred enighet blant intervjuobjektene om at fylkeskommunens hovedoppgave er å sørge for at befolkningen får dekket behovet for helsetjenester. Fylkeskommunene opptrer og anskaffer helsetjenester på vegne av befolkningen. Utfordringene for fylkeskommunene blir dermed å prioritere ulike fylkeskommunale sektorer og oppgaver i forhold til hverandre, og å sørge for effektiv utnyttelse av de ressursene som avsettes til helseformål.

Styringsbehovene og styringsproblemene som oppstår i forlengelsen av disse målsettingene, varierer mellom fylkeskommuner og innad i de enkelte fylkeskommuner over tid. Først beskrives det som ses på som de viktigste styringsbehovene, styringsproblemene, de mest aktuelle reformer innenfor dagens modell for tilknytningsformer (etatsmodellen).

Lønns- og personalpolitikk

a) Det er behov for å skaffe personell. Lønnsgliding, spesielt blant leger og spesialsykepleiere, nevnes i denne sammenheng som et problem av flere fylker - spesielt i Østlandsområdet og i deler av Nord-Norge. I Østlandsområdet oppleves det som et problem at staten er lønnsledende. Forståelsen er at høyere lønn ved statssykehusene først smitter over til Oslo-sykehusene og deretter sprer seg til andre deler av landsdelen. Det finnes også eksempler på at sykehusene innad i det samme fylke har konkurrert om personell ved hjelp

8. Det var i utgangspunktet meningen å intervju samtlige rådmenn og helsesjefer i alle fylkeskommuner unntatt i de fylkeskommunene som er representert i utvalget (Oslo, Vestfold og Hordaland), dvs om lag 30 personer. På grunn av at det har vært vanskelig å arrangere avtaler med alle innenfor de frister prosjektet har hatt, er antallet redusert.

av lønninger. Resultatet, sett fra enkelte av fylkeskommunenes side, er dels at høyt kvalifisert personell trekker mot sykehusene i hovedstadsregionen, dels at de må by opp lønnene for å beholde personalet.

For fylkeskommunene skaper dette to typer av behov. For det første er det behov for delegasjon av lønnsfullmakter slik at sykehusene kan reagere raskt i situasjoner der en er i ferd med å miste personell og i situasjoner der en står i ferd med å rekruttere nøkkelpersonell. For det andre er det behov for å trekke tilbake fullmakter for å hindre at sykehus innen det enkelte fylke konkurrerer med hverandre om den samme arbeidskraften. I et par av fylkene ser det ut som en håndterer denne dualismen ved å legge relativt stramme rammer for lønnsutviklingen samtidig med at det er utvikles en forståelse mellom fylkesadministrasjonen og sykehusdirektørene om at de faktisk har betydelige fullmakter i situasjoner der en står i fare for å miste personer ut av fylket eller er ferd med å rekruttere personer inn til fylket. Den generelle trenden er imidlertid at det gis lønnsrammer til sykehusene som disse kan forholde seg relativt fritt innenfor. Flere fylker nevner at det er i ferd med å skje økt delegasjon på dette feltet. I tillegg er det behov for å samordne statlig og kommunal arbeidsgiverpolitikk.

b) At tilsettingssaker kan ankes av et mindretall i sykehusets tilsettingsutvalg oppover til partssammensatte utvalg beskrives som et problem av flere fylkeskommuner, av enkelte som et betydelig problem. Et eksempel kan illustrere poenget: I en av fylkeskommunene er det ved ett av sykehusene gjort vedtak om å omgjøre fire hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger slik at en kan øke kapasiteten på en operasjonsstue. Omgjøringen skulle i utgangspunktet skje etter naturlig avgang fra hjelpepleierstillingene. På grunn av at det ikke skjedde naturlig avgang ble det på sykehusnivå fattet vedtak om å omplassere de som besatte stillingen til andre avdelinger i sykehuset. Dette vedtaket ble imidlertid anket av mindretallet i sykehusets tilsettingsutvalg til fylkeskommunens administrasjonsutvalg der mindretallet fikk medhold. Det er i ettertid gjort flere forsøk på å få omgjort vedtaket, men uten det har lyktes. I 1999 er det fem år siden det første vedtaket om omgjøring av stillingene ble fattet.

Flere intervjuobjekter mener det er behov for endringer på dette feltet. I et par tilfeller benyttes ankesakene som argumenter for å endre sykehusenes tilknytningsformer. Det argumenteres med at selskapsdannelser åpner for bruk av et annet avtaleverk og for å delegere denne type beslutninger endelig til sykehuset. En av fylkeshelsesjefene nevnte i denne sammenheng at han den siste uken hadde benyttet hele sin arbeidstid til møter med sykehus og fagforeninger om lønns- og personalspørsmål, og ikke ett minutt i møter med brukergrupper.

c) Av enkelte ble det framhevet som et viktig poeng at lønssystemene med lite eller ingen bruk av insentivlønn, bidrar til lav effektivitet i sykehusene. Utskilling av sykehusene og omdannelse av disse til selskaper, vil bidra til å avpolitiserer arbeidsgiverrollen og muligens bidra til nye organisasjonsdannelser her. Dette ville lette mulighetene for innføring av f.eks. insentivlønn på avdelingsnivå i sykehusene.

Budsjettfullmakter

a) Fylkeskommunene har behov for å holde kontroll med sykehusenes budsjettammer og kostnader. De fleste fylkeskommunene har gått langt i delegasjon av beslutningsmyndighet når det gjelder driftsbudsjettene, bl a ved inn-

føring av merinntektsfullmakter, nettobudsjettering og muligheter for å overføre overskudd til og å dekke inn underskudd de påfølgende år. Intensjonen er at dette både skal bidra til bedre ressursutnyttelse og bedre kontroll med er overordnede rammene. Det er imidlertid stor variasjon i erfaringene med denne typen reformer og ikke mulig på basis av disse data å trekke generelle konklusjoner om virkemåte. De budsjettmessige styringsproblemene oppstår i fylkeskommuner med ingen eller negativ inntektsvekst og det ser ikke ut som at økte budsjettfullmakter bidra til å redusere styringsproblemene. I et par tilfeller argumenteres det med at betydelige fullmakter har forsinket nødvendig tilpasning og dermed forverret en allerede anstrengt fylkeskommunal økonomi. Dette har sin bakgrunn i at overføring av underskudd benyttes som argument mot nødvendige tilpasninger på driftssiden. Når budsjettene også de følgende år har blitt strammere, har dette generert så store underskudd at de ikke har vært mulig å håndtere på sykehusnivå uten betydelige reduksjoner i tilbudet - reduksjoner som det ikke har vært ønskelig og mulig å skape oppslutning om.

Det kan virke som at styringsbehovene og hva som er de beste virkemidlene varierer noe med fylkeskommunens økonomiske situasjon. I perioder med inntektsvekst kan det argumenteres med at økte fullmakter bidrar til bedre ressursutnyttelse. I perioder med stagnerende eller fallende inntekter finnes det iallfall noen argumenter for at underskuddsoverføring kan bidra til å utsette nødvendig tilpasning.

b) Det kan argumenteres med at større investeringsfullmakter, f.eks større muligheter til å se drift og investeringsbudsjettene i sammenheng, kan bedre ressursutnyttelsen i sykehusene. Blant intervjuobjektene er det en viss erkjennelse av at investeringsnivået er for lavt, og et par nevner opprettelsen av det statlige tilskuddet til sykehusutstyr som en fallitterklæring for fylkeskommunen på dette feltet. Det er imidlertid liten støtte for at det bør skje vesentlige endringer i fullmaktssituasjonen på dette feltet. Det argumenteres med at det er svært tette kontakter mellom sykehusene og fylkesadministrasjonen, og at det er fylkesadministrasjonen ved bygg- og eiendomsavdelingen som har kompetanse til å vurdere større investeringsprosjekter. Det er imidlertid støtte å hente for et synspunkt om at rammene for hvilke investeringer som kan tas over driftsbudsjettet, bør økes. Om dette vil gi bedre avveininger mellom nivået på drifts- og investeringsmidler betviles av enkelte. Det argumenteres med at sterke fagforeninger i sykehusene kan bidra til å vri ressursinnsatsen ytterligere mot drift.

c) Avskrivingsreglene omtales av en del som et problem og det er i enkelte fylkeskommuner bygd opp fond som skal «matche» avskrivninger/kapitalslit. Det er imidlertid et problem at investeringer og investeringsfond benyttes for å saldere driftsbudsjettene i tider med stram økonomi. Flere av intervjuobjektene er åpne for at sykehusene bør kunne se drifts- og investeringsbudsjett i sammenheng og at det innføres avskrivningsregler slik en kjenner de fra privat sektor.

d) Det er få av intervjuobjektene som ønsker at sykehusene skal få større fullmakter til å ta opp lån. Siden fylkeskommunene er ansvarlige for sykehusenes økonomi argumenteres det med at økte fullmakter til å ta opp lån kan virke økonomisk destabiliserende. Enkelte fylkeskommuner praktiserer ordninger der sykehusene kan låne i en felles «lånepool» sentralt i fylkeskommunen. Erfaringene er imidlertid varierende. I situasjoner med stram økonomi viser det seg at sykehusene utsetter tilbakebetalingene slik at fylkeskommunen sentralt må betjene lånemassen.

Effektivitetsutvikling og funksjonsfordeling

a) Det er betydelige variasjoner i kostnadene i pasientbehandlingen ved norske sykehus. Ofte forklares høye kostnader ved distriktssykehusene med at det er ønskelig å opprettholde akuttberedskap og en differensiert avdelingsstruktur også i sykehus med lite pasientunderlag. Det nevnes videre fra et par fylker at høye ISF-refusjonssatser (høyere enn den statlige refusjonen) har bidratt til å skape inntektsoverskudd i sykehusene. Dette benyttes som argument fra sterke interessergrupper til å øke bemanningen. Det er frykt for at resultatet kan bli fallende effektivitet. Utover dette er det få forklaringer på effektivitetsvariasjoner, og enda færre forslag til hvordan disse problemene kan håndteres.

b) Det er omfattende debatter om funksjons- og oppgavefordelingen mellom sykehusene i flere av fylkene. Debattene har flere utgangspunkt, men som regel er det mangel på personell ved mindre sykehus som gjør at det er vanskelig å opprettholde døgnkontinuerlig beredskap som har fått sakene på dagsorden. Det er vanskelig å gjennomføre endringer, dels på grunn av lokalpolitisk motstand, men også på grunn av at Stortinget har gjort vedtak om å opprettholde akuttberedskap ved sykehusene. Strategien i flere av fylkeskommunene er nå å samle flere sykehus under felles ledelse. I Østfold, Hedmark, Vestfold og Vest-Agder er dette alt gjort. Det diskuteres også i Akershus, Telemark og Buskerud. Det er antatt at dette vil lette gjennomføringen av endringer i funksjons- og oppgavefordelingen.

3.3 Styringsmessige forhold

Her beskrives trekk ved den faktiske styringen av sykehusene.

a) Det har skjedd endringer i måten fylkeskommunene styrer sykehusene på de siste årene. Endringene forklares i høy grad med iverksettingen av kommuneloven av 1992 og består i at det innføres et klarere skille mellom politiske og administrative organer. Dette skillet materialiserer seg ved at det i prinsippet er ett kontaktpunkt, fylkesrådmannen under formannskapsmodellen og byrådet en parlamentarisk modell (i praksis kun i Oslo), mellom politiske organer og administrasjonen. Alle politiske organer, fylkesting, fylkesutvalg og faste politiske utvalg og komiteer, ligger på den politiske siden av styringsystemet. Fylkesrådmannen er den øverste leder av administrasjonen og har fylkeshelsesjef og sykehus i linje. Modellen innebærer i praksis høyere grad av delegasjon av myndighet enn det en hadde tidligere og større grad av styring gjennom rammer. Dette gjelder både budsjettfullmakter, og lønns- og personalfullmakter.

I høy grad fungerer modellen etter intensjonene, men særlig på ett område, lønns- og personalfeltet, er det lav grad av aksept for den grad av delegasjon som ligger i den formelle styringsstrukturen. Dette arter seg på flere måter: Fylkespolitikere kan ta opp delegerte saker som f.eks. spørsmål om omgjøring av stillinger, lønsplassering av enkeltpersoner eller grupper og omplassering av personell. Fylkesadministrasjonens forståelse av årsakene til dette er flere. Dels antar en at fylkespolitikere «tjener» på å ta opp disse sakene f.eks. ved at en får oppmerksomhet i media, dels antar en at det tar tid før den nye formelle strukturen «setter seg».

b) Et par av fylkeskommunene har ordninger der det eksisterer politiske driftsstyrer eller kontaktutvalg mellom politikere og sykehusene. Jevnt over er fylkesadministrasjonene kritisk til hvordan disse organene fungerer. Hovedinnvendingen er at politikerne lett blir fanget av sykehusenes argumen-

tasjon og at dette i neste runde leder til initiativ i de øverste politiske organene som kan gå på tvers av alt vedtatte rammer og retningslinjer. Det er også uro over at denne type styrer og utvalg gir en uryddig organisering i forholdet mellom politikk og administrasjon, bl a ved at direktørene rapporterer til styrene. Ordningen med såkalte profesjonelle styrer som er klart plassert i linja mellom administrasjon og institusjon og som har representanter som ikke sitter i fylkestingene (som i Oslo og Rogaland), ser i denne sammenheng ut til å fungere langt bedre.

c) I flere fylkeskommuner utvikles formelle kontrakter mellom fylkeskommunene og sykehusene. Lengst har en trolig gått i Oppland der det er utviklet avtaler som omfatter mål både om produksjon og kvalitet. Også flere andre fylkeskommuner benytter en retorikk der en snakker om en bestiller og en utfører-side. Det er foreløpig lite erfaringer med hvordan slike kontrakter fungerer.

3.4 Endring i tilknytningsformer

I 3.2 var utgangspunktet hvilke styringsbehov fylkeskommunen hadde og hvordan styringsproblemene kunne håndteres innenfor dagens styringsmodell - etatsmodellen. Her ber vi intervjuobjektene vurdere følgende:

- Om dagens styringsproblemer bedre kan håndteres innenfor endrede tilknytningsformer?
- Om endring i finansieringsform og økte pasientrettigheter skaper press i retning av fristilling og innføring av nye tilknytningsformer?

Intervjuobjektene er bedt om å vurdere effekter av innføring av foretak og selskap. Det er, naturlig nok, lite erfaringer å basere drøftingen av effekter av endrede tilknytningsformer på og kunnskapen, også om de prinsipielle forskjellene mellom modellene, er liten. De følgende momentene må vurderes på bakgrunn av dette.

Vil endring i tilknytningsformer bedre styringsmulighetene?

Hovedinntrykket etter intervjurunden er at fylkesadministrasjonen er usikker på hvordan eventuelle endringer i tilknytningsformer vil fungere. Hovedsynspunktet blant helsesjefene er at man er positivt avventende til en eventuell endring i tilknytningsformer, men at en ikke venter at en slik endring skal føre til vesentlig endring i fylkeskommunens styring av sykehusene. Blant fylkesrådmennene er holdningen mer kritisk. En advarer mot enkelte uheldige utslag.

a) Det er en viss bekymring blant flere av intervjuobjektene for at innføring av selskapsmodeller i enkelte fylker (Oslo/Akershus) skal føre til økt lønnsglidning og økt «legefukt» til dette området. Det er også en viss uro for at den generelle ekspansjonen av sykehussektoren i disse områdene skal bidra til å trekke legeressurser til området.

b) Det argumenteres videre med at fylkeskommunene alltid vil være ansvarlig for institusjonenes underskudd og at det vil spille liten rolle om sykehusene er organisert som etater, foretak eller selskap. Det vises i denne sammenheng til fylkeskommunenes erfaringer med vernede bedrifter som oftest er organisert som A/S. Fylkeskommunene må svært ofte inn og fornye aksjekapitalen.

c) Enkelte av intervjuobjektene er redd at selskapsdannelser skal redusere mulighetene for å bedre funksjonsfordelingen mellom sykehusene og å utvikle samarbeidet i helseregionene. Begrunnelse for dette synet er i første rekke at selskapsdannelser kan øke sykehusenes forhandlingsstyrke i forhold til fylkeskommunene og helseregionene. Dersom sykehusene da ikke selv ønsker endringer kan det bli vanskeligere enn i dag å få slike endringer implementert. Det finnes også de som argumenterer med at det kan bli lettere å få til endringer i funksjons- og oppgavefordeling ved en eventuell endring i tilknytningsform. Det argumenteres med at fylkeskommunen da vil kunne avlastes for detaljsaker og heller konsentrere seg om overordnede linjer for utviklingen i sykehussektoren.

d) Få tror at innføring av selskapsmodeller i seg selv vil skape større endringer i den interne styringen av sykehusene. Opprydding i ledelsesstruktur og en mer strømlinjeformet organisasjon forutsetter reell konkurranse mellom sykehusene. Dette forutsetter på sin side ledig kapasitet i sykehusene.

e) I den grad intervjuobjektene har oppfatninger av variasjoner mellom foretak og selskapsdannelser, så er det større skepsis til foretaksmodellen enn til modeller med ansvarlige selskap. Årsaken er i første rekke at foretaksmodellen ikke er organisert i linje under administrasjonen. En er derfor redd for at det skal utvikle seg «sektorallianser» mellom eventuelle sykehusforetak og hovedutvalgene for helse *a la* de en tidligere hadde mellom etatene og hovedutvalgene. Ved eventuell overgang til selskapsmodeller antas det at fylkeskommunen også må strømlinje sin organisasjon. Det vil medføre innføring av profesjonelle styrer og formaliserte kontrakter mellom fylkeskommunen og selskapene. På den måten kan fylkeskommunen balansere ut større forhandlingsstyrke i sykehusorganisasjonen.

Presser nye tilknytningsformer seg fram?

Siste spørsmålet er om endring i pasientrettigheter og finansieringsformer leder til større behov for endringer i tilknytningsformer.

a) Det antas ikke at økte pasientrettigheter, bl a med innføring av fritt sykehusvalg, vil føre til vesentlige endringer i fylkeskommunens styringsbehov. En antar at endringene i pasientflyt som følge av fritt sykehusvalg blir begrensede, med unntak for i områder der fritt sykehusvalg gir muligheter for å søke seg til det sykehuset som er geografisk er nærmest. Dette ses derfor ikke på som et vesentlig argument for fristilling.

b) Innføring av ISF har til dels skapt en prosess klarere preget av forhandlinger mellom fylkeskommunen og sykehusene. Heller ikke dette ser ut til å ha skapt større behov for styringsmessig distanse mellom fylkeskommunene og sykehusene med større grad av fristilling. Heller ikke blant fylkeskommunene som har gått lengst i retning av å utvikle formelle avtaler mellom fylkeskommunen og sykehusene (f eks Oppland) ser dette ut til å ha ført til høyere ønske om fristilling eller til behov for innføring av andre tilknytningsformer.

3.5 Oppsummering

Følgende momenter oppsummerer fylkesadministrasjonens syn på styringsproblemer og endringsbehov:

- Lønnsglidning som følge av konkurranse om arbeidskraft fungerer utgiftsdrivende. Fylkesadministrasjonen ser behov for delegasjon på dette feltet,

- men argumenterer for klarere rammer. I tillegg må det utvikles felles arbeidsgiverpolitikk mellom stat og kommuner.
- At tilsettingssaker kan ankes oppover til partssammensatte utvalg sentralt plassert i fylkeskommunen, oppleves som et betydelig problem og som et hinder for fleksibel utnyttelse av arbeidskraften. Enkelte bruker denne ordningen som et argument for endring av tilknytningsformer.
 - Underskuddsoppbygging blant sykehusene er et problem for fylkeskommunene og det virker ikke som det eksisterer patente løsninger. Overføring av underskudd til påfølgende år kan i visse tilfeller utsette nødvendige tilpasninger.
 - Det er en viss erkjennelse av at investeringsnivået i sykehusene er for lavt, relativt sett. Det er ønskelig med en viss økning i sykehusenes investeringsfullmakter, men ingen omfattende endringer. De fleste er motstandere av at sykehusene skal kunne ta opp lån.
 - Politisk sammensatte driftsstyrer eller kontaktutvalg fungerer ikke etter hensikten. Politikerne blir lett fanget av sykehusenes argumentasjon. Dette leder til ustabilitet i fylkeskommunens politikk overfor sykehusene ved at det tas initiativ som bryter med vedtatte rammer og retningslinjer. Erfaringene med såkalte profesjonelle styrer er bedre.
 - Fylkesadministrasjonen er usikker på hvordan eventuelle endringer i tilknytningsformer vil fungere. Det fleste fylkeshelsesjefene er positivt avventende til endringer, mens fylkesrådmennene er mer kritiske. Det er særlig bekymring for at endring i tilknytningsformer skal lede til lønnsglidning, økt underskuddsoppbygging og større problemer med å endre funksjonsfordelingen mellom sykehusene. Enkelte argumenterer imidlertid for at endring i tilknytningsformer kan bedre mulighetene for endringer i oppgavefordelingen.
 - Det antas ikke at økte pasientrettigheter, f.eks. fritt sykehusvalg, vil lede til større behov for fristilling av sykehusene. Heller ikke innføring av ISF har skapt større behov for endringer i tilknytningsformer.

4 Fylkespolitikernes syn på roller og tilknytningsformer

4.1 Innledning

I dette kapitlet gjøres det rede for fylkespolitikernes syn på hvordan sykehussektoren bør organiseres. Mer spesifikt gir kapitlet oversikt over følgende forhold:

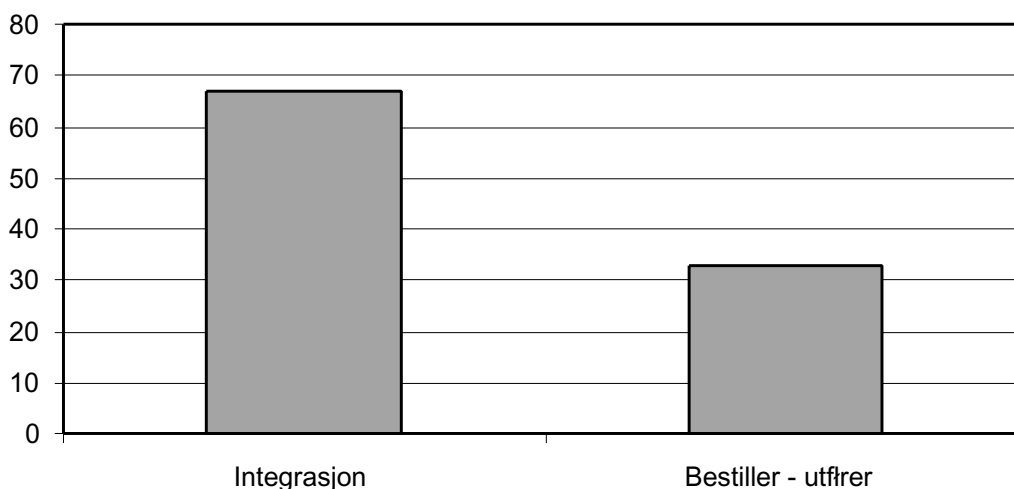
- Hvilken rollemodell for tjenesteproduksjonen har størst oppslutning blant fylkespolitikerne. Bør det være høy grad av integrasjon mellom fylkeskommunen og de tjenesteytende enhetene, eller bør det etableres et klarere skille mellom fylkeskommunen som bestiller og de utførende enhetene?
- Bør somatiske sykehus organiseres som forvaltningsorgan (dagens normalmodell) eller som et heleid kommunalt foretak eller selskap?
- Hvilke hensyn bør tillegges vekt ved valg av tilknytningsform?

Data er basert på en spørreundersøkelse gjennomført til alle fylkespolitikere sent på høsten 1998. Oslo er ikke med. 581 eller om lag 65 prosent av fylkespolitikerne har svart.

4.2 Fylkespolitikernes organisasjonsønsker

Det har siste årene vært generelle debatter om hvordan fylkeskommunenes (og kommunenes) tjensteproduksjon bør organiseres. Deler av denne debatten har dreid seg om hvorvidt fylkeskommunene og de tjenesteytende enhetene bør være integrerte i en felles organisasjon, eller om en tvert i mot bør tilstrebe å lage et skille mellom fylkeskommunen som bestiller av tjenester og sykehusene som utførere av tjensteproduksjonen. Dersom en velger den siste modellen, vil enhetene som utfører tjensteproduksjonen bli fristilt fra fylkeskommunen i større eller mindre grad, f eks ved at de gis økte fullmakter eller omdannes til egne selskaper.

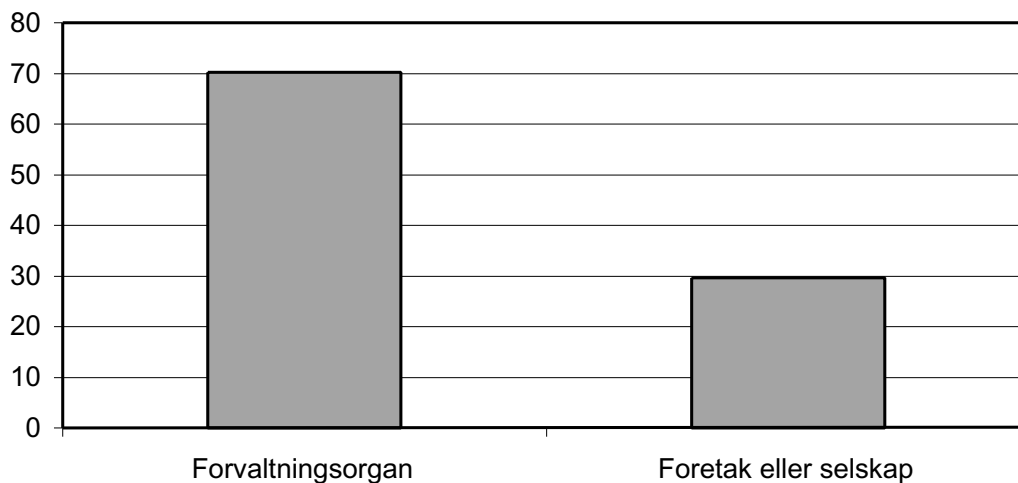
Figur 2.5 viser hvordan fylkespolitikerne stiller seg til dette spørsmålet.



Figur 2.5 Fylkespolitikernes oppfatning av rollemodeller. N=559

Det er som vi ser, relativt bred enighet om å beholde dagens integrerte modell. Om lag 2/3-deler av alle landets fylkespolitikere står for et slikt syn. Det er heller ikke store variasjoner mellom fylkene, men i en fylkeskommune er det et flertall i vårt utvalg som ønsker en bestiller-utfører-modell. Det må understrekes at dette ikke er å sammenlikne med en avstemming i fylkestinget.

I forlengelsen av dette, er det stilt spørsmål om de somatiske sykehusene bør organiseres som forvaltningsorgan (dagens normalmodell) eller som et heleid kommunalt foretak eller selskap. Det er verdt å merke seg at en i spørsmålsformuleringen har valgt å stille forvaltningsorganmodellen opp mot alle andre typer av modeller. Svarene vises i figur 6.



Figur 2.6 Fylkespolitikernes preferanser i f t tilknytningsform. N=566.

Også her er resultatene meget klare. Om lag 70 prosent av alle landets fylkespolitikere ønsker å beholde dagens forvaltningsorganmodell. Igjen avviker en fylkeskommune fra landstrenden ved at det der er et (knapt) flertall i utvalget som ønsker en annen modell. I tillegg ser det i skrivende stund ut til at det skal bli flertall for en aksjeselskapsmodell i Oslo kommune.

Hva er så argumentene som leder fram til dette synet? Vi har gitt fylkespolitikere muligheter for å klargjøre sine oppfatninger av en del hensyn som kan lede fram til ulike syn på tilknytningsformer. Dette er gjort ved å la politikere ta stilling til et sett parvise påstander. Påstandene og svarfordelingen er gjengitt i tabell 2.4.

Tabell 2.4: Hvilke hensyn bør vektlegges ved valg av tilknytningsform. Fylkestingspolitikere 1998-1999. N=+/- 575.

Påstander:	Mest enig med	
	A	B
1A. «For å hindre lønnsnedgang og tilhørende konkurranse mellom sykehusene om arbeidskraften bør lønnsfastsettelsen for de sykehusansatte skje gjennom sentrale forhandlinger.» 1B. «For å sikre tilgang til kvalifisert arbeidskraft bør lønnsfastsettelsen for de sykehusansatte skje lokalt i det enkelte sykehus.»	69	31
2A. «Når pasientene fritt kan velge sykehus og mye av sykehusenes inntekter kommer gjennom stykkprisfinansiering blir sykehusene opptatt av å tjene penger. Derfor må den direkte demokratiske kontrollen med sykehusene opprettholdes.» 2B. «Når pasientene fritt kan velge sykehus og mye av sykehusenes inntekter kommer gjennom stykkprisfinansiering må sykehusene konkurrere om pasienter. Derfor må sykehusene fristilles og etableres som egne foretak eller selskap.»	68	32
3A. «For å sikre samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehusene i fylket bør fylkespolitikere fastlegge sykehusenes arbeidsoppgaver og funksjoner.» 3B. «Sykehusenes arbeidsoppgaver bør fastlegges som følge av pasientenes valg av sykehus.»	76	24
4A. «For å sikre demokratisk styring og hensynet til pasientene bør fylkespolitikere kunne gripe direkte inn i sykehusledelsens prioriteringer.» 4B. «For å sikre sykehusledelsen handlefrihet til å drive sykehusene effektivt bør fylkespolitikere bare gi sykehusene retningslinjer gjennom vedtak i sykehusets styre.»	24	76
5A. «Bevilgninger til drift og investeringer i sykehuset bør fastlegges av fylkestinget.» 5B. «Sykehusets ledelse bør selv vurdere hvordan sykehusets inntekter best kan benyttes til drift og investeringer for å nå de avtalte mål.»	50	50
6A. «De ansatte ved sykehusene bør være ansatte i fylkeskommunen.» 6B. «De ansatte ved sykehusene bør være ansatt ved det enkelte sykehus.»	62	38
7A. «Fylkeskommunen bør ha fullt ansvar for sykehusets økonomiske forpliktelser, og sykehus bør ikke kunne gå konkurs.»	79	21
7B. «Fylkeskommunens økonomiske ansvar bør avgrenses til aksjekapitalen, og sykehus bør i prinsippet kunne gå konkurs.»		

Det store flertallet av fylkestingsrepresentanter vektlegger hensyn som peker i retning av hierarkisk styring. Svargivningen indikerer imidlertid stor vekt på rammestyring. Dette går klart fram av påstandene 4A og B der et stort flertall tar avstand fra påstanden om at fylkespolitikere bør gripe direkte inn i sykehusledelsens prioriteringer og slutter seg til påstanden om at styring må skje gjennom retningslinjer vedtatt i sykehusets styre. I spørsmålet om drifts- og investeringsbevilgninger bør fastsettes av fylkestinget eller om sykehuset selv bør kunne avveie hvordan sykehusets inntekter kan benyttes til drift eller investeringer (påstandene 5A og B), er fylkestingsrepresentantene delt på midten. I de rent strategiske spørsmål (påstandene 3A og B om funksjonsfordeling og påstandene 7A og B om økonomisk) mener så godt som 80 prosent at dette forhold som ligger til fylkeskommunen.

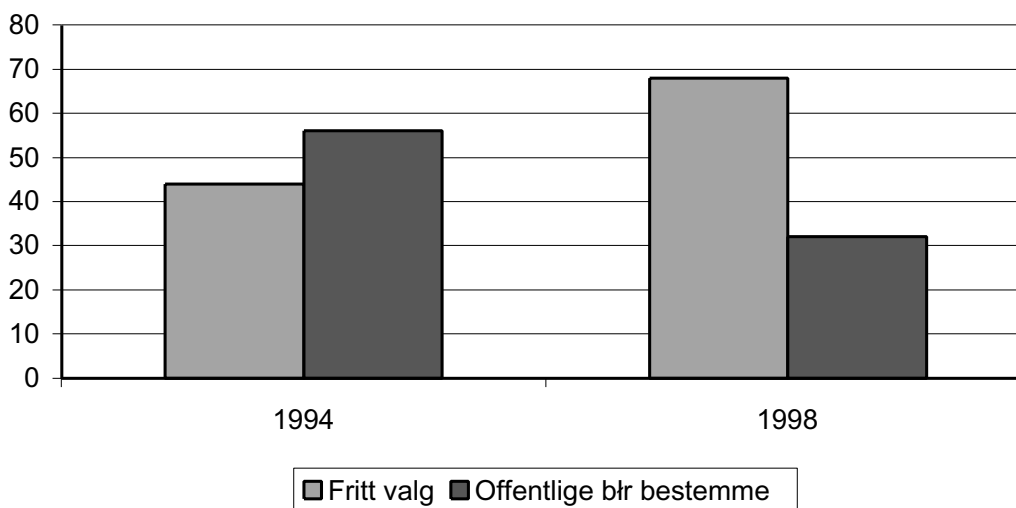
Det er imidlertid variasjoner mellom fylkeskommunene. I en fylkeskommune faller et knapt flertall i utvalget ned på påstand 2B i spørsmålet om organisasjonsform. I spørsmålet om hvilket nivå som bør avveie drift- og investeringsbeslutninger der fylkestingsrepresentantene i utvalget er delt på

midten, er det flertall for at dette er beslutninger som bør delegeres sykehusene i Akershus, Hedmark, Oppland, Vest-Agder, Møre og Romsdal og Troms.

4.3 Oppsummering

Flertallet av fylkespolitikere ønsker ikke endringer i måten styringen skjer på (rollemodell) og heller ingen endringer i tilknytningsformer for sykehusene. Synspunktet blant flertallet er at sykehusene bør styres som etater, men med relativt vide fullmakter og uten at fylkespolitikere griper inn i sykehusenes daglige beslutninger.

Hvor stabile er så politikernes preferanser og hvilken vekt bør slike forhold tillegges når tilrådinger om organisasjonsmodell lages? På en annet, men relativt nært tilgrensende tema, har vi data fra fylkespolitikere både fra 1994 og 1998.⁹ Spørsmålet gjelder om brukerne av sykehusene fritt bør få velge hvilke institusjoner de vil benytte eller om offentlige organer bør bestemme dette på bakgrunn av bestemte kriterier. Svarfordelingen er gitt i figur 2.7.



Figur 2.7 Fylkespolitikernes holdninger til fritt sykehusvalg. 1994 og 1998.

Det har som vi ser, skjedd betydelige endringer i fylkespolitikernes holdninger i dette spørsmålet over tid. I 1994 var et relativt klart flertall motstandere av fritt sykehusvalg, mens et enda klarere flertall av fylkespolitikere i 1998 er tilhengere. Dette indikerer for det første at politikernes ønsker ikke er stabile over tid, men endres i lys av politiske debatter og ny informasjon. Det er i denne sammenheng viktig å merke seg at spørsmålet om tilknytningsformer nettopp har kommet på dagsorden. For det andre er det verdt å merke seg at endringen går i retning av et syn som innebærer mer vekt på brukernes preferanser. Dette er en generell trend i hele den vestlige verden.

9. Også i 1994 ble undersøkelsen gjennomført i alle fylkeskommunene. Svarprosenten var noe lavere enn i 1998, knapt 60 prosent.

5 Oppsummering

5.1 Hovedpunktene fra analysen

Det er åpenbare konflikter mellom de tre aktørene vi har intervjuet både med hensyn til problemforståelse og forslag til endringer:

- Sykehusdirektørenes vurderer endringsbehovene som store både innad i sykehusene, i forholdet mellom sykehusenes og kommunehelsetjenesten og i forholdene mellom sykehusene og fylkeskommunene, men med det sist nevnte feltet som det området med størst behov for endringer.
- Sykehusdirektørene vil i første rekke ha økte fullmakter i lønns- og personalspørsmål, dernest i budsjettspørsmål (omdisponeringer innenfor driftsbudsjettet og større fleksibilitet når det gjelder å se drift og investeringer i sammenheng).
- Fylkesadministrasjonen er bekymret for at lønnsglidning som følge av konkurranse om arbeidskraft fungerer utgiftsdrivende. Fylkesadministrasjonen ser behov for delegasjon på dette feltet, men argumenterer for klarere rammer. I tillegg må det utvikles felles arbeidsgiverpolitikk mellom stat og kommuner.
- At tilsettingssaker kan ankes oppover til partssammensatte utvalg sentralt plassert i fylkeskommunen, oppleves som et betydelig problem og som et hinder for fleksibel utnyttelse av arbeidskraften. Enkelte bruker denne ordningen som et argument for endring av tilknytningsformer.
- Underskuddsoppbygging blant sykehusene er et problem for fylkeskommunene og det virker ikke som det eksisterer patente løsninger. Overføring av underskudd til påfølgende år kan i visse tilfeller utsette nødvendige tilpasninger.
- Det er en viss erkjennelse av at investeringsnivået i sykehusene er for lavt, relativt sett. Det er ønskelig med en viss økning i sykehusenes investeringsfullmakter, men ingen omfattende endringer. De fleste intervjuede i fylkesadministrasjonene er motstandere av at sykehusene skal kunne ta opp lån.
- Flertallet av fylkespolitikere ønsker ikke endringer i måten styringen skjer på (rollemodell) og heller ingen endringer i tilknytningsformer for sykehusene. Synspunktet blant flertallet er at sykehusene bør styres som etater, men med relativt vide fullmakter og uten at fylkespolitikere griper inn i sykehusenes daglige beslutninger.

Spørsmålene blir da om det er mulig å forene disse synspunktene, eller eventuelt lage modeller som peker utover motsetningene? Det er utvalgets utfordring.

Vedlegg 3

Kartlegging og vurdering av tilknytningsform for Rikshospitalet og Det norske Radiumhospitalet

Terje Haugli Nilsen - Notat av 12.mars 1999 Haugli Nilsen - Evaluering og rådgivning

1 Innledning

Foreliggende notat er utarbeidet på oppdrag fra Sørensen-utvalget. Oppdragets hovedansvar har vært å kartlegge og vurdere tilknytningsformer for Rikshospitalet og Det norske Radiumhospitalet. Som grunnlag for notatet er det bl.a. gjennomført intervjuer med sykehusledelsene og ledere/ansatte i Sosial- og helsedepartementets sykehusavdeling.

2 Nåsituasjonen

Nettobudsjetterte tilskuddsinstitusjoner

Inntil 1999 var Rikshospitalet og Det norske Radiumhospitalet ordinære forvaltningsorganer budsjettert etter bruttoprinsippet og med merinntektsfullmakt. Fra og med 1999 er det innført nettobudsjettering av de to statssykehusene. Gjennom en generell adgang til å disponere inntektene gis det en sterkere stimulans til økt aktivitet. Hovedbegrunnelsen for å innføre nettobudsjettering av de to statssykehusene er at dette vil gi sykehusene klarere ansvar for inntekter og utgifter og dermed klarere incentiver til økt pasientbehandling.

Etter overgangen til nettobudsjettering vil de to statssykehusene få sin bevilgning gjennom et tilskudd som budsjetteres på post 50. Overgangen til nettobudsjettering innebærer at:

- Sykehusene får disponere eventuelt overskudd, men må dekke eventuelt underskudd.
- Eventuelt overskudd kan avsettes til drift/investeringer.
- Sykehusets regnskap blir internregnskap. Statens standard kontoplan for post 01 vil ikke lenger være aktuell.
- Kravene til internregnskapet omfattes av Økonomireglementets regler.
- Sykehuset må foreta avsetninger til feriepenger og arbeidsgiveravgift samt avsette eventuelle forskuddsinnbetalinger ved årets slutt.
- Ordning med posteringsfullmakt og belastningsfullmakt bortfaller. Overføringer skal skje ved direkte overføring til sykehusets konsernkonto.

Respondentene fra både departementet og de to statssykehusene nedtoner betydningen av overgangen til nettobudsjettering, men gir samtidig klart uttrykk for at den representerer et skritt i riktig retning.

De to sykehusledelsene understreker at det fortsatt er behov for utvidede fullmakter både på personal- og kapitalområdet. Det vises i denne sammenheng til at sykehusstyret ikke har fullmakt over sitt viktigste virkemiddel; ansettelse av administrerende direktør. Sykehusledelsen har heller ikke fullmakt til å ansette ledere på nivået under sykehusdirektør. Samtidig opplever sykehusene at reguleringsmekanismene og saksbehandlingsprosedyrene i

departementet er for trege. Det tar for lang tid å behandle saker som er av betydning for sykehusene. Samlet sett legger dette hindringer i veien for ressursutnyttelsen ved sykehusene.

Styringen av statssykehusene

Statssykehusenes prioriteringer og ressursbruk fastlegges i et samspill der mange aktører er involvert, herunder sentrale og fylkeskommunale helsemyndigheter, pasientene, profesjonene, helsefaglige forsknings- og utdanningsinstitusjoner mv. Sykehusene inngår i det regionale samarbeidet i helseregion 2, og det er samhandling med alle landets fylkeskommuner i forbindelse med dekning av landsfunksjoner. I St.meld.nr.24 (1996-97) *Tilgjengelighet og faglighet* og lovforslaget om spesialisthelsetjenesten mm foreslår Sosial- og helsedepartementet at de regionale helseutvalg skal ha en mer aktiv rolle, og at det regionale samarbeidet skal bli mer forpliktende. Statssykehusene skal også omfattes av dette samarbeidet.

Som *sektoransvarlig myndighet* har Sosial- og helsedepartementet et overordnet ansvar for sykehusstrukturen i Norge, herunder arbeidsdelingen og samhandlingen mellom de fylkeskommunale og statlige sykehusene.

Som *sykehuseier* har departementet både et faglig og et økonomisk styringsbehov i forhold til statssykehusene. Det faglige styringsbehovet retter seg mot den innholdsmessige siden av virksomheten og dreier seg bl.a. om hvilke funksjoner som skal dekkes av sykehusene. Videre utøves faglig styring gjennom krav til kvalitet og kompetanse mm.

Det økonomiske styringsbehovet retter seg for det første mot sykehusenes ressursbruk. Det dreier seg om å tilrettelegge for og kontrollere at sykehusene bruker sine ressurser på en mest mulig formålstjenlig og kostnadseffektiv måte. For det andre dreier det økonomiske styringsbehovet seg om kontroll av økonomiforvaltningen i mer snever forstand (oppfølging av budsjett/regnskap, oppfølging av økonomireglementets krav om forvaltning av pengestrømmen mm).

Premissene for statssykehusenes virksomhet fastlegges gjennom lover og forskrifter samt vedtekter mm. For øvrig skjer styringen av statssykehusene indirekte gjennom bruk av informative virkemidler og finansieringsordninger som ISF/DRG, og mer direkte gjennom en formalisert dialog basert på arbeidet med budsjett, tildelingsbrev, etatsstyringsmøter og løpende budsjett- og regnskapsoppfølging.

Både Rikshospitalet og Radiumhospitalet har et styre som oppnevnes av Sosial- og helsedepartementet. Styret er ansvarlig for at institusjonen blir drevet i samsvar med gjeldende lover, forskrifter og overordnede helsepolitiske mål. Styret skal påse at institusjonen har en hensiktsmessig organisasjonsstruktur for oppgaveløsning og måloppnåelse. Videre skal styret påse at det utvikles langsiktige strategier og planer for driften. Styret har også ansvar for å etablere gode rutiner for økonomistyringen internt, og for at sykehuset overholder tildelt budsjett.

Fra sykehusledelsenes side gis det uttrykk for at departementet mangler visjoner og langsiktige planer for utviklingen av statssykehusene. Styringen oppleves som kortsiktig og konsentrert om budsjettet for det enkelte år. Sykehusledelsene savner langsiktighet og et overordnet perspektiv på departementets styring. Departementet har rollen både som sektormyndighet og eier av statssykehusene. I den praktiske utøvelsen av styringsfunksjonen kan departementet ha problemer med å skille disse rollene. Respondentene gir

uttrykk for at departementet er uklar og unnvikende både når det gjelder tunge og vanskelige prioriteringer, og i spørsmål om funksjonsfordeling og samordning mellom statssykehusene og de øvrige regionsykehusene.

Fra departementets side gis det uttrykk for at det er behov for en kompetansemessig styrking av styringsfunksjonen, og at dette gjelder både departementet og sykehusene. Videre gis det uttrykk for at styringen av statssykehusene også inneholder langsiktige elementer, bl.a. i tilknytning til investeringsbeslutninger. Samtidig understrekes betydningen av at sykehusene bygger seg opp kompetanse på kapitalområdet.

Respondenter fra både departementet og sykehusene gir uttrykk for at departementet i tillegg til å styre på funksjoner, bør basere sin styring dels på automatiske styringsmekanismer som ISF/DRG og dels på mål- og rammestyring av sykehusenes virksomhet med angivelse av overordnede resultatkrav. Det gis også uttrykk for at departementet ikke bør drive produksjonsstyring med utgangspunkt i innsatsfaktorer.

Som følge av overgangen til nettobudsjettering vil styringsdialogen mellom departementet og statssykehusene bli gjennomgått og videreutviklet i retning av mer mål- og rammestyring. I tildelingsbrevet for 1999 vektlegger Sosial- og helsedepartementet beskrivende mål- og resultatindikatorer for sykehuset som spesielt viktig ved overgang til nettobudsjettering i 1999 og en eventuell økt grad av fristilling fra år 2000.

3 Vurdering av tilknytningsformer for statssykehusene

Under dette punktet vil vi starte med å drøfte noen hensyn/forhold (kriterier) som er av betydning for valg og utforming av tilknytningsform for statssykehusene. Deretter vil vi drøfte konkrete modeller for tilknytningen av de to sykehusene til de sentrale helsemyndigheter.

Statssykehusene er meget sammensatte organisasjoner. De driver høyspesialisert pasientbehandling og har ansvar for såvel landsfunksjoner og flerregionale funksjoner som regionfunksjoner. I tillegg til pasientbehandlingen har statssykehusene tunge og krevende oppgaver som universitetsklinikker (forskning og undervisning). Statssykehusene skal ligge i front når det gjelder forskning og spisskompetanse på sine spesialområder. Det følger av dette at statssykehusene på den ene siden skal svare på etterspørsel som genereres av pasientbehov, og på den andre siden ivareta oppgaver og bære fram mål og verdier som ikke framstår som direkte pasientetterspørsel.

Sentrale myndigheters virkemiddelbruk overfor statssykehusene - herunder valg, utforming og praktisering av tilknytningsform - må innrettes slik at den legger forholdene til rette for best mulig ivaretagelse av sykehusenes oppgaver og egenart.

Statssykehusene disponerer store menneskelige og materielle ressurser. Sykehusene må ha rammebetingelser som gjør det mulig å forvalte og utvikle disse ressursene på best mulig måte og arbeide effektivt og godt. Tilknytningsformen er med på å forme sykehusenes rammebetingelser og kan derfor være av betydning for sykehusenes muligheter til å utnytte ressursene effektivt.

Helsetjenester generelt og somatiske spesialisthelsetjenester spesielt hører hjemme blant velferdsstatens kjernetjenester. Sykehusenes virksomhet må derfor være underlagt politisk/demokratisk styring. Valg og utforming av tilknytningsform er av betydning for sentrale helsemyndigheters muligheter

til å kunne utøve styring overfor statssykehusene. Sentrale helsemyndigheter må kunne utøve den styringen som er nødvendig for å sikre at statssykehusene ivaretar nasjonale helse- og sykehuspolitiske målsettinger og prioriteringer.

Ut fra kriteriene og problembeskrivelsen ovenfor vil vi drøfte to modeller for organisering av statssykehusene; nåværende modell (nettobudsjettert tilskuddsinstitusjon) og statsforetak. Dersom nåværende modell utnyttes maksimalt med hensyn til fullmakter, vil den ligge nært opp mot forvaltningsbedrift. Vi har derfor funnet det lite hensiktsmessig å foreta en egen drøfting av forvaltningsbedrift som tilknytningsform for sykehusene.

Nettobudsjettert tilskuddsinstitusjon

Det ligger muligheter for betydelige fullmaktsutvidelser innenfor rammen av nåværende modell. Det gjelder i første rekke på personalområdet, men til dels også på kapitalområdet. På personalområdet kan det gjøres unntak fra tjenestemannsloven og det statlige avtaleverket. Sykehusstyret kan gis fullmakt til å ansette sykehusdirektøren, og sykehusledelsen kan gis fullmakt til å ansette ledere på nivået under sykehusdirektør. Det kan gjøres unntak fra kontantprinsippet som medfører at investeringer aktiveres i regnskapet. Samlet sett innebærer dette at sykehusledelsen ønsker om utvidede fullmakter kan innmøtekommes langt på vei innenfor rammen av nåværende modell.

Med nåværende modell vil statsrådets politiske og konstitusjonelle ansvar gjelde fullt ut. Det innebærer at politikerne i utgangspunktet vil ha mulighet til å kunne gripe inn i alle sider ved sykehusenes virksomhet. Dermed vil det politiske nivået om nødvendig kunne utgjøre et korrektiv til de løpende prioriteringene og beslutningene ved sykehusene.

På den annen side skaper dette en uforutsigbar situasjon for sykehusene, som løpende vil måtte ha en del av sin oppmerksomhet rettet mot overordnet myndighet på bekostning av brukerne. Den politiske «nervøsitet» kan når som helst slå inn i styringen av sykehusene. Slike løpende styringsinngrep fra det politiske nivået vil kunne undergrave og tilsløre de opptrukne ansvarslinjene og legge hindringer i veien for en helhetlig og effektiv oppgaveløsning ute ved sykehusene. Det er i styringsaksen og ikke på fullmaktssiden, vi finner modellens hovedsvakheter.

Ved kgl.res. kan det legges begrensninger på Kongens og departementets instruksjonsmyndighet overfor virksomheten. Disse begrensningene er mer av prosessuell enn materiell karakter.

Statsforetak

Begge sykehusledelsene er positive til å organisere sykehusene som statsforetak. De argumenterer med at en slik løsning vil gi sykehusene de fullmaktene de har behov for og samtidig legge grunnlaget for en mer formålstjenlig styring fra departementets side.

Slik vi ser det, kan valg av statsforetak som tilknytningsform for de to sykehusene gi interessante muligheter. Gjennom økt fristilling vil sykehusene få et bedre utgangspunkt for å ta innover seg hele bredden av helsepolitiske mål og hensyn. Samtidig vil økt fristilling kunne bidra til å styrke den formelle ledelsesautoriteten i sykehusene gjennom de økte fullmakter som sykehusene tilføres. Økt fristilling vil kunne føre til at sykehusene i større grad tar ansvar for å løse interne konflikter, herunder konflikter mellom fag og administrasjon,

mellom ulike fagprofesjoner osv. Det vil kunne ligge incentiver i å løse konfliktene ved at dette skaper grunnlag for bedre inntjening.

Fordelen med en slik løsning ligger imidlertid først og fremst i styringsaksen. Statsforetak gir klare ansvarslinjer og legger grunnlaget for en ryddig og mer overordnet styring fra eiers side. Ved å organisere statssykehusene som foretak vil en kunne skape den nødvendige grad av distanse til det politiske styringsnivået. Så lenge de statlige sykehusene er organisert som forvaltningssorganer, kan enkeltpersoner og grupper av interessenter utøve påvirkning gjennom henvendelser og innspill til politiske aktører. På denne måten kan den formelle styringsstrukturen undergraves.

Gjennom foretaksmøtet vil departementet kunne følge opp og eventuelt korrigere statssykehusenes tilpasninger i forhold til en vedtatt funksjonsfordeling og i forhold til helsepolitiske mål og prioriteringer. Gjennom den regionale helseplanleggingen vil departementet ha muligheter til å samordne tjenestetilbudet og investeringene på regionalt og nasjonalt nivå.

En rekke forutsetninger må imidlertid være oppfylt for at løsningen skal kunne fungere godt i praksis:

- Departementets styringsfunksjon må gjennomgås. Det må klargjøres hva departementet skal styre på, og hvordan styringen skal utøves. Behovet for styringskompetanse må også vurderes.
- Såvel basisbevilgning som styringsopplegg må innrettes slik at statssykehusene gis gode muligheter til å ivareta funksjoner og oppgaver som ikke er DRG basert, herunder funksjonen som universitetsklinikk (forsknings- og undervisningsoppgavene). I utformingen av styringsopplegget må det balanseres godt mellom de konkurransestimulerende virkemidlene og planstyringselementene.
- Priser og takster må gjennomgås slik at de gir riktige incentiver i forhold til helsepolitiske mål og prioriteringer.
- Det må vurderes og klargjøres hvilke begrensninger som skal legges på sykehusenes investeringer og muligheter til å ta opp lån. Begrensningene må utformes slik at sentrale helsemyndigheters behov for å styre den nasjonale sykehusstrukturen ivaretas.
- Sykehusenes styringskompetanse og styringssystemer må gjennomgås og eventuelt forbedres. Sykehusene må sørge for å bygge opp tilstrekkelig med kompetanse på kapitalområdet.
- Behovet for å harmonisere statssykehusenes og de fylkeskommunale sykehusenes rammebetingelser må vurderes. Sykehusene bør ha mest mulig ensartede rammebetingelser slik at de kan konkurrere om pasienter og arbeidskraft på mest mulig like vilkår.
- Tempoplanen for iverksetting av ny tilknytningsform må vurderes grundig. En rekke forhold av faglig, juridisk og økonomisk karakter må avklares før overgangen til statsforetak skjer. Behovet for en gjennomgang av sykehusene bemannings- og ressursituasjon må vurderes, slik at eventuelle skjevheter kan rettes opp før ny tilknytningsform iverksettes.