

Direktorat eller foretak?

En drøfting av tilknytningsformer for spesialist-
helseforvaltningen

Difi notat 2016:1

ISSN 1892-1728

Forord

Høsten 2015 oppnevnte regjeringen et utvalg som skal utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. Som leder for utvalget ble oppnevnt styreleder Stener Kvinnsland.

Utvalgets sekretariat ba senere Difi om å utarbeide et notat om organisering av spesialisthelseforvaltningen som et innspill til diskusjon i utvalget. Notatet skulle være en prinsipiell drøfting av mulige tilknytningsformer i henhold til utvalgets mandat. Det var ikke rom for å innhente erfaringer med nåværende organisering, og det skulle heller ikke gis noen anbefalinger om valg av løsning.

Difi påtok seg oppdraget og la fram et slikt prinsippnotat for diskusjon på et møte i Kvinnsland-utvalget i februar 2016.

Siden spørsmål om tilknytningsform for statlige virksomheter igjen synes å få aktualitet, har Difi vurdert det slik at notatet bør gjøres tilgjengelig for et større publikum. Det legges derfor ut på våre nettsider som en del av vår notatserie. Dette notatet er en lett justert versjon av det notatet som ble diskutert på møtet i Kvinnsland-utvalget.

Difi står ansvarlig for innholdet i notatet. Seksjonssjef Asgeir Fløtre har vært prosjektansvarlig, og arbeidet er utført av seniorrådgiverne Dag Solumsmoen (prosjektleder) og Trond Kråkenes.

Oslo, mars 2016



Ingelin Killengreen
direktør

Innhold

1	Innledning	3
1.1	Bakgrunn	3
1.2	Oppdragsbeskrivelse	3
1.2.1	Konsekvenser av alternativene	3
1.2.2	Kriterier for vurdering av alternativene	3
1.3	Opplegg for å vurdere alternativene	4
2	Om tilknytningsformer	5
2.1	Forvaltningsorganer	5
2.1.1	Ordinære forvaltningsorganer	5
2.1.2	Andre typer forvaltningsorgan	6
2.2	Statlig eide selskaper	6
2.3	Forskjeller mellom tilknytningsformene	7
2.4	Spørsmål ved vurdering av tilknytningsform	8
3	Kort om spesialisthelseforvaltningen	11
3.1	Sykehusreformen som bakgrunn	11
3.2	Oppgaveporteføljen på nivå 2	12
4	Alternativ A: Organisering uten et nivå 2	13
4.1	Konsekvenser for statsrådets ansvar	13
4.2	Konsekvenser for styringsstruktur og effektivitet	15
5	Alternative organiseringer av nivå 2	17
5.1	De to alternativene	17
5.2	Konsekvenser for statsrådets ansvar	18
5.3	Demokratisk legitimitet	20
5.4	Konsekvenser for styringsstruktur og effektivitet	20
5.4.1	Forholdet mellom departement og nivå 2	21
5.4.2	Forholdet mellom nivå 2 og de operative helseforetakene	22
5.4.3	Effektiv saksgang?	23
6	Er det behov for et regionnivå?	24

Vedlegg 1: Forvaltningsorgan som tilknytningsform

Vedlegg 2: Statlig eide selskaper og stiftelser

Vedlegg 3: Alternativ C med og uten styringsoppgaver regionalt

Vedlegg 4: Eksempel på selskapsorganisering: Avinor

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Høsten 2015 oppnevnte regjeringen et utvalg som skal utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. Utvalget ledes av styreleder Stener Kvinnsland, og utvalgets sekretariat ledes av spesialrådgiver Målfrid Bjærum.

Utvalget er i sitt mandat bl.a. bedt om å vurdere følgende alternativer for organisering av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten:

- A) Avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet
- B) Opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene
- C) Opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene
- D) Eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten

Det ligger utenfor utvalgets mandat å vurdere de operative helseforetakenes tilknytningsform. De skal fortsatt være organisert som helseforetak.

1.2 Oppdragsbeskrivelse

Utvalgets sekretariat har bedt om bistand til å utarbeide et prinsippnotat om organisering av spesialisthelseforvaltningen. Difi påtok seg oppdraget og utformet en oppdragsbeskrivelse i samråd med utvalgets sekretariat.

1.2.1 Konsekvenser av alternativene

Oppdragsbeskrivelsen angir at det for hvert av alternativene skal omtales:

- Konsekvenser for statsrådets konstitusjonelle og politiske ansvar
- Hvem har det rettslige ansvaret for å sørge for at det i et gitt geografisk område tilbys spesialisthelsetjenester
- Konsekvenser for styringsstruktur, herunder effektivitet i beslutningsprosesser og samsvar mellom myndighet og ansvar
- Eierskap til og forvaltning av bygg¹.

I den grad det er relevant vil det også være ønskelig å omtale eksisterende organisering av andre sektorer som det kan være interessant å sammenlikne med. Herunder kan det også være aktuelt å trekke inn utenlandske eksempler.

1.2.2 Kriterier for vurdering av alternativene

Ved vurderingen skal det ifølge mandatet legges vekt på hvordan alternativene slår ut på disse kriteriene:

¹ I forståelse med oppdragsgiver har vi ikke vurdert dette punktet.

-
- Effektiv ressursutnytting
 - Økonomistyring og kontroll
 - Samordning og ressursutnytting
 - mellom sykehus, f.eks. universitetssykehus vs andre sykehus
 - mellom institusjoner med ulikt eierskap,
 - med den kommunale helse- og omsorgstjenesten
 - berørtes innflytelse på tjenestetilbudet
 - demokratisk legitimitet.

Generelt gjelder at drøftingene vil være prinsipielle og ikke rettet mot å gi anbefalinger. Det vil derfor heller ikke bli innhentet data om erfaringer med den nåværende organiseringen for å få grunnlag for å gi anbefalinger.

1.3 Opplegg for å vurdere alternativene

De oppgitte alternativene bør omtales bl.a. med vekt på formelle rammer, ansvarsforhold mv. I kapittel 2 tar vi derfor utgangspunkt i begrepet tilknytningsform, som bl.a. betegner ulike rettslige rammer for organisering.

De oppgitte alternativene er utformet slik at det synes hensiktsmessig å vurdere alternativ A først og atskilt fra de andre. Dette er det mest ytterliggående alternativet, idet det innebærer at departementet styrer inntil 20 operative helseforetak direkte uten mellomledd. Av mandatet går det fram at det med dette alternativet skal være færre helseforetak enn i dag. Et hovedspørsmål i kapittel 4 vil derfor være hva som taler for og imot at tjenesteproduksjonen er så nær departementsnivå.

Både alternativ B og C er basert på at det skal være et nivå 2. Hovedspørsmålene i kapittel 5 vil være hva de to alternativene kan medføre av fordeler og ulemper.

For disse to alternativene kan det også vurderes om det vil være hensiktsmessig med et regionnivå, jf. kapittel 6.

2 Om tilknytningsformer

Begrepet *tilknytningsform* refererer til hvordan en statlig virksomhet er mer eller mindre tett knyttet til statsmyndighetene. Ved valg av tilknytningsform legges rammene for styrings-, ansvars- og kontrollrelasjonene mellom det politisk ansvarlige nivået og det utførende nivået.

Tilknytningsformer kan grupperes i tre hovedformer (Statskonsult 2001):

- forvaltningsorganer
- statseide selskaper²
- selveiende stiftelser.

2.1 Forvaltningsorganer

Typiske trekk ved statlige forvaltningsorganer:

- De er en del av staten som juridisk person og er direkte underlagt Kongens og vedkommende departements organiserings- og styringsmyndighet og alminnelige instruksjon.
- Alle sider ved den løpende driften kan instrueres.
- De er finansiert ved bevilgninger fra Stortinget.
- Riksrevisjonen kan kontrollere at bevilgningene disponeres i samsvar med gjeldende regler og Stortingets premisser for bevilgningen.
- Oppgaveutføring og saksbehandling omfattes av forvaltningsloven, offentlighetsloven og Sivilombudsmannens kompetanse.
- Ansatte omfattes av tjenestemannsloven, tjenestetvistloven og tariffavtaler som inngås mellom staten og hovedorganisasjonene.
- Gjennomgående regelverk for statens økonomiforvaltning, personalforvaltning og innkjøp gjelder.

Forvaltningsorganene kan deles inn i tre hovedgrupper:

- ordinære forvaltningsorganer,
- forvaltningsorganer med særskilte fullmakter, og
- forvaltningsbedrifter.

2.1.1 Ordinære forvaltningsorganer

Ordinære forvaltningsorganer er grunnformen for statlig virksomhet. Direktoratene og andre sentraladministrative institusjoner med hele landet som virkefelt er de mest typiske som ordinære forvaltningsorganer.

Denne grunnformen nyttes for en rekke forskjellige typer statlig engasjement:

- direkte statlig myndighetsutøvelse med krav til rettssikkerhet, bl.a. skatteetaten, tolletaten, Utlendingsdirektoratet,
- virksomhet som stiller særlige krav til samordning med andre statlige virksomheter, bl.a. Direktoratet for nødkommunikasjon,

² Selskaper der staten er deleier tas ikke opp her.

-
- fordelings- og tilskuddsadministrasjon, bl.a. NAV
 - kontroll- og tilsynsvirksomhet, bl.a. Konkurransetilsynet, Kredittilsynet
 - styring og finansiering av sentrale tjenesteytelser som av fordelingshensyn ikke overlates til markedet, bl.a. utdanningsadministrasjonen og helseforvaltningen
 - offentlig finansiert verdiforvaltning, bl.a. kultur- og forskningsinstitusjoner
 - produksjon av kollektive goder, bl.a. forsvaret, vegvesenet.

2.1.2 Andre typer forvaltningsorgan

For en omtale av andre typer forvaltningsorganer (forvaltningsbedrift og forvaltningsorgan med særskilte fullmakter), se vedlegg 1.

2.2 Statlig eide selskaper

Heleide statlige selskaper er organisert innenfor følgende hovedgrupper:

- statsaksjeselskaper
- statsforetak
- særlovsselskaper

Sentrale fellestrekk ved de ulike selskapsformene er:

- De er selvstendige rettssubjekter med egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi.
- Selskaper må normalt skaffe sine inntekter i markedet, men statlige bevilgninger i form av tilskudd eller kjøp av tjenester eller produkter forekommer.
- Utøvelse av eiermyndighet skjer gjennom generalforsamlingen, foretaksmøte eller annet eierorgan. Utenfor dette organet kan eieren ikke utøve myndighet. Det innebærer at det stilles klare formkrav til eierens styring av selskapet.
- Den statsråden som forvalter statens eierinteresser, er konstitusjonelt og parlamentarisk ansvarlig for at eierskapet forvaltes forsvarlig. Dette innebærer et overordnet tilsynsansvar. Derimot har statsråden ikke ansvar for styrets forvaltning av virksomheten og ledelsen av den løpende virksomheten.
- Riksrevisjonens myndighet er å føre kontroll med at vedkommende statsråd utøver sin eierfunksjon på en korrekt og betryggende måte, og å kontrollere at eventuelle bevilgninger brukes i samsvar med Stortingets forutsetninger.
- Forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelder i utgangspunktet ikke. Men utfører statselskapet myndighetsoppgaver, kommer lovene til anvendelse for den delen av virksomheten dette gjelder.

Som selvstendige rettssubjekter disponerer disse virksomhetene selv sine egne inntekter og har innenfor rammen av gjeldende lovgivning adgang til å ta opp lån for å finansiere virksomheten.

For en nærmere omtale av ulike typer statlig eide selskaper og stiftelser, se vedlegg 2. Her konsentrerer vi oss om helseforetaksformen.

Særskilt om helseforetak

Lov om helseforetak regulerer tilknytningsformene regionalt helseforetak og helseforetak. Sistnevnte er et datterforetak av det førstnevnte. Begge er eksempler på særlovsselskap, og særloven er basert på statsforetaksmodellen.

Styring og kontroll er imidlertid vektlagt sterkere enn ved den ordinære statsforetaksformen. Helseforetak er bevilgningsfinansiert og kan ikke gå konkurs. Staten er fullt ut ansvarlig for deres økonomiske forpliktelser. Helseforetakene kan styres relativt detaljert gjennom omfattende oppdragsdokument og krav i foretaksmøter, og i lovproposisjonen ble det lagt vekt på å omtale helseforetak som «offentlige virksomheter» (Ot.prp.nr. 66 (2000-01)). Videre er det fastsatt at helseforetak er omfattet av arkivloven, forvaltningsloven og offentlighetsloven.

Forskjellene fra statsforetak viser seg også på andre måter i loven, bl.a.:

- Kravet om at viktige saker skal forelegges departementet er mer omfattende
- Kravet om at salg av sykehusvirksomhet skal forelegges departementet og besluttes av Stortinget
- Forbudet mot lånopptak er mer omfattende. Det er regulert i vedtekter at lån bare kan tas opp i staten.
- Kravet om å utarbeide redegjørelse for oppfølging av sektorpolitiske krav til virksomheten
- Kravet om å informere departementet om årsplaner
- Krav om brukermedvirkning i form av brukerutvalg.

2.3 Forskjeller mellom tilknytningsformene

Følgende kjennetegn kan brukes til å skille tilknytningsformene fra hverandre:

- *Rettslig status*: Et hovedskille går mellom tilknytningsformer som plasserer en virksomhet innenfor staten som juridisk person (forvaltningsorgan), og de formene som gjør virksomhetene til egne rettssubjekter utenfor staten (stiftelse og selskap).
- *Statsrådets ansvar*: Statsråden er ansvarlig for alle disposisjoner i forvaltningsorganer³, mens statsrådets ansvar for statseide selskaper og statsforetak er knyttet til vedtak på generalforsamling/foretaksmøte og generelle retningslinjer i vedtekter mm. For stiftelser med statlig tilknytning er ansvaret knyttet til godkjenning av vedtekter og ev. bevilgninger.
- *Ansvaret for finansiering, organisering og strategisk styring*: For forvaltningsorganer er dette ansvaret plassert hos statsråden/departementet. For selskap og stiftelser er det plassert i styret for disse virksomhetene.
- *Løpende drift*: For forvaltningsorganer har statsråden/departementet adgang til å gripe inn i løpende drift til enhver tid for å ivareta styringsbehov. For selskap må ev. inngrep skje ved *generalforsamling/foretaksmøte*.

³ Det kan ved lov eller forskrift gjøres unntak fra dette. I så fall har statsråden ikke instruksjonsmyndighet og er heller ikke ansvarlig overfor Stortinget for lovforståelse, f.eks. ved enkeltvedtak i UDI, eventuelt ikke ansvarlig for verken lovforståelse eller skjønnsutøvelse, f.eks. ved enkeltvedtak i UNE (se også vedlegg 1 og Difi 2012).

-
- *Personalets status:* I forvaltningsorganer er de ansatte statlige tjenestemenn og omfattet av tjenestemannsloven og det statlige tariffområdet. Ansatte i selskaper, foretak og stiftelser omfattes av arbeidsmiljøloven og særskilte tariffområder.

De tre hovedformene representerer ulike blandingsforhold mellom overordnet styring og handlefrihet for virksomhetene. Men valg av tilknytningsform fastlegger ikke disse forholdene entydig. Også utformingen av formelle rammevilkår *innenfor* den valgte formen varierer. Det gjelder bl.a. tildeling av enkeltfullmakter, regulering av styring og kontroll gjennom instruksjer, vedtekter osv.

For å forstå den faktiske handlefriheten for virksomhetene vil dessuten *praktiseringen* av styringsteknikker og kommunikasjonsformer mellom overordnet nivå og virksomhet være av stor betydning.

2.4 Spørsmål ved vurdering av tilknytningsform

Vi legger til grunn at visse typer kjennetegn ved en sektor eller virksomhet har betydning for hvordan forvaltningen bør styres og organiseres. Flere kjennetegn kan være relevante å vurdere:

Virksomhetens art

Et hovedspørsmål gjelder virksomhetens art: Dreier det seg primært om myndighetsutøvelse, er hovedregelen at virksomheten bør organiseres som forvaltningsorgan. Bare på den måten kan det sikres løpende styring og kontroll med at offentlig myndighet utøves forsvarlig og under politisk ansvar.

Den andre hovedregelen er at virksomhet som primært er av forretningsmessig karakter og drives i konkurranse med andre aktører, bør organiseres som selskap. Er virksomheten samtidig pålagt særskilte samfunnsoppgaver eller å ta visse samfunnsmessige hensyn, f.eks. regulert gjennom sektorlovgivning, vil det måtte gjøres en mer konkret vurdering av om forvaltningsorganisering likevel kan være egnet. Det samme gjelder dersom deler av virksomheten er avhengig av bevilgninger over statsbudsjettet, men i så fall kan de deler av virksomheten som genererer egne inntekter, bli vurdert skilt ut og etablert som eget selskap.

Er tjenestene brukerfinansiert?

I hvilken grad kostnadene ved utforming og produksjon av tjenestene dekkes av brukeren eller av det offentlige påvirker valg av tilknytningsform. Vi kan sammenlikne ulike sektorer: På den ene siden elektrisitetsforsyning, telekommunikasjon, lufthavntjenester hvor det offentlige tar et ansvar for at tjenestene er tilgjengelige over hele landet til en viss kvalitet og til en viss pris, men hvor kostnadene dekkes av brukerne. På den andre siden utdanning og helsetjenester hvor det offentlige mer eller mindre dekker kostnadene fullt ut. Generelt vil selskapsorganisering – og dermed mindre styringsmulighet - være minst kontroversielt når kostnadene dekkes ved brukerbetaling.

Politisk kontroversielle saksfelt?

Spørsmålet om hva som er en hensiktsmessig tilknytningsform vil variere etter hvor politisk kontroversielt saksfeltet er. Særlig kan dette gjelde der det er vanskelig å avgjøre på forhånd hva som er politiske og administrative saker. Stor politisk oppmerksomhet tilsier offentlig innsyn og åpenhet, noe som normalt er lettere å oppnå med forvaltningsorganisering fordi forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelder. Ved foretaksorganisering kan imidlertid grad av åpenhet reguleres i særlov, og som nevnt er de to lovene gjort gjeldende for helseforetak. Dessuten er styremøtene i helseforetakene som hovedregel åpne.

Når det gjelder politisk styring av kontroversielle saker, må det skilles mellom styring av enkeltsaker og styring av rammene for behandling av enkeltsaker. I saker hvor hensyn til forutsigbarhet og likebehandling er viktigst, kan man avskjære statsrådets instruksjonsmyndighet for å unngå utøvelse av politisk skjønn i enkeltsaker. Dette kan også være til fordel for statsråden som dermed unngår å stå til formelt ansvar for avgjørelser som berører enkeltmennesker sterkt, f.eks. i utlendingsforvaltningen. Den politiske styringen vil da primært ligge i å fastsette kriteriene som enkeltsakene skal vurderes etter.

Dette hensynet til å begrense statsrådets ansvar betyr imidlertid ikke at slike kontroversielle saksfelt bør foretaksorganiseres. Ved å legge feltet til et forvaltningsorgan kan statsråden, selv med avskåret instruksjonsmyndighet i enkeltsaker, likevel styre gjennom lov- og forskriftsendringer som gjelder beslutningskriteriene.

Behov for faglig autonomi?

For en virksomhet basert på faglig spisskompetanse vil det være stort behov for tillitsbasert styring og frihet til å løse oppgavene på faglig operativt nivå. Hvis det samtidig er et stort konfliktpotensial, blir det krevende å balansere mellom behovet for politisk styring og forankring på den ene siden og behovet for faglig autonomi på den andre siden. Et eksempel er når det gjelder å gi tilgang til bestemte typer behandlinger. Her vil faglighet, profesjonsetikk og transparens være viktig for å sikre gode avgjørelser. Det kan tilsi en foretaksorganisering.

Annerledes vil det være når det er spørsmål om prioritering mellom ulike fagområder, lokalisering av sykehus m.m. I slike kontroversielle saker vil det ikke være mulig å overlate beslutninger til fagekspertene. Slike saker dreier seg om omfordeling av knappe goder, og/eller når godene ikke er delelige. Da vil organisasjonen være særlig utsatt for kritikk. Det taler for at avgjørelser tas på politisk nivå og dermed for en forvaltningsorganisering av virksomheten.

Kan aktiviteter og resultater standardiseres?

I hvilken grad kan aktivitetene og resultatene observeres og måles? Rapportering av ustandardiserte aktiviteter tar lengre tid og forutsetter en tilnærming med vekt på dialog og et mer kvalitativt format. Når aktiviteter er vanskelig å observere, og når resultater er vanskelig å måle, blir det mer krevende å styre gjennom kontrakter. Det blir vanskeligere å plassere ansvar, og balansen mellom tillit og kontroll må vektas mer over mot tillit basert på bl.a.

yrkesetikk og profesjonelle standarder. Dette taler for en forvaltningsorganisering av virksomheten.

Vesentlighet og risiko

Normalt vil det være behov for tettere politisk styring og kontroll med organisasjoner som legger beslag på store finansielle ressurser og som ikke har egen inntektsgivende virksomhet.

Tilsvarende kan gjelde dersom det potensielt kan oppstå store negative konsekvenser av virksomheten. Men i så fall kan det også være særlig behov for rask reaksjonsevne og krisehåndtering, noe som taler for en tilknytningsform som gir større handlingsrom.

Historie og kultur

Organisasjonens historie og kultur er viktige bakgrunnsfaktorer. Det kan være rent historiske årsaker til den gjeldende tilknytningsformen. Etablerte normer og verdier om hvordan ting bør være og bør gjøres, vil typisk begrense handlingsrommet for reformer og endringer.

3 Kort om spesialisthelseforvaltningen

3.1 Sykehusreformen som bakgrunn

Spesialisthelseforvaltningen er formet etter sykehusreformen av 2002. Reformen var en sentralisering ved at staten overtok ansvaret for sykehusene fra fylkeskommunene, men den innebar også en desentralisering og fristilling: For det første ble det etablert regionale helseforetak som skulle styre sykehusene på vegne av departementet, og for det andre fikk sykehusene større handlefrihet ved å organiseres som helseforetak (jf. kap 2 om hvilke rammer dette gir).

En slik foretaksorganisering på to nivåer innenfor statlig sektor var ment å legge til rette for både en bedre politisk styring på den ene side og en mer effektiv sykehusdrift på den annen side. Et regionalt nivå med et «sørge for-ansvar» var en sentral del av reformen. Etter statsforetaksloven var det imidlertid bare mulig å organisere datterforetak som aksjeselskap, og dette var ikke ønskelig. En egen lov om helseforetak (se kap. 2) var nødvendig for å kunne organisere denne forvaltningen i to nivåer.

Reformen innebar at departementet skulle ha flere styringsroller overfor de regionale helseforetakene:

- Eierstyring gjennom utforming av vedtekter, utnevning av styremedlemmer og gjennom foretaksmøte.
- Overordnet bestillerrolle, ved at midler stilles til disposisjon med tilhørende krav i et oppdragsdokument. Økonomiske rammer fastsettes av Stortinget.
- Myndighetsrolle ved å formidle lov- og forskriftskrav og føre tilsyn med at disse etterleves. I praksis er denne rollen for det meste delegert til Helsedirektoratet og Helsetilsynet.

Blant annet av hensyn til kommersielle aktører var det også lagt til grunn at disse rollene skulle holdes fra hverandre bl.a. for at staten i sin myndighetsrolle og i sin bestillerrolle ikke skal favorisere statseide aktører.

De regionale helseforetakene er tillagt et såkalt «sørge for-ansvar», dvs. de skal sørge for at det tilbys spesialisthelsetjeneste innenfor sine respektive regioner, enten gjennom egne eide helseforetak eller ved kjøp av tjenester fra private aktører. Helseforetakene på sin side har ansvar for at det tilbudet de gir, oppfyller krav til forsvarlighet og pasientrettigheter.

De regionale helseforetakene skal styre lokalisering, dimensjonering og funksjonsfordeling mellom de operative helseforetakene. Det er i siste instans staten som har ansvaret for å sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle disse pliktene. I loven heter det at «*Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste.*» (§ 2-1).

3.2 Oppgaveporteføljen på nivå 2

Siden nivå 2 står så sentralt i vårt oppdrag, må vi gå nærmere inn på hva dette nivået har av rolle og oppgaver. De regionale helseforetakenes oppgaver er tidligere kategorisert slik (BDO 2012, jf. også HOD 2010):

Sørge for tilbud av nødvendige spesialisthelsetjenester

Dette omfatter bl.a.

- Organisering og styring,
 - o Planlegge for tilstrekkelig og forsvarlig helsetjeneste, herunder oversikt over behov og tilbud, fordele oppgaver og prioritere investeringer mv.
 - o Risiko- og sårbarhetsanalyser
 - o Gjennomføring og evaluering av planene, ev. korrigerende tiltak
- Kjøp av helsetjenester, organisering av pasientreiser
- Samarbeid med regionale og lokale myndigheter, f.eks. om samhandlingsreformen.

Forvalte eierskap til de operative helseforetakene

Dette omfatter bl.a.

- Sette mål og fordele driftsbudsjett
- Oppfølging av mål og nøkkeltall.

Fungere som bindeledd mellom nasjonalt og lokalt nivå

Dette omfatter bl.a.

- Følge opp at foretakene overholder myndighetskrav med hensyn til dokumentasjon, internkontroll mv
- Delta i nasjonale prosjekter for utvikling og bedre drift
- Innhente fakta til støtte for departementets sekretariatsrolle
- Fungere som «buffer» for statsråden med hensyn til å avveie behov og interesser og å prioritere ressursbruk innenfor rammer satt av departementet.

Tilrettelegge for synergi og effektivisering for de operative helseforetakene

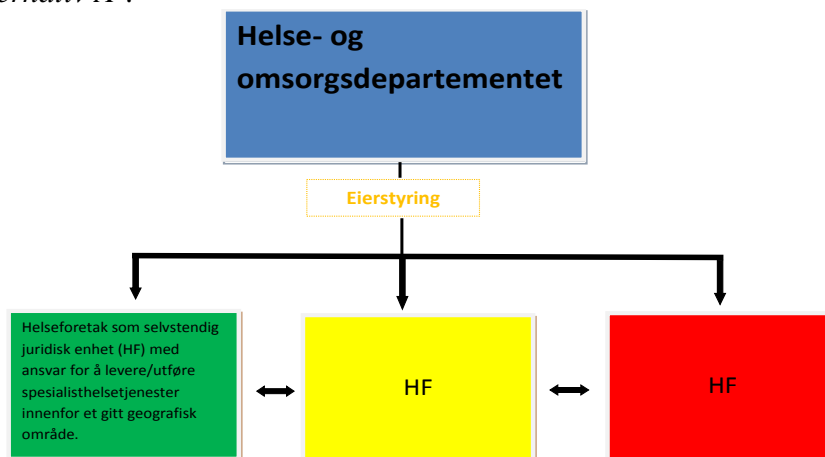
Dette omfatter bl.a. å drifte administrative støttefunksjoner for de operative helseforetakene.

De regionale helseforetakene eier i fellesskap en rekke selskaper som ivaretar slike støttefunksjoner som innkjøp, sykehusbygg, IKT, luftambulanseløsninger og pasientreiser. I tillegg eier hvert av de regionale helseforetakene et helseforetak for sykehusapotekene i sine respektive regioner, og andre foretak for støttefunksjoner.

4 Alternativ A: Organisering uten et nivå 2

Alternativ A innebærer at departementet (nivå 1) styrer inntil 20 operative helseforetak, direkte uten mellomledd. Til forskjell fra alternativ B og C utelates altså et nasjonalt nivå 2. Samtidig forutsettes det at antallet helseforetak skal reduseres, uten at antallet presiseres eller når det skal skje.

Alternativ A⁴:



Det mest iøynefallende med alternativ A er at departementet selv vil måtte løse en rekke oppgaver som i dag er lagt til de regionale helseforetakene. Denne merbelastningen vil imidlertid avhenge av hvor stor reduksjonen i antall helseforetak vil bli. Dessuten trenger ikke departementet overta eierskap til de helseforetakene som ivaretar støttefunksjoner og som i dag eies av de regionale helseforetakene. Disse kan eies av de operative helseforetakene, enten i fellesskap eller fordelt på hver enkelt.

4.1 Konsekvenser for statsrådets ansvar

Når departementet overtar oppgaver fra et foretak, får det konsekvenser for statsrådets ansvar. Statsråden har full instruksjonsmyndighet overfor de oppgaver som løses i departementet og et tilsvarende ansvar overfor Stortinget for dette. Derimot vil foretaksorganiseringen av de underliggende virksomhetene fortsatt innebære en formell begrensning av ansvaret for de operative oppgavene.

Demokratisk legitimitet

Det kan hevdes at å flytte oppgaver fra et foretak til departementet styrker den demokratiske legitimiteten ved at det blir kortere avstand mellom en politisk ansvarlig statsråd og en offentlig tjeneste. Det politiske ansvaret vil være klart og tydelig, og muligheten til å styre de operative enhetene direkte fra departementet vil være sterkere enn ved de andre modellene.

⁴ Hver farge betegner en særskilt juridisk enhet.

Med et større ansvar overfor Stortinget kan alternativ A potensielt være det foretrukne alternativet vurdert ut fra hensynet til demokratisk legitimitet alene.

Brukerinnflytelse

Hvis vi derimot gjør demokratisk legitimitet avhengig av at brukerne har stor innflytelse på tjenestetilbudet, kan vurderingene bli annerledes. I en tidligere evaluering ble helseforetaksmodellen vurdert å fungere tilfredsstillende som ramme for økt brukerinnflytelse og brukervedvirkning. Både regionale og operative helseforetak vurderes å være i stand til å trekke inn og kanalisere relevante synspunkter og behov fra pasienter og innbyggere (Agenda/-Muusmann 2005, s. 220 og 239). Konkret kan det vises til at de har etablerte systemer med brukerutvalg og brukerråd.

Dessuten spiller det også inn at styremøter i regionale helseforetak er åpne for offentligheten og at ansattes organisasjoner er representert i styrene. Dette bidrar til en brukerinnflytelse som alternativ A ikke kan oppvise. Man kan riktig nok tenke seg at alternativ A omfatter et rådsorgan med brukerrepresentanter som skal gi statsråden råd, men dette vil neppe ha tilsvarende tyngde.

Forskjellen mellom formelt og politisk ansvar

Når det gjelder ansvar, kan det innvendes at forskjellen mellom å ha et nivå 2 og å ikke ha det, neppe vil være så stor som den formelle forskjellen i tilknytningsform tilsier. Foretaksorganisering skal riktig nok sikre et mer begrenset ansvar for statsråden og et tilsvarende større ansvar lagt til de regionale helseforetakene. Men i praksis har statsråden i stor grad blitt stilt til politisk ansvar i Stortinget (og kritisert i mediene) for konkrete feil og mangler i spesialisthelsetjenesten selv om foretaksorganiseringen skulle tilsi at kritikken rettes mot foretaket.

Likevel er det grunn til å fastholde at en slik endring i tilknytningsform får konsekvenser for statsråden: Et nivå 2 utgjør en «buffer» for statsråden, ikke bare faglig og administrativt ved å avveie behov og interesser og ved å prioritere ressursbruk, men også politisk ved at statsråden kan henvise kritikk mot den operative sykehusdriften til dette nivået i første omgang. Det kan gi departementet tid til å forberede statsrådets håndtering av kritikken. Uten et nivå 2 kan det ikke lenger vises til en slik «førsteinstant». Det vil legge feltet mer åpent for politisering, og presset på statsråden vil øke.

Rettslig ansvar for at det tilbys tjenester i et gitt geografisk område

Med alternativ A vil utgangspunktet være at «sørge for-ansvaret» overføres fra de regionale helseforetakene til departementet. Hvis man alternativt tenker seg å overføre hele «sørge for-ansvaret» til de operative helseforetakene, vil det i så fall forutsette en selvstendigjøring av disse foretakene som ville vanskeliggjøre videreføring av den funksjonsfordeling og samordnet ressursutnyttning som de regionale helseforetakene har initiert.

På den annen side skal man ikke utelukke en delt løsning: Det er ikke nødvendigvis slik at alle oppgavene som «sørge for-ansvaret» er basert på, må

overføres til departementet. Ansvar vil da følge oppgavene, for eksempel at ansvar for planlegging blir lagt på departementsnivå, mens ansvar for gjennomføring legges til de operative helseforetakene. En motforestilling kan imidlertid være at departementet med dette vil få ekstra samordningsbehov.

4.2 Konsekvenser for styringsstruktur og effektivitet

Ved organisering av forvaltningen bør man generelt søke å legge beslutningsfullmakter på laveste effektive nivå. Hensikten er å frigjøre ledelseskapasitet og å unngå tidkrevende beslutningsprosesser i forbindelse med gjennomføring av politikken.

Dette allmenne prinsippet har i forvaltningspolitikken lenge hatt en mer presis utforming for departementsnivået: Det er nødvendig å avlaste departementene for enkeltsaker og andre forvaltningsoppgaver av mer rutinemessig eller faglig-teknisk karakter. Formålet har vært å gjøre departementene til effektive faglige sekretariater for statsrådene. Departementene har orientert seg mer mot å bistå statsråden med politikktutforming, etter hvert også med politikkformidling. Samtidig er det blitt mindre kapasitet til gjennomføring, men et unntak fra dette er styring av underliggende virksomheter (etatsstyring), som er profesjonalisert i senere år.

Hvis vi går ut fra at alternativ A vil innebære at hovedtyngden av de regionale helseforetakenes oppgaver (jf. pkt. 3.2) legges til departementet, vil dette få negative konsekvenser for rollen som sekretariat for statsråden. Ifølge Prop. 1 S (2015-2016) er det 375 ansatte i de regionale helseforetakene. En samling av disse oppgavene vil kunne gi en rasjonaliseringsgevinst, men departementet vil uansett måtte foreta en sterk oppbemanning for å ta de nye oppgavene. Det er likevel neppe realistisk å tenke seg at dette ikke vil gå på bekostning av kapasiteten for sekretariatsrollen.

Andre konsekvenser av alternativ A:

- Styrings- og samordningsoppgavene vil bli langt mer omfattende fordi:
 - o Kontrollspennet vil utvides fra fire regionale helseforetak til å ha oppfølging av opptil 20 operative helseforetak, eventuelt også de helseforetakene som er opprettet for støttefunksjoner
 - o Departementets eierstyring og oppdragsstyring vil måtte bli langt mer finfordelt og detaljorientert for å kompensere for bortfallet av de regionale helseforetakene
 - o Departementet vil måtte ta en langt sterkere og mer detaljert nasjonal samordningsrolle med tanke på å sørge for likt tjenestetilbud og rasjonell ressursutnyttning
- Departementet vil måtte ta oppgaver av teknisk og praktisk art som er lite egnet for departementsnivået, f.eks. økonomistyring/kontroll/oppfølging av foretakene
- Departementet vil måtte foreta en betydelig omorganisering for å finne en hensiktsmessig plassering av de nye oppgavene.

På den annen side vil en samlet vurdering av alternativ A avhenge av i hvilken grad departementet kan avlastes ved at faglige og operative oppgaver som nå utføres av de regionale helseforetakene, kan overføres til andre. Kan man overføre en del oppgaver til helseforetak på nivå 3, bl.a. at de tar over eierskapet til de helseforetakene som er opprettet for ulike støttefunksjoner? Kan man videre slå sammen helseforetak på nivå 3 i så stor grad at de blir så store at de får et regionalt nedslagsfelt? I så fall kan det være aktuelt at de får overført bl.a. oppgaver som er knyttet til å være bindeledd mellom nasjonalt og lokalt nivå, jf. pkt. 3.2.

I tillegg bør det avklares i hvilken grad Helsedirektoratet kan avlaste departementet. Vi sikter da til faglige oppgaver som ikke er direkte knyttet til styringen av helseforetakene, men som kan være til hjelp for den løpende styringen som departementet vil ha ansvar for. Det kan f.eks. gjelde analyse/statistikkoppgaver, fagutvikling mv.

Selv om altså alternativ A innebærer problemer for departementsnivået med hensyn til kapasitet og kompetanse, kan en på denne måten flytte oppgaver andre steder i systemet for å redusere disse problemene.

Hvis vi i tillegg til dette også tar med en forutsetning om et regionalt apparat, jf. kap. 6, framstår alternativ A kanskje som noe mer realistisk. Det vil imidlertid fortsatt gjenstå tunge oppgaver som vil måtte overføres til departementet, både som eierstyrer av helseforetakene og knyttet til «sørge for-ansvaret», bl.a. kan nivå 3 vanskelig overta ansvaret for å vurdere behov for kjøp av helsetjenester av eksterne aktører fordi det lett ville oppstå interessekonflikt.

Eksisterende paralleller?

Det er vanskelig å finne eksisterende paralleller til alternativ A i nåværende forvaltningsorganisering. Det er vanlig at departementer styrer foretak, men ikke at et departement styrer et omfattende sett av regionale/lokale foretak. En slags parallell er forholdet mellom KD og universitets- og høyskolesektoren, der KD har etatsstyringen av hvert enkelt universitet og høyskole. Her er riktig nok de lokale/regionale enhetene forvaltningsorganer og ikke foretak, men vurderingen av mange av de relevante hensynene kan likevel slå ut på samme måte.

Universitets- og høyskolesektoren har ikke et nivå 2 som «buffer» mellom departementet og sektoren. Forvaltningsoppgaver er fordelt mellom UH-avdelingen i KD og universitetene og høyskolene selv, mens enkelte sakstyper er lagt til andre underliggende organer, bl.a. NOKUT. I en ny rapport lagt fram for KD konkluderes det med at sektoren er krevende å styre og lite effektiv. Det tilrås å slå sammen en del virksomheter i ytre etat for å skape et sentralt forvaltningsorgan for sektoren, altså et nivå 2-organ (Gjedrem og Fagernæs 2016).

5 Alternative organiseringer av nivå 2

I forrige kapittel tok vi fram argumenter for og imot å velge alternativ A. Vi trakk ingen konklusjon, men det kan tilføyes at det i en tidligere evaluering ble advart mot å klare seg uten et nivå 2: «Konklusjonen og anbefalingen her er at dette ikke bare vil være uhensiktsmessig, men at de regionale helseforetakene i stedet bør tillegges ytterligere oppgaver og ansvar» (Agenda og Muusmann 2005, s. 10).

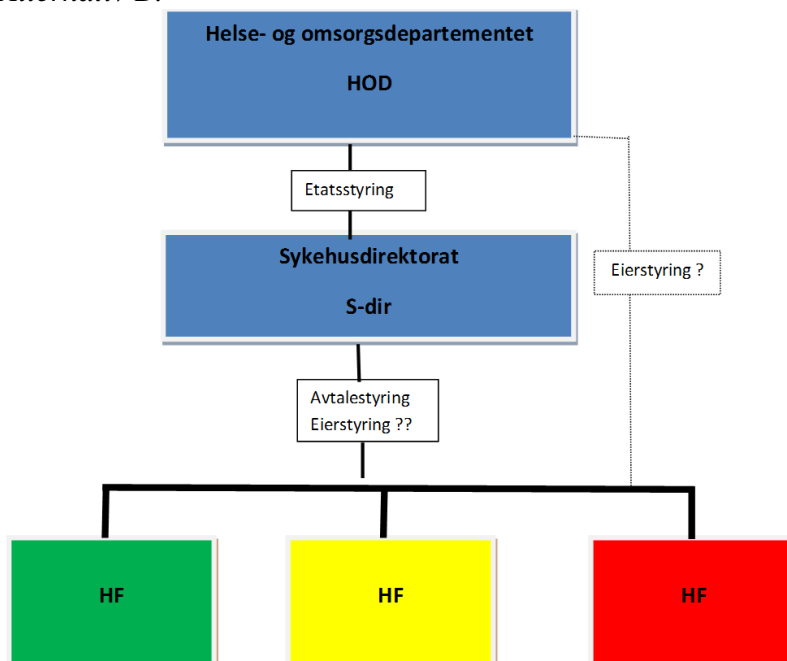
I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i to modeller som begge har et nivå 2 til å ta seg av den oppgaveporteføljen som er vist i kap 3.2. Selv om enkelte av de oppgavene kan legges til andre, går vi ut fra at hovedtyngden vil gjenstå, og spørsmålet blir da om organisering av nivå 2 som direktorat (alternativ B) eller som nasjonalt helseforetak (alternativ C) er best egnet.

5.1 De to alternativene

Alternativ B

I alternativ B blir nivå 2 organisert som et *direktorat* som overtar oppgavene fra de regionale helseforetakene. Dette endrer relasjonen til departementsnivået (nivå 1). Departementet vil da gå over fra å eierstyre til å etatsstyre nivå 2 med de økte styringsmulighetene det gir. Dessuten vil departementet ha en entydig styringsrelasjon til en direktør og trenger ikke gå veien om et styre, slik tilfellet vil være med et nasjonalt helseforetak som nivå 2.

Alternativ B:



Alternativ B endrer også relasjonen mellom nivå 2 og de operative helseforetakene på nivå 3. Fra å være styrt av de regionale helseforetakene blir

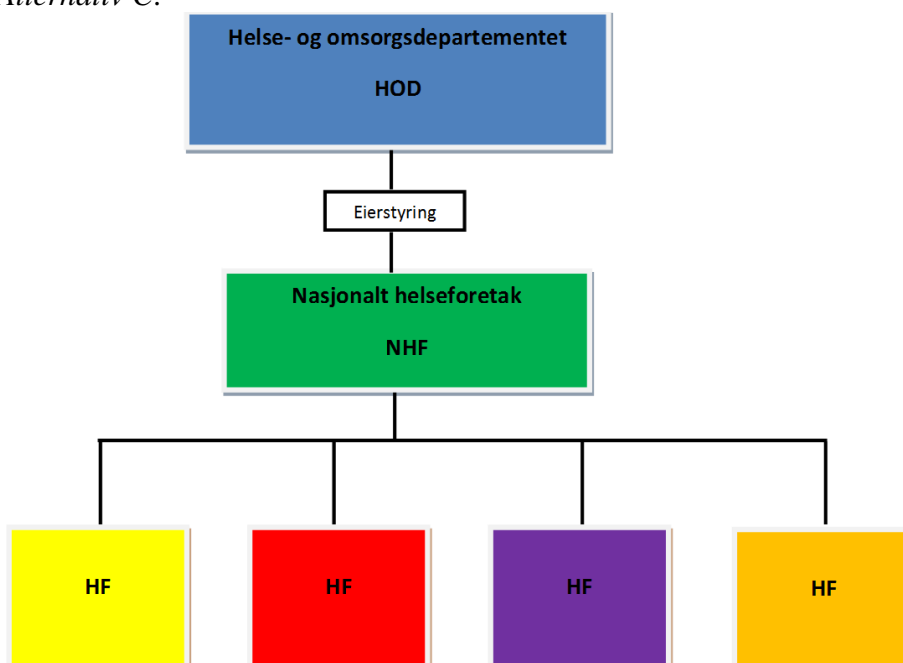
nivå 3 styrt av et direktorat. Skal det også omfatte eierstyring? Dette kommer vi tilbake til i pkt. 5.3.

Alternativ B kan for øvrig utformes med eller uten regionkontorer (se kap. 6), f.eks. geografisk inndelt etter dagens mønster. Forskjellen til dagens ordning blir uansett at styringsrelasjonen får en klarere nasjonal dimensjon.

Alternativ C

I alternativ C blir nivå 2 organisert som et *nasjonalt helseforetak* som overtar oppgavene fra de nåværende regionale helseforetakene.

Alternativ C:



Forskjellen fra i dag blir mindre enn ved alternativ B fordi man beholder konstruksjonen med foretaksorganisering på to nivåer, der foretaket på nivå 2 eier foretakene på nivå 3. Likheten med dagens ordning kan også gjøres enda større ved at et nasjonalt helseforetak organiseres med regionale enheter. Forskjellen vil da ligge i at slike regionale enheter vil være en del av det nasjonale helseforetaket, altså en og samme juridiske person (se kap. 6).

Vi skal se nærmere på konsekvensene av disse to alternativene, eventuelt også vurdert opp mot dagens situasjon. Hva kan organisering som henholdsvis direktorat og nasjonalt helseforetak ha som fortrinn, og hva er mulige ulemper?

5.2 Konsekvenser for statsrådets ansvar

Med et direktorat som nivå 2 vil statsrådets styringsmuligheter være større enn med et nasjonalt helseforetak. Et direktorat kan i prinsippet instrueres og overprøves i alle sammenhenger, mens et helseforetak bare kan styres gjennom foretaksmøte og oppdragsbrev og mer indirekte ved oppnevning av styremedlemmer. På den annen side vil også Stortingets mulighet for å trekke statsråden til ansvar øke tilsvarende med en direktoratsorganisering, og det

gjelder uansett om statsråden faktisk har utnyttet sine styringsmuligheter eller ikke.

Forskjellen mellom de to alternativene blir imidlertid mindre dersom vi går fra det formelle til det mer uformelle bildet. Slik vi oppfatter erfaringene med nivå 2 organisert som regionale helseforetak, blir statsråden i praksis stilt til politisk ansvar i større grad enn tilknytningsformen skulle tilsi. Dette henger sammen med hvordan mediene trekker fram uheldige enkeltsaker og etterspør statsrådets respons, ev. etter at også Stortinget har tatt opp saken. I den grad statsråden fristes eller presses til å gripe inn i slike sammenhenger, legges samtidig begrensninger på de regionale helseforetakenes handlefrihet. Slike tendenser vil etter alt å dømme også gjelde dersom de regionale helseforetakene samles i et nasjonalt helseforetak: Statsrådets ansvar vil i praksis være større enn styringsmulighetene.

Myndighetsoppgaver

Det er gjeldende forvaltningspolitikk at «*utøving av avgjerdsrett ... bør organiserast som ein del av staten*» (St. meld. nr 19, 2008-09, s. 74). Hvis nivå 2 skal ha myndighetsoppgaver, er dette et moment som taler for organisering som et direktorat. Tanken er at statsråden bør ha et klart ansvar for myndighetsutøvelse og en tilsvarende klar styrings- og kontrollmulighet overfor slik utøvelse.

I dagens ordning er de regionale helseforetakene knapt tillagt myndighetsoppgaver av betydning⁵. Vi kjenner ikke til at det er behov for å endre dette, men ser ikke bort fra at det kan vurderes som hensiktsmessig å overføre myndighetsoppgaver til nivå 2 fra departementet eller fra sideordnede organer.

Ansvar for at det tilbys tjenester i et gitt geografisk område

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven §2-1 har staten det overordnede ansvaret for å gi nødvendig spesialisthelsetjeneste. Mer konkret heter det i loven at regionale helseforetak har ansvar for å sørge for at befolkningen i regionen tilbys slike tjenester. Staten som sådan har da et ansvar for å sette disse foretakene i stand til å oppfylle dette lovpålagte ansvaret.

En overgang til et nasjonalt helseforetak (alternativ C) vil føre til at det rettslige ansvaret vil måtte overføres dit, og ansvaret vil ikke lenger ha en regional forankring.

Med overgang til direktorat (alternativ B) er det staten som overtar «sørge for ansvaret». Selv om man fikk en lovfesting av at direktoratet skal ivareta dette ansvaret, ville det være staten som juridisk person som sitter med det rettslige ansvaret. Det er riktig nok mange eksempler på at direktorater får avgjørelsesmyndighet tillagt i lov, men et rettslig ansvar for å ivareta

⁵ Det er departementet, altså ikke de regionale helseforetakene, som er klageinstans for helseforetakenes enkeltvedtak. For øvrig er vedtak som treffes etter pasient- og brukerrettighetsloven om rett til helsehjelp, ikke omfattet av forvaltningsloven.

brukerrettigheter vil måtte falle på staten som juridisk person. I praksis vil det si at departementet får ansvaret.

5.3 Demokratisk legitimitet

Forvaltningen skal tjene som et redskap for å utøve demokratisk politisk styring slik dette kommer til uttrykk gjennom Stortinget. Helsestatsråden står ansvarlig overfor Stortinget og må ha en forvaltning som lojalt forbereder og iverksetter vedtatt nasjonal politikk for spesialisthelsetjenesten. Siden det er et kontroversielt politikkområde med til dels stort politisk engasjement, tilsier dette som hovedregel en ubrutt kommandokjede fra statsråden og nedover for å sikre en sammenheng mellom ansvar og myndighet.

På dette punktet kommer alternativ B bedre ut enn C fordi et direktorat er underlagt statsrådets løpende instruksjonsmyndighet, mens et foretak bare kan instrueres gjennom et foretaksmøte. Et foretak har dessuten et styre som også kan bidra til å svekke styringslinjen mellom statsråd og direktør for foretaket. Her kan det vises til følgende vurdering av foretaksorganiseringen: «*Formelle og faktiske ansvarsforhold samt de reelle styringslinjene framstår som uklare og lite transparente. Det er min vurdering at det hadde vært bedre å velge en organisasjonsform som hadde tydeliggjort det politiske ansvaret for styring og resultater*» (Tormod Hermansen 2015).

På den annen side vil alternativ C ha den fordel at et styre bringer inn flere typer relevant kompetanse i styringen av nivå 2 (og dermed også i styringen av nivå 3). Det vil gi en helt annen støtte for direktøren enn det departementets etatsstyring innebærer.

Berørtes innflytelse på tjenestetilbudet

Innbyggerne skal også kunne påvirke det offentlige utenom rollen som velger. Forvaltningen må derfor legge til rette for innsyn og deltakelse, særlig for dem som er mest berørt av den aktuelle tjenesten eller myndighetsutøvelsen. Høringsrunder, deltakelse i styrer, råd og brukerutvalg, bruk av fokusgrupper mv kan være virkemidler for dette.

På dette punktet er det noen forskjeller mellom de muligheter som er tilstede i alternativ B og C. For det første innebærer bruk av styre (alternativ C) en ekstra deltakelsesmulighet for organiserte interesser. For direktorater opererer man normalt ikke med styrer.

For det andre er som tidligere nevnt styremøter i regionale helseforetak åpne for offentligheten og dermed for mediene. Dette kan gi en større brukerinnflytelse ved valg av alternativ C enn ved alternativ B.

5.4 Konsekvenser for styringsstruktur og effektivitet

Hvilken forskjell gjør det for styringsstruktur og effektivitet om nivå 2 er et direktorat eller et nasjonalt helseforetak?

Felles for de to alternativene er at de gir støtte til en sterkere nasjonal samordning av tjenestetilbudet og ressursutnytingen enn dagens løsning. I stedet for sidestilte enheter som frivillig kan velge - eventuelt bli pålagt - å samarbeide om felles løsninger og en bedre funksjonsfordeling, blir det en enkelt aktør som kan samordne seg internt (basert på hierarki) og som kan styre virksomheten på nivå 3 ut fra en overordnet eierposisjon.

En viktig forskjell vil ligge i at den nasjonale aktøren i alternativ B er en direktoratsleder som står under direkte kontroll av departementet. I alternativ C vil den nasjonale aktøren være et foretaksstyre, dvs. et kollegialt organ der medlemmene bl.a. har ulik regional tilknytning, og som utgjør et mellomledd mellom departement og direktøren for foretaket.

5.4.1 Forholdet mellom departement og nivå 2

I forholdet mellom departement og nivå 2 vil et nasjonalt helseforetak (alternativ C) bety en forenkling ved at departementet i bestillerrollen kan se bort fra det regionale perspektivet og konsentrere seg om ett oppdragsbrev istedenfor fire. Eierstyringen vil også samles i ett foretaksmøte istedenfor fire.⁶

Hvis nivå 2 organiseres som et direktorat (alternativ B), vil det bli en tilsvarende reduksjon av styringsrelasjoner (fra fire enheter til en). I tillegg vil eierstyring og oppdragsstyring bli samlet og omdannet til etatsstyring av det nye direktoratet. Det vil ventelig medføre en omorganisering internt i departementet.

For øvrig er bestillerrollen i form av oppdragsbrev fra før ganske detaljert og omfattende og vil etter alt å dømme fortsette å være det i begge alternativene. Når det gjelder å vurdere de to alternativene mht. arbeidsbelastning for departementet, er det imidlertid et usikkerhetsmoment i hvilken grad eierstyringen av helseforetakene på nivå 3 kan delegeres til et direktorat. Vi kommer tilbake til dette under pkt. 5.4.2.

Konsekvenser for samordnet ressursutnyting?

Vil valget mellom å organisere nivå 2 som direktorat eller nasjonalt helseforetak ha innvirkning på evnen til å samordne ressursutnytingen når vi særlig ser på forholdet mellom nivå 1 og nivå 2?

Med en direktoratsorganisering vil departementet kunne få et mer enhetlig grep om styringen av ressursutnytingen på tvers av de nåværende regiongrensene enn med en foretaksorganisering. Det skyldes dels at eierstyring og oppdragsstyring da vil integreres i en samlet etatsstyring, dels at departementet vil kunne forholde seg direkte til direktoratets direktør uten noe kollegialt organ som mellomledd. Begge alternativene synes imidlertid å kunne gi bedre utgangspunkt for samordning enn dagens løsning.

⁶ Det er mulig også i dag å ha felles foretaksmøter, jf. helseforetaksloven § 16

5.4.2 Forholdet mellom nivå 2 og de operative helseforetakene

Hvis nivå 2 organiseres som et nasjonalt helseforetak, vil dette samle den styringen av de operative helseforetakene som i dag er fordelt på de fire regionale helseforetakene. Det samme gjelder dersom nivå 2 organiseres som et direktorat, men da reiser det seg samtidig et spørsmål av mer prinsipiell art.

Kan et direktorat eierstyre?

Utgangspunktet er at statsråden har ansvaret for eierstyring, og i lov om helseforetak heter det eksplisitt at det er departementet som skal avholde foretaksmøte (§ 16). Kan man ved lovendring åpne for at et direktorat eierstyrer de operative helseforetakene, eller må dette prinsipielt ligge i departementet?

I lov om universiteter og høyskoler §12-4 finner vi at det er åpnet for at eierstyring kan delegeres til forvaltningsorganer, og dette er utdypet i et eget reglement: *«Kunnskapsdepartementet kan gi den enkelte institusjon myndighet til å organisere aktivitet i aksjeselskap, og å skaffe seg eierposisjon i eksisterende selskaper. Departementet kan likeledes delegere til den enkelte institusjon å forvalte statens aksjer i slike selskaper, og å selge aksjer»*, jf. vedlegg til Rundskriv F-07-13.

Universiteter og høyskoler kan altså delegeres myndighet til å eierstyre såkalte randseinstitusjoner. Det viser at det ikke er noe prinsipielt i veien for slik delegering. Men når vi søker mer nærliggende paralleller, dvs. styringen av sentrale politikkområder, finner vi likevel ingen eksempler på direktorater som eierstyrer.

Tvert imot ser vi at f.eks. statsforetaket Statnett blir eierstyrt av departementet (OED) selv om det er direktoratet NVE som har den faglige styringen, bl.a. gjennom konsesjoner. Og ved den planlagte delingen av Jernbaneverket i et direktorat og et infrastrukturforetak er departementet tiltenkt eierstyringen av foretaket. Det nye direktoratet vil måtte styre den operative virksomheten (drift, vedlikehold, utbygging) ved å inngå avtaler med foretaket.

Argumentasjonen for dette kan dels være politisk, dvs. at dette gjelder så sentrale spørsmål at statsråden/departementet ikke bør delegere eierstyringen, bl.a. den styringsmuligheten som ligger i foretaksmøtet. Dels kan det være faglige argumenter, bl.a. at eierstyring krever kompetanse som best utvikles på departementsnivå. Her kan det vises til at departementsfellesskapet har et felles fagmiljø der det bygges kompetanse på tvers for å profesjonalisere statens eierstyring.

Dette tilsier at selv om det formelt ikke er noe i veien for å legge eierstyring til et direktorat, er dette lite realistisk. Alternativ B bør heller utformes slik at departementet har eierstyringen av helseforetakene, mens et direktorat kan utøve en bestillerrolle på vegne av departementet.

Vi ser det samtidig slik at alternativ B ville ha vært bedre tjent med at også de operative helseforetakene ble gjort om til forvaltningsorganer slik at samme styringslogikk ble gjennomgående på alle tre nivåer, men dette er som nevnt innledningsvis ikke aktuelt å vurdere.

Konsekvenser for samordnet ressursutnytting?

Vil valget mellom å organisere nivå 2 som direktorat eller nasjonalt helseforetak ha innvirkning på evnen til å samordne ressursutnyttingen når vi særlig ser på forholdet mellom nivå 2 og 3?

Hvis det legges til grunn at departementet ikke bør delegere eierstyringen til direktoratet, vil det bety at departementets eierstyring og direktoratets oppdragsstyring må koordineres for å få til en samordnet ressursutnytting på nivå 3. Et slikt behov for samordning mellom to styringsroller er ikke uvanlig, jf. de nevnte eksemplene fra energi- og samferdselssektoren. Men vi vurderer det likevel slik at i spørsmålet om en effektiv styringsstruktur vil alternativ C score bedre enn alternativ B.

Et annet moment er at hvis styret for et nasjonalt helseforetak skal ha representanter med regional tilknytning, kan dette gjøre en samordnet nasjonal ressursutnytting mer krevende. Dette kan tale imot alternativ C.

For øvrig er det vanskelig å få øye på forskjeller mellom de to alternativene. De forskjeller som vil oppstå, vil heller være konsekvenser av ulik virkemiddelbruk innenfor den valgte tilknytningsform.

Konsekvenser for finansiering

Helseforetakene kan i dag låne inntil 70 prosent av utbyggingskostnader, men det må lånes fra staten (Norges Bank). Lånebevilgningen gis til det regionale helseforetaket, som også kan omfordele likviditet til helseforetak som har større utbyggingsprosjekter. Denne oppgaven for de regionale helseforetakene kan overtas av et nasjonalt helseforetak. Et direktorat kan derimot ikke låne og kan dermed heller ikke bidra med å omfordele likviditet. Riktig nok vil et direktorat kunne bidra til å samordne ved å foreslå hvilke prosjekter som skal fremmes i budsjettprosessen. På dette punktet vil vi likevel vurdere det slik at evne til samordnet ressursutnytting vil svekkes noe med alternativ B sammenliknet med alternativ C.

5.4.3 Effektiv saksgang?

Det kan argumenteres for at det er forskjell mellom direktorater og foretak når det gjelder effektivitet. Her vil det selvsagt i praksis være store variasjoner innenfor begge alternativer, men det er likevel mulig å si noe prinsipielt.

Siden statsråden har et mer begrenset ansvar for et foretak, kan man legge mer vekt på å innrette saksgang, beslutningsprosesser og kvalitetssikring på en måte som bidrar til rask framdrift. I et direktorat vil risikoaversjon normalt veie tyngre, spesielt dersom det gjelder et følsomt politikkområde. Det medfører bl.a. at man oftere ser behov for å klarere saker med overordnet nivå, både internt og overfor departementet. I utgangspunktet kan dette sies å disponere for lavere tempo i saksgangen i et direktorat enn i et foretak.

6 Er det behov for et regionnivå?

Både i alternativ B og C må nivå 2 forholde seg til inntil 20 operative helseforetak på lokalt nivå, eventuelt også et mindre antall helseforetak for støttefunksjoner. Dette reiser spørsmål om hvordan denne styringsrelasjonen bør utformes, f.eks. om direktoratet/det nasjonale helseforetaket bør ha et regionalt apparat. I oppdragsbeskrivelsen er det også eksplisitt bedt om en vurdering av om det er behov for en eller annen form for regionnivå i spesialisthelseforvaltningen.

For bl.a. å oppnå større likhet i tjenestetilbudet, bedre samordning og ressursutnytting vil regjeringen i større grad vektlegge nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene. Dette ifølge den nye nasjonal helse- og sykehusplanen. Men i den samme planen heter det også at "*regjeringen legger til grunn at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner*" (Meld. St.nr. 11, 2015-2016, s. 49).

Dette kan tolkes slik at det på nivå 2 skal være rom for en geografisk basert planlegging og dimensjonering av tilbudet, altså at planleggingsprosessen på nivå 2 har et utgangspunkt i regionalt definerte behov.

Men det kan også være et premiss for at nivå 2 bør organiseres med en regional struktur. I så fall kan det være ulike ambisjonsnivåer:

- 1) *Regionalt basert premissgrunnlag.* Her dreier det seg om å få et bedre inntak til å forstå regionale utfordringer og til bl.a. å utvikle grunnlag for en bedre funksjonsfordeling innenfor regionen. Det vil da dreie seg om erfaringsinnhenting, analyse og kunnskapsutvikling regionalt som premisser for beslutninger sentralt. En organisasjonsstruktur med ansvarsområder basert på regionsgrensene vil da være nødvendig, ev. også slik at avdelingene er plassert regionalt.
- 2) *Delegert beslutningsfullmakt.* Dette vil innebære at man ikke bare skal levere et faglig premissgrunnlag oppover, men også ha en viss grad av delegert myndighet til å være styringsenhet overfor nivå 3 i sin region. Slik kan den sentrale enheten i nivå 2 avlastes for det store kontrollspennet overfor nivå 3. Da må regionenhetene være lokalisert regionalt og ha beslutningsfullmakter, f.eks. til å representere eier i foretaksmøter med de operative helseforetakene. I så fall kan vi betrakte dette som et eget undernivå i nivå 2.

For alternativ B kan dette inngå i en ordinær etatsstruktur, altså et direktorat med regionkontorer. Begge variantene ovenfor kan innpasses i en slik struktur, men det vanlige er at regionkontorene har beslutningsfullmakter fra direktoratet. Vi ser imidlertid utviklingstrekk som peker i retning av at direktorat og regionkontor blir mer integrert, bl.a. ved at nasjonale oppgaver legges til ett av regionkontorene, og ved at regiondirektørene deltar i direktoratets ledergruppe (Difi 2014). Det geografiske kriteriet mister altså betydning til fordel for en funksjonsspesialisering. I IMDi, der denne

utviklingen er kommet langt, er det nå slik at regionkontorene oppfattes som avdelinger i direktoratet helt på linje med avdelingene ved hovedkontoret.

Hvis alternativ C skal bygges ut med regionalt plasserte «filialer», vil de likevel inngå i ett og samme rettssubjekt. Filialene vil være en integrert del av nivå 2. Det må vurderes om de i tillegg til å være regionale premissleverandører også skal ha styringsoppgaver overfor foretakene i sine respektive regioner på nivå 3.

Se vedlegg 3 for en framstilling av alternativ C med og uten styringsoppgaver regionalt.

Regionnivå i alternativ A?

Som en variant av alternativ A kan man også tenke seg regionkontorer direkte underlagt departementet. Dette vil imidlertid modifisere alternativet vesentlig ved at de operative helseforetakene da ikke vil være direkte underlagt departementet.

En parallell til en slik organisering er kriminalomsorgen før opprettelsen av et direktorat i 2014. Før den tid var etatsledelsen et såkalt «indre direktorat»: Kriminalomsorgsavdelingen var både departementsavdeling og etatsledelse, og ekspedisjonssjefen undertegnet etter statsrådets fullmakt eller som selvstendig etatsdirektør ut fra hvilken type saker det dreide seg om. Den ytre etaten var fem regionkontorer som forvaltet fengslene og friomsorgen i sine respektive regioner. En slik løsning er komplisert å håndtere, og den kan lett føre til at etatsledelse blir nedprioritert til fordel for departementsoppgavene. Det er med andre ord en grunn til at denne løsningen nå er forlatt i norsk forvaltning.

Regionsykehusenes rolle

Et annet spørsmål knyttet til et eventuelt regionnivå er om regionsykehusene fortsatt skal ha en spesiell rolle. I stortingsmeldingen om nasjonal sykehusplan heter det at regionsykehusene har en rolle som leder av faglige nettverk i sine respektive regioner, at denne rollen bør tydeliggjøres, og at det må avklares hvordan regionsykehusene kan bidra til å sikre kompetanse i hele nettverket.

Vi ser imidlertid ikke grunn til å omtale regionsykehusene som et regionalt nivå med mindre det overføres oppgaver som gir dem autoritet til å treffe avgjørelser som binder de lokale foretakene mht. ressursdisponering mv. Slike planer synes ikke å være aktuelt.

Forvaltningsorgan som tilknytningsform

Typiske trekk ved statlige forvaltningsorganer:

- De er en del av staten som juridisk person og er direkte underlagt Kongens og vedkommende departements organiserings- og styringsmyndighet og alminnelige instruksjon.
- Alle sider ved den løpende driften og virksomheten kan instrueres.
- De er finansiert ved bevilgninger fra Stortinget.
- Riksrevisjonen kan kontrollere at bevilgningene disponeres i samsvar med gjeldende regler og Stortingets premisser for bevilgningen.
- Oppgaveutføring og saksbehandling omfattes av forvaltningsloven, offentlighetsloven og Sivilombudsmannens kompetanse.
- Ansatte omfattes av tjenestemannsloven, tjenestetvistloven og tariffavtaler som inngås mellom staten og hovedorganisasjonene.
- Gjennomgående regelverk for statens økonomiforvaltning, personalforvaltning og innkjøp gjelder.

Forvaltningsorganer vil ikke kunne finansiere sin drift ved markedslån som blir tatt opp uavhengig av Stortinget, jf. Grunnloven § 75 b. Forvaltningsorganene er også underlagt Stortingets bevilgningsmyndighet etter Grunnloven § 75 d, og deres inntekter og utgifter blir behandlet årlig i statsbudsjettet. I hvor sterk grad budsjettene blir spesifisert, varierer avhengig av hvilke budsjettfullmakter det enkelte forvaltningsorgan er gitt.

Adgang til unntak: Formell uavhengighet

Det kan gjøres unntak fra prinsippet om at statsråden kan instruere alle sider ved virksomheten. I så fall er det snakk om en formell uavhengighet som nedfelles i lov eller forskrift og som avskjærer statsrådets myndighet, f.eks. når det gjelder adgang til å instruere eller omgjøre enkeltvedtak. Slike unntak har fått et voksende omfang og gjør seg spesielt gjeldende for særskilte klageorganer (Difi 2012).

Forvaltningsorganene kan deles inn i tre hovedgrupper:

- ordinært forvaltningsorgan,
- forvaltningsorgan med særskilte fullmakter, og
- forvaltningsbedrift.

Ordinært forvaltningsorgan

Ordinært forvaltningsorgan er grunnformen for statlig virksomhet. Direktoratene og andre sentraladministrative institusjoner med hele landet som virkefelt er ordinære forvaltningsorganer.

Denne grunnformen nyttes for en rekke forskjellige typer statlig engasjement:

- direkte statlig myndighetsutøvelse med krav til rettssikkerhet, bl.a. skatteetaten, tolletaten, Utlendingsdirektoratet,

-
- virksomhet som stiller særlige krav til samordning med andre statlige virksomheter, bl.a. Direktoratet for nødkommunikasjon,
 - fordelings- og tilskuddsadministrasjon, bl.a. NAV
 - kontroll- og tilsynsvirksomhet, bl.a. Konkurransetilsynet, Kredittilsynet
 - styring og finansiering av sentrale tjenesteytelser som av fordelingshensyn ikke overlates til markedet, bl.a. utdanningsadministrasjonen og helseforvaltningen
 - offentlig finansiert verdiforvaltning, bl.a. kultur- og forskningsinstitusjoner
 - produksjon av kollektive goder, bl.a. forsvaret, vegvesenet.

Forvaltningsorgan med særskilte fullmakter

Forvaltningsorganer med særskilte fullmakter er ingen ensartet gruppe, men omfatter forvaltningsorganer som har særskilte fullmakter i forhold til de regler som ellers gjelder for statlige forvaltningsorganer. Et fellestrekk er at de er nettobudsjettet og at bevilgninger gis som en rundsum over en 50-post på statsbudsjettet. Budsjettfullmakter av denne typen gis av Kongen (regjeringen) og har ikke hjemmel i lov. Slike fullmakter røkker ikke ved virksomhetens stilling som forvaltningsorgan.

Norges Forskningsråd, Norsk Utenrikspolitisk Institutt, Forsvarets forskningsinstitutt er eksempler på virksomheter som pr. i dag er organisert som forvaltningsorganer med særskilte fullmakter.

Forvaltningsbedrift

Forvaltningsbedriftsformen har tradisjonelt vært nyttet når statlig engasjement gjelder forretningsmessig orientert tjenesteyting som vanskelig kan ivaretas på en effektiv og fordelingsmessig akseptabel måte i markedet.

Denne formen har unntak fra enkelte bestemmelser i bevilgningsreglementet:

- Unntak fra fullstendighetsprinsippet i § 4 ved at *driftsutgiftene nettobudsjetteres*, det vil si at Stortinget kun fatter ett budsjettvedtak, der omfanget av statskassens økonomiske bidrag fastsettes. For selvfinansierte virksomheter vil vedtaket være kr 0.
- Unntak fra kontantprinsippet i § 6 ved at *investeringene aktiveres*, det vil si at investeringene rentebelastes og avskrives over driftsbudsjettet etterfølgende år. Dette unntaket gjør at forvaltningsbedriftsformen skiller seg fra gruppen forvaltningsorganer med særskilte fullmakter.

Forvaltningsbedriftene er avskåret fra låneopptak i det private markedet. De kan imidlertid gis fullmakt til å etablere datterselskaper, som i sin tur kan gis anledning til å ta opp lån i det private markedet.

Statsbygg og Statens pensjonskasse er eksempler på de få forvaltningsbedriftene som fortsatt finnes.

Statlig eide selskaper og stiftelser

Statlig eide selskaper er organisert innenfor følgende hovedgrupper:

- statsaksjeselskaper
- statsforetak
- særlovsselskaper

Sentrale fellestrekk ved de ulike selskapsformene er:

- De er selvstendige rettssubjekter med egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi.
- Selskaper må normalt skaffe sine inntekter i markedet, men statlige bevilgninger i form av tilskudd eller kjøp av tjenester eller produkter forekommer.
- Utøvelse av eiermyndighet skjer gjennom generalforsamlingen, foretaksmøte eller annet eierorgan. Utenfor dette organet kan eieren ikke utøve myndighet. Det innebærer at det stilles klare formkrav til eierens styring av selskapet.
- Den statsråden som forvalter statens eierinteresser er konstitusjonelt og parlamentarisk ansvarlig for at eierskapet forvaltes forsvarlig. Dette innebærer et overordnet tilsynsansvar. Derimot har statsråden ikke ansvar for styrets forvaltning av virksomheten og ledelsen av den løpende virksomhet.
- Riksrevisjonens myndighet er å føre kontroll med at vedkommende statsråd utøver sin eierfunksjon på en korrekt og betryggende måte, og å kontrollere at eventuelle bevilgninger brukes i samsvar med Stortingets forutsetninger.
- Forvaltningsloven og offentlighetsloven gjelder i utgangspunktet ikke. Men utfører statselskapet myndighetsoppgaver, kommer lovene til anvendelse for den delen av virksomheten dette gjelder.

En viktig konsekvens av å være eget rettssubjekt er at virksomheten ikke er underlagt Stortingets bevilgningsmyndighet etter Grunnloven § 75 d. Virksomhetene disponerer selv sine egne inntekter og har innenfor rammen av gjeldende lovgivning myndighet til å ta opp lån for å finansiere virksomheten.

Statsaksjeselskaper

Statsaksjeselskaper er selskaper hvor staten eier alle aksjene. Dette gjelder de fleste statlig eide selskaper. De ordinære selskapsrettslige reglene i aksjeloven gjelder også for statsaksjeselskapene. Det er imidlertid enkelte særbestemmelser med bakgrunn i konstitusjonelle forhold.

Noen særtrekk ved statsaksjeselskapene er:

- at styret oppnevnes av statsråden, som er generalforsamling (ikke av bedriftsforsamlingen som er det normale for aksjeselskaper)
- 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, direktøren og den valgte revisoren.

For noen av selskapene er det i vedtektene (§ 10) særskilte bestemmelser om at selskapene er pålagt å legge fram for generalforsamlingen alle saker som antas å være av vesentlig, prinsipiell, politisk eller samfunnsmessig betydning.

I aksjeselskaper er eierens ansvar begrenset til aksjekapitalen. Det betyr blant annet at aksjeselskaper kan gå konkurs.

Avinor er eksempel på et statsaksjeselskap med forpliktelse til å forvalte et regionalt/landsomfattende nett av lufthavner (se vedlegg 4).

Statsforetak

Statsforetaksformen har sitt grunnlag i lov om statsforetak. I lovforarbeidene heter det at denne modellen 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."* (Ot.prp. nr. 32, 1990-91).

Staten er eeneier og kan ikke eie statsforetak sammen med andre interessenter. Foretaket er eget rettssubjekt. Foretaksmøtet er statsforetakets høyeste organ, der departementet utøver eiermyndighet. Det svarer langt på vei til generalforsamlingen i et aksjeselskap. Gjennom foretaksmøtet kan departementet vedta, gi retningslinjer og instruere i alle saker som gjelder foretaket, og dette er bindende for styret og administrerende direktør.

Statsforetaksloven krever at visse avgjørelser skal forelegges/godkjennes av departementet (foretaksmøtet) før avgjørelsen treffes. Det gjelder:

- Saker av vesentlig betydning for foretakets formål skal skriftlig forelegges departementet før vedtak treffes. Om departementet er uenig i styrets forslag, kan det innkalle til foretaksmøte og instruere styret.
- Vedtak som i vesentlig grad vil endre virksomhetens karakter. Forslag om slike vedtak skal 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.

Staten hefter ikke overfor kreditorene for foretakets forpliktelser. Staten plikter ikke å gjøre innskudd i foretaket eller i tilfelle dets konkursbo ut over det som følger av stiftelsesdokumentet eller vedtak om å forhøye innskuddskapitalen.

Innenfor gitte fullmakter kan et statsforetak oppta lån, men det må være dekning for foretakets samlede lån og garantiansvar i verdien av foretakets eiendeler. Det kan vedtektsfestes at visse lån må godkjennes av foretaksmøte.

I forvaltningsmeldingen heter det at statlige virksomheter som opererer i et marked bør organiseres som selskap. Hvis de samtidig skal fremme viktige

sektorpolitiske hensyn, bør de organiseres som statsforetak (St.meld. nr. 19, 2008-2009).

Enova, Statnett og Statskog er virksomheter som er organisert som statsforetak.

Særlovselskaper

Særlovselskapene er ikke noen standardisert selskapsform, men brukes som fellesbetegnelse på selskaper som er organisert ved egen lov. En særlov gir mulighet for å ivareta særegne krav som gjør seg gjeldende for den konkrete virksomheten. De fleste særlovene bygger på prinsippene for aksjeselskap eller statsforetak, slik at statens styring av særlovselskapene følger styringsprinsippene for disse selskapsmodellene.

Helseforetak

Lov om helseforetak regulerer tilknytningsformene regionalt helseforetak og helseforetak. Sistnevnte er et datterforetak av det førstnevnte. Begge er eksempler på særlovsselskap, og særloven er basert på statsforetaksmodellen.

Styring og kontroll er imidlertid vektlagt sterkere enn ved den ordinære statsforetaksformen. Helseforetak er bevilgningsfinansiert og kan ikke gå konkurs. Staten er fullt ut ansvarlig for deres økonomiske forpliktelser. Helseforetakene kan styres relativt detaljert gjennom omfattende oppdragsbrev, og i lovproposisjonen ble det lagt vekt på å omtale helseforetak som «offentlige virksomheter» (Ot.prp. nr. 66 (2000-01)). Videre er det fastsatt at helseforetak er omfattet av arkivloven, forvaltningsloven og offentlighetsloven.

Forskjellene fra statsforetak viser seg også på andre måter i loven, bl.a.:

- Kravet om at viktige saker skal forelegges departementet er mer omfattende
- Kravet om at salg av sykehusvirksomhet skal forelegges departementet
- Forbudet mot lånopptak er mer omfattende
- Kravet om å utarbeide redegjørelse for oppfølging av sektorpolitiske krav til virksomheten
- Kravet om å informere departementet om årsplaner
- Krav om brukermedvirkning i form av brukerutvalg.

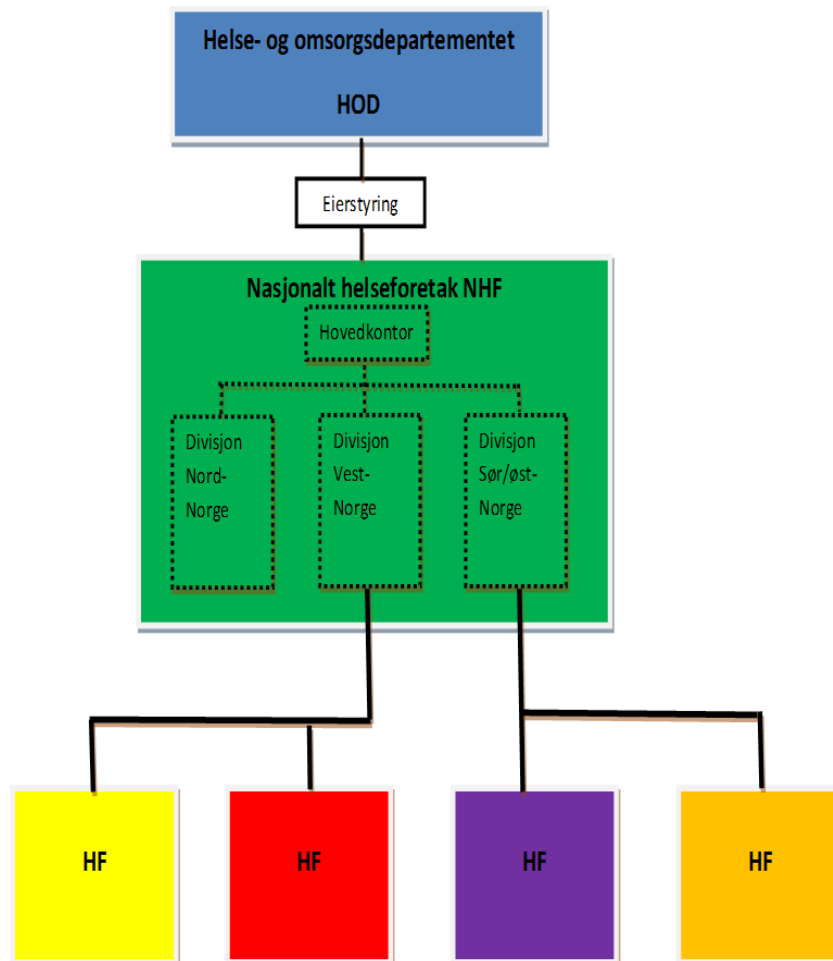
Stiftelser

Stiftelser er selveiende og selvstyrte virksomheter og har i utgangspunktet ingen tilknytning til staten. I praksis kan likevel staten ha klare interesser i enkelte stiftelser:

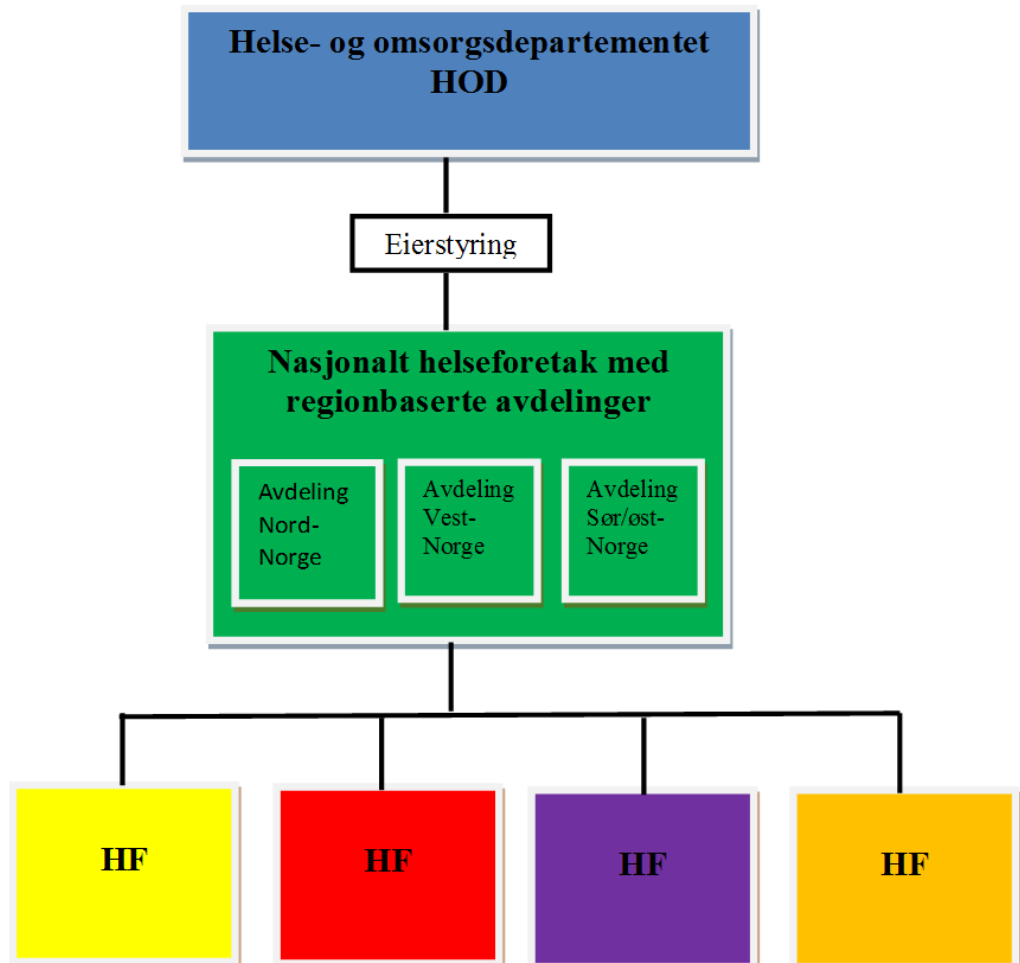
- Stiftelsen løser oppgaver som er viktige for staten, og i så fall kan staten sette vilkår for å gi tilskudd til stiftelsen
- Stiftelsens vedtekter gir staten adgang til å oppnevne noen av styremedlemmene.

Utenom disse styringsmulighetene er staten henvist til lovregulering for å påvirke stiftelsers virksomhet. Bruk av stiftelse er imidlertid frarådet på områder der staten ønsker styring (St. meld. nr. 19, 2008-09).

Alternativ C med styringsoppgaver regionalt



Alternativ C uten styringsoppgaver regionalt



Vedlegg 4

Eksempel på selskapsorganisering etter konsernmodell: Avinor

Avinor forvalter den statlige luftfartsinfrastrukturen som er en forutsetning for et landsomfattende lufttransportnettverk i Norge. Avinor er kategorisert som et selskap med sektorpolitiske mål. Statlig eierskap skal sikre at selskapet oppfyller de sektorpolitiske målene som blir satt, i hovedsak gjennom samfunnsoppdraget til selskapet og de samfunnspålagte oppgavene. Det er et overordnet mål at de sektorpolitiske målsettingene blir nådd på en mest mulig effektiv måte.

Konkret har Avinor ansvar for å drive 46 lufthavner. Tolv av lufthavnene blir drevet i samarbeid med Forsvaret, og på tre av dem – Bodø, Bardufoss og Andøya – har Forsvaret ansvaret for driften. Avinor har videre ansvar for lufttrafiktjenesten ved 49 lufthavner, og dessuten tre kontrollsentraler og annen teknisk infrastruktur for sikker flynavigasjon.

Konsernet Avinor omfatter morselskapet Avinor AS og datterselskapene Oslo Lufthavn AS, Oslo Lufthavn Eiendom AS, Avinor Parkeringsanlegg AS, Flesland Eiendom AS, Værnes Eiendom AS, Hell Eiendom AS og Sola Hotel Eiendom AS.

Avinor skal i størst mulig grad være selvfinansierende gjennom egne inntekter fra hovedvirksomheten og fra kommersiell virksomhet ved lufthavnene. Internt i selskapet skal det skje en samfinansiering mellom bedriftsøkonomisk lønnsomme og ulønnsomme enheter.

Samfunnsoppdraget til Avinor er å eie, drive og utvikle et landsomfattende nett av lufthavner for sivil sektor og en samlet flysikringstjeneste for sivil og militær sektor. Staten avgjør hvilke lufthavner selskapet skal drive.

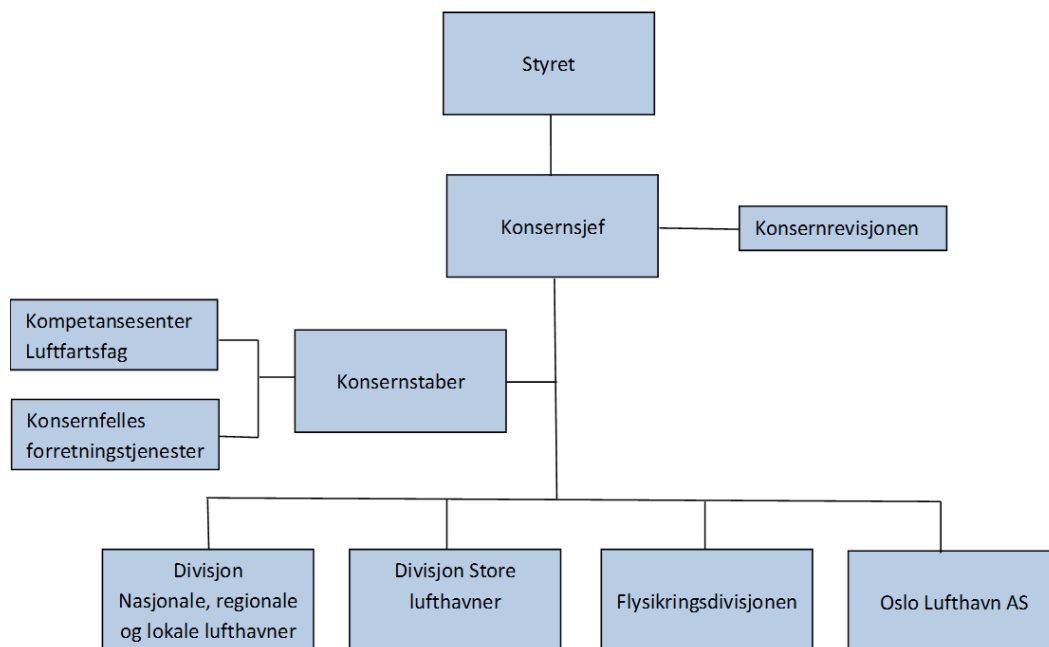
Avinor skal holde oppe lufthavnnettet med mindre Samferdselsdepartementet har akseptert at det kan gjøres endringer. Avinor kan heller ikke gjøre vedtak som fører til at transportstandarden blir vesentlig endret på en lufthavn, uten å ta dette opp med departementet.

I tillegg til samfunnsoppdraget skal Avinor utføre mer spesifikt definerte samfunnspålagte oppgaver. Staten bestemmer i egenskap av å være eier hvilke samfunnspålagte oppgaver Avinor skal utføre.

Samferdselsdepartementet er ansvarlig for å forvalte statens eierinteresser i Avinor. Samferdselsministeren forvalter eierskapet under konstitusjonelt og parlamentarisk ansvar. Styret og den daglige ledelsen er ansvarlige for den daglige driften av selskapet. Det rettslige grunnlaget for ansvaret og myndigheten departementet har som eier, følger av aksjeloven som fastsetter en klar rollefordeling mellom staten som eier, styret og den daglige ledelsen i selskapet.

Vedtektene til Avinor omtaler virksomhetsområdet og styringsstrukturen til selskapet. De overordnede rammene for Avinor blir fastlagt gjennom Eiermeldingene og Stortingets behandling av meldingene. Eiermeldingene bygger på Avinors rapportering etter § 10 i vedtektene.

Avinor AS kan framstilles slik:



Avinor opererer i et marked og driver kommersiell virksomhet gjennom salg av lufthavntjenester og flysikringstjenester til i hovedsak private aktører. Hele virksomheten er per i dag finansiert av markedet.

En kritikk mot modellen har vært at Avinor overinvesterer for å generere mest mulig inntekter, og at det statlige eierskapet gjør dette mulig. Det kan stilles spørsmål om modellen er samfunnsøkonomisk optimal. Det blir en hybrid mellom privat kommersiell virksomhet og statlig virksomhet. Det kan være lettere å gjennomføre en samfunnsøkonomisk riktig offentlig styring og regulering av sektoren med et klarere skille mellom rent kommersiell virksomhet og offentlige samfunnsoppgaver.

For øvrig er kanskje den største forskjellen mellom luftfarts- og sykehussektoren at luftfarten opererer i et marked og at hele virksomheten er finansiert av markedet. Dette tilsier at i alle fall deler av virksomheten er organisert som selskap. Ved selvstyrte private virksomheter hvor staten kjøper tjenester, ville det være lettere å skille mellom det rent kommersielle og markedsstyrte og det offentligstyrte.

Sykehussektoren skiller seg også fra luftfart ved langt større behov for politisk styring. Krav til at alle over hele landet skal ha lik tilgang til sykehustjenester og at disse skal være på et visst nivå, er helt og holdent politisk styrt og offentlig finansiert. For luftfarten går det offentlige inn bare der hvor markedet ikke dekker behovet selv.

Litteratur/dokumenter

- Agenda/Muusmann 2015: *Belyse helseforetaksmodellens funksjonalitet. En evaluering av utvalgte sider ved helseforetaksmodellen*
 - BDO 2012: *Kartlegging av de regionale helseforetakenes oppgaver og ressursbruk*. En rapport av BDO AS og Telemarksforskning på oppdrag fra HOD
 - Difi 2012: *Uavhengig eller bare uavklart? Organisering av statlig myndighetsutøvelse*. Rapport 2012:7
 - Difi 2013: *Merverdi eller unødig omvei? Om direktoratenes rolle i gjennomføring av nasjonal politikk*. Rapport 2013:11
 - Difi 2014: *Både styring og ledelse? Om ledergrupper i direktorater med regionalt apparat*. Notat 2014:4
 - Difi 2014b: *Fra stat til marked*. Difi-veileder 2014:1
 - Gjedrem, Svein og Sven O. Fagernæs 2016: *Kunnskapssektoren sett utenfra*. Rapport til KD
 - Hermansen, Tormod 2015: *En bedre styrt stat*
 - NIBR/RF/NF 2005: *Statlig eierskap og foretaksorganisering i spesialisthelsetjenesten 2002-2005*. En prosessevaluering
 - Statskonsult 1998: *I godt selskap. Statlig eierstyring i teori og praksis*. Rapport 1998:21
 - Statskonsult 2001: *I god form. Tilknytningsformer i staten*. Rapport 2001:24
-
- HOD 2010: *Påminnelse om helseforetakenes plikter etter helselovgivningen og de regionale helseforetakenes «sørge for-ansvar»*. Brev av 28.1.2010 til de regionale helseforetakene
 - Rundskriv F-07-13: *Reglement om statlige universiteter og høyskolers forpliktende samarbeid og erverv av aksjer*
 - Ot.prp. nr 32 (1990-91) *Om lov om statsforetak*
 - Ot.prp. nr 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak mm.*
 - St. meld. nr. 19 (2008-09) *Ei forvaltning for demokrati og fellesskap*
 - Meld. St. 27 (2014-2015) *På rett spor*
 - Meld. St. 11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019*
 - Prop. 1 S (2015-2016) *Helse- og omsorgsdepartementet*
 - NOU 1999:15 *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus*.

Referanseark for Difi

Tittel på notat:	Direktorat eller foretak? En drøfting av tilknytningsformer for spesialisthelseforvaltningen
DIFIs notat-nummer:	Difi 2016:1
Forfatter(e):	Dag Solumsmoen og Trond Kråkenes
Evt. eksterne samarbeidspartnere:	Kvinnslan-utvalgets sekretariat
Prosjektnummer:	15-115
Prosjektnavn:	Bistand til Kvinnslan-utvalget
Prosjektleder:	Dag Solumsmoen
Prosjektansvarlig avdeling:	LEO
Oppdragsgiver(e):	HOD v/Målfrid Bjærum
Resymé/omtale:	<p>På oppdrag fra Kvinnslan-utvalget har Difi drøftet noen alternative tilknytningsformer for spesialisthelseforvaltningen. Hovedspørsmålet er om nivå 2 i denne forvaltningen skal organiseres som direktorat eller som helseforetak. Et annet alternativ er å sløyfe nivå 2 og la departementet styre nivå 3 direkte. Det er gjort rede for en rekke momenter som kan tale for og imot valg av disse alternativene, og det er også pekt på hvordan alternativene kan utformes med et regionalt nivå.</p>
Emneord:	Tilknytningsform, helseforetak, statsforetak, forvaltningsorgan, forvaltningsbedrift, fullmakt, region, etatsstyring, eierstyring, styre.
Totalt antall sider til trykking:	36
Dato for utgivelse:	Mars 2016
Utgiver:	DIFI Postboks 8115 Dep 0032 OSLO www.difi.no