



Outsourcing ved Regionale helseforetak i Norge På helsa løs?

Masterutredning i profilene Økonomisk styring (BUS) og
Samfunnsøkonomi (SAM)

Karoline Mossige og Mette Farstad

Veileder: Kenneth Fjell

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Bergen vår 2010

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen innestår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

FORORD

Denne masterutredningen er et selvstendig arbeid og gjennomføres som et siste ledd i det femårige masterstudiet ved Norges Handelshøyskole. Gjennom vår bachelor- og mastergrad har vi opparbeidet interesse for samfunnsøkonomi og økonomisk styring. Fag som Næringsøkonomi, Strategisk outsourcing og franchising, Konkurranserett, og Konkurransanalyse har videre gitt oss faglig interesse for mikroøkonomi. Ønsket vårt var dermed å skrive innenfor disse fagfeltene.

Da vi begge hadde ønske å kombinere de samme fagområder fra vår utdanning opp mot et dagsaktuelt tema, valgte vi å skrive sammen. Et samarbeid ville også tillate oss å analysere et tema bredere. Vi ønsket mulighet til å analysere fordeler og ulemper ved dagens situasjon innenfor et tema som har fanget vår interesse, og videre kunne kombinere teori og anvendelse. Valget falt dermed på problemstillinger innenfor helsevesenet i Norge. Outsourcing ble valgt som hovedtema for utredningen.

Arbeidet har vært meget lærerikt, og læringskurven har vært bratt. Vi synes også arbeidet har vært spennende, og har forsterket ytterligere vår interesse for både økonomisk styring og samfunnsøkonomi. Vi har imidlertid også møtt på noen utfordringer i arbeidet med masterutredningen, og spesielt i forbindelse med innsamling av konsistente og relevante analysedata. Det har også vært utfordrende å skaffe oss god oversikt og forståelse av helsevesenet.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder, Kenneth Fjell fra institutt for regnskap, revisjon og rettsvitenskap, for konstruktive råd og tilbakemeldinger underveis i vårt arbeid. Gode ideer og tilbakemeldinger har bidratt til at arbeidet med utredningen har fått den nødvendige progresjon og vært lærerikt.

Videre vil vi takke Herlof Nilssen, administrerende direktør ved Helse Vest RHF, for informasjon, råd og tilbakemeldinger. Dessuten vil vi takke Eystein Hauge, medisinsk direktør i Theresgruppen, for utfyllende informasjon og nyttige råd underveis i arbeidet.

En takk rettes også mot administrasjonen ved de ulike regionale helseforetak for oppdaterte årsrapporter og årsmeldinger. Takk rettes også mot alle som har bidratt underveis i utredningen med innspill, kommentarer og råd.

Bergen, juni 2010.

Karoline Mossige

Mette Farstad

SAMMENDRAG

Utredningen tar for seg outsourcing av helsetjenester innen spesialisthelsetjenesten fra regionale helseforetak til private aktører. Hovedfokuset er hvilke tjenester som outsources og hva som er regionale helseforetaks motivasjon for outsourcing.

Private aktører står for et lite volum av helsetjenester i spesialisthelsetjenesten, og outsourcing fra regionale helseforetak til private aktører er lite utbredt.

Regionale helseforetaks motivasjon for outsourcing er i hovedsak å komplementere egen drift. Det innebærer outsourcing i de tilfeller helseforetakene selv ikke har kapasitet eller kompetanse til å utføre aktuelle aktiviteter.

Økonomiske og strategiske vurderinger av outsourcing er av underordnet betydning for regionale helseforetak. De regionale helseforetakenes ansvar for å tilby gode og likeverdige helsetjenester til Norges befolkning ligger til grunn for all outsourcing av helsetjenester. Dette er imidlertid et resultat av politiske reguleringer, noe som resulterer i at kapasitet ikke utnyttes. Det kan diskuteres hvorvidt dagens organisering av helsetjenester går på helsa løs.



INNHold

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
INNHold	4
1 INNLEDNING	7
1.2 Begrensning av oppgaven	8
1.3 Problemstilling.....	9
1.4 Markedsavgrensning	9
1.4.1 Produkt	9
1.4.2 Geografi.....	10
1.4.3 Oppsummering av relevant marked.....	11
1.5 Begrepsavklaring: Outsourcing	11
1.6 Fremgangsmåte.....	12
2 SITUASJONSBEKRIVELSE	13
2.1 Norsk helsevesen.....	13
2.2 Reformen i norsk helsevesen	14
2.2.1 DRG- systemet	14
2.2.2 Fritt sykehusvalg og Sykehusreformen.....	15
2.2.3 Bestiller- utførermodellen.....	17
2.3 Private tilbydere av helsetjenester	19
2.4 Outsourcing fra offentlige til private aktører	20
3 TEORI	23
3.1 Outsourcing	23
3.1.1 Bedriftens vertikale grenser	23
3.1.2 Relevante kostnader og inntekter	25
3.1.3 Fordeler og ulemper ved å kjøpe i markedet	26
3.1.4 Kontrakter og kontraktsrett	38
3.1.5 Teknisk effektivitet kontra agenteffektivitet.....	39
3.1.7 Styring ved outsourcing.....	40
3.2 Oppsummering av teori.....	42
4 ANALYSE: RHF OG OUTSOURCING	44

4.1	Definisjon av kjerneaktivitet og outsourcingkandidater.....	46
4.1.2	Matrise for outsourcingkandidater og ressursmatrise	48
4.2	Fordeler og ulemper ved outsourcing	55
4.2.1	Stor- og samdriftsfordeler og ulemper.....	55
4.2.2	Agentkostnader	68
4.2.3	Påvirkningskostnader	77
4.2.4	Koordinasjonskostnader.....	80
4.2.5	Transaksjonskostnader.....	80
4.2.6	Oppsummering fordeler og ulemper ved outsourcing.....	106
4.3	Teknisk kontra agenteffektivitet	109
4.4	Styring ved outsourcing.....	111
4.4.1.	RHFs kjernevirksomhet og motivasjon for outsourcing	113
4.4.2	Oppfølging og kontroll av kontrakter	115
4.4.3	Kontrakt og RHFs forhandlingsmakt.....	116
4.4.4	Samkjøring av incentiver	117
4.4.5	Oppsummering implikasjoner for styring ved outsourcing.....	118
5	METODE.....	120
5.1	Metodevalg.....	120
5.2	Valg av design.....	120
5.2.1	Spørreundersøkelse.....	120
5.2.2	Intervju av RHF	121
5.2.3	Intervju av private aktører.....	121
5.3	Valg av kilder/ respondenter	122
5.3.1	Spørreundersøkelsen	122
5.3.2	Intervjuprosessen	122
5.4	Design av spørreskjema og intervju	123
5.4.1	Spørreskjema.....	123
5.4.2	Intervju	124
5.5	Gjennomføring av datainnsamling.....	1266
5.6	Metode for analyse	127
6	KONKLUSJON	128
	ETTERORD.....	130
	KILDER.....	131
	VEDLEGG.....	139

Vedlegg 1: Spørreskjema.....	139
Vedlegg 2: Intervjuer.....	145

1 INNLEDNING

Debatten om helse-Norge er stadig i mediebildet. Lange ventelister, utilfredsstillende behandlingstilbud og dårlig styring av sykehusene er bare noen av temaene som kritiseres og debatteres.

Kongsberg Sykehus fikk i januar 2010 medieoppmerksomhet da problemer ved fødeavdelingen ble kjent. Grunnet flere alvorlige hendelser ved sykehuset siste årene har Helsetilsynet uttrykt bekymring for det faglige nivået ved avdelingen. Avdelingen ble stengt på ubestemt tid¹. Vester Viken HF kunne imidlertid meddele på sin hjemmeside at fødeavdelingen ble gjenåpnet 15. april etter omfattende arbeid for å sikre et forsvarlig tilbud ved avdelingen.

Stavanger Aftenblad skriver 23. februar 2010 at Helse Stavanger HF er ilagt Norges historiens høyeste gebyrprosent for grovt uaktsomt brudd på reglene for offentlige anskaffelser, da de unnlot å kunngjøre en anskaffelse og ikke har fulgt gjeldende anbudsregler. Samtidig melder samme avis 24. februar 2010 at det ved Stavanger Universitetssykehus er meldt om mangel på spesialister. Det er dessuten vanskelig å rekruttere pleiere til spesialavdelinger, noe som fører til at ansatte jobber overtid, tar ekstravakter og forskyver sine primære vakter. Det presiseres at det på enkelte spesialavdelinger er ekstremt vanskelig å skaffe fagfolk, og at det er nødvendig å lete på det tyske markedet for å finne leger.

Få land bruker mer penger på helsevesenet enn Norge og det er ikke stor mangel på ressurser. Tall fra OECD viser at Norge brukte 30 prosent mer enn de andre nordiske landene på helseutgifter i 2007. Sammenliknet med Finland brukte Norge 47 prosent mer på helseutgifter (Melberg 2009). Likevel har Finland både lavere spedbarnsdødelighet og høyere overlevelse ved brystkreft enn Norge. Det synes derfor som avkastning på ressursforbruk ikke er på et akseptabelt nivå.

Til tross for høyt ressursbruk har sykehusene i flere år gått med store underskudd. Helse Bergen sitt regnskap for første kvartal i år viser eksempelvis et avvik på nær 13 millioner kroner. Det viser seg at Haukeland Universitetssykehus nå i stedet skrur ned temperaturen i lokalene for å ta igjen noe av det tapte underskuddet. Divisjonsdirektør ved Haukeland Universitetssykehus, Askjell Utaker uttaler i Bergens Tidende 22. april 2010 at alternativet er å kutte i andre deler av driften. Dett er dog å anse som uaktuelt ettersom pasienters behandlingstilbud er det viktigste. Dette er imidlertid en vurdering

¹ www.tv2nyhetene.no

tatt basert på den kapasiteten som finnes ved sykehuset. Noe måtte endres for å bedre den økonomiske situasjonen og styringen på kort sikt.

På bakgrunn av overstående forhold er det grunnlag for å diskutere muligheter for både bedre kapasitetsutnyttelse og økonomisk styring gjennom outsourcing ved norske helseforetak. Samtidig ser vi en økende trend innen outsourcing, noe som har blitt forsterket i kjølvannet av finanskrisen og gitt økende fokus på kostnadseffektivitet. Flere aviser meddeler at omtrent halvparten av bedriftsmarkedet benytter outsourcing i dag, og Dagens IT melder 24. mars 2009 at bruken trolig vil stige og utbre seg til flere sektorer og bedrifter. Hva helsevesenet angår skriver Bergens Tidende 2. mai 2010 at de private innenfor helsevesenet "roper" etter å få ta større del i dette behandlingstilbudet, ettersom private aktører mener de kan bidra til et bedre og bredere helsetilbud til befolkningen. Vi har dermed valgt å se nærmere på dette.

1.2 Begrensning av oppgaven

Masterutredningen vil analysere bruk av outsourcing ved regionale helseforetak. Vi vil analysere bruk av outsourcing, det vil si kjøp i markedet, mot alternativet vertikal integrasjon som innebærer å produsere tjenester internt i foretaket. For å begrense oppgaven vil ikke andre tilpasninger mellom outsourcing og vertikal integrasjon diskuteres. Det innebærer at vi utelater alternative tilpasninger som delvis integrasjon, strategiske allianser og implisitte kontrakter og langtidsrelasjoner (Fjell 2009).

Helsevesenet er organisert i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten er i følge Helse Bergen HF organisert i kommunene, og består av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder, sykehjem og bo- og servicesentre. Statistisk sentralbyrå definerer spesialisthelsetjenesten som å omfatte offentlige sykehus og institusjoner innen somatisk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk og ambulansetjeneste.

I vår masterutredning vil vi fokusere på outsourcing av aktiviteter og tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Innenfor spesialisthelsetjenesten vil vi begrense oppgaven til å gjelde somatiske tjenester, det vil si tjenester som relateres til fysisk behandling av pasienter ved sykehus. Således utelates psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk og ambulansetjeneste.

1.3 Problemstilling

Vi vil undersøke i hvilken grad helseforetak outsourcer sine aktiviteter, samt hva som er bakgrunn for deres bruk av outsourcing. Videre vil vi vurdere hvorvidt bruk av outsourcing er i samsvar med teori for outsourcing, samt diskutere forklarende årsaker til våre resultater.

Masterutredningen tar sikte på å undersøke outsourcing fra norske, regionale helseforetak til private aktører, og vil vi analysere effekter og mulige gevinster av outsourcing. Dermed har vi valgt å fokusere på følgende problemstillinger:

- *I hvilken grad benytter norske regionale helseforetak outsourcing, og hvorfor?*
- *I hvilken grad samsvarer norske regionale helseforetaks bruk av outsourcing med teori for outsourcing, og hvorfor?*

1.4 Markedsavgrensning

Vi har tidligere begrenset oppgaven til analyse av outsourcing av somatiske helsetjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Det vil videre være nødvendig å gjøre en markedsavgrensning. En avgrensning av det relevante markedet legger føring for hvilke aktører som vil være representert i markedet. Dette vil være utgangspunkt for analyse og diskusjon av regionale helseforetaks outsourcing. Vårt formål med oppgaven er å analysere regionale helseforetaks bruk av outsourcing til private aktører som opererer i samme marked som regionale helseforetak.

I følge Konkurransetilsynet vil utgangspunktet for avgrensning av relevant marked være vurdering av hvilke substitutter som finnes for offentlige sykehus. Det nærliggende vil være andre private sykehus, samt utenlandske sykehus.

Hvilke alternativer kundene/ pasientene har til offentlige sykehus i form av geografisk beliggenhet er også av betydning. Det relevante markedet har således både en produktmessig og en geografisk dimensjon.

1.4.1 Produkt

I den produktmessige dimensjonen tas det utgangspunkt i hvilke substitusjonsmuligheter pasienter som behandles ved regionale helseforetak har, det vil si hvilke substitutter som tilfredsstillende samme behov for pasientene. Hva gjelder somatiske tjenester vil private sykehus og klinikker være de mest

nærliggende substitutter for regionale helseforetak, representert ved offentlige sykehus og institusjoner. Dette er imidlertid diskuterbart da de fleste private sykehus og klinikker ikke har mulighet for pasientovernatting etter operasjoner og behandlinger. Offentlige sykehus vil dermed inneha monopol på slike tjenester og således være et eget marked. Likevel er det flere aktører som tilbyr produkter og tjenester som kan karakteriseres som pasientbehandling, og vil for pasienter oppfattes som substitutter da liggedøgn ikke alltid er forutsetning for behandling. Dermed vil flere private sykehus og klinikker kunne tilfredsstillte samme behov for pasienter som offentlige sykehus. Det kan derfor likevel sies å være flere aktører i det relevante markedet. Vi velger derfor å ikke separere sykehus og klinikker med mulighet for liggedøgn eller ikke. Den produktmessige definisjonen vil dermed innebære offentlige og private sykehus og klinikker/institusjoner som tilbyr somatiske helsetjenester.

1.4.2 Geografi

Den geografiske dimensjonen bestemmes ut i fra hvor tilgjengelig andre tilbydere av produktet er for kunden. Vi har definert produktet som somatisk helsetjeneste. Hvilke andre aktører en kunde/pasient henvender seg til for behandling vil være en avgjørende faktor i den geografiske dimensjonen. Dette betyr at en del av foretaket som er identifiserbart og aktører som leverer produkter eller tjenester innenfor ett geografisk område vil være i samme geografiske marked. Et slikt geografisk marked vil enten basere seg på beliggenheten til sykehuset/ foretaket eller kundens lokalisering. Dette vil si at dersom kunden, i vårt tilfelle pasientene, har mulighet til å velge aktør innenfor samme område, vil dette markedet innebære både offentlige og private sykehus som leverer somatiske tjenester.

Tilbydere innenfor et geografisk område som opplever like konkurransevilkår vil motta samme subsidier og står ovenfor samme rammebetingelser og muligheter. Dette vil ikke være tilfellet i markedet for somatiske helsetjenester ettersom private og offentlige tilbydere er underlagt ulike rammebetingelser fra offentlige myndigheter. Dersom private aktører imidlertid er offentlige godkjente institusjoner vil de likevel stille på lik linje i konkurransen med offentlige helseforetak.

I Norge er det innført Fritt Sykehusvalg. Det innebærer at pasienter fritt kan velge sykehus for behandling i eller utenfor helseregionen pasienten tilhører. Pasienten kan velge mellom offentlige sykehus som styres av regionale helseforetak, samt private sykehus som har inngått driftsavtale med regionale helseforetak. Dermed vil alle offentlig godkjente sykehus i Norge som tilbyr pasientbehandling kunne konkurrere om samme pasienter. Dette vil selvsagt være noe begrenset grunnet geografisk avstand og kostnader ved pasienttransport. Vi velger imidlertid å ikke ta hensyn

til slike begrensninger da det også vil utelukke regioner med kort geografisk avstand. Dessuten vil Fritt Sykehusvalg omfatter hele landet uansett region, er og det derfor ikke mulig å skille mellom geografiske markeder i Norge.

Ettersom pasienter har mulighet til å dra utenlands vil dette medføre at også sykehus i utlandet er innunder samme marked. Vi vil på vår side konkludere med at dette faller utenfor vår avgrensning. Dette fordi behandling i utlandet fordrer stor grad av mobilitet blant pasienten, og kan også medføre større økonomiske belastning for pasienten. Tanken er at pasienter ikke skal være nødt til å ta geografisk avstand i betraktning når de vurderer alternativer til offentlige sykehus.

Det geografiske markedet defineres dermed å være Norge. Pasienter kan fritt velge mellom sykehus i Norge, og aktørene i dette markedet vil stå ovenfor like konkurransevilkår.

1.4.3 Oppsummering av relevant marked

Basert på en avgrensning av produkt- og geografisk marked finner vi at utredningen tar sikte på å analysere markedet for somatiske helsetjenester. I dette markedet vil offentlige og offentlig godkjent private tilbydere av somatiske helsetjenester være representert. Videre begrensninger vi markedet til å gjelde somatiske helsetjenester i Norge.

Vi vil dermed i utredningen ta for oss outsourcing fra offentlige regionale helseforetak til private sykehus og klinikker/ institusjoner som opererer i markedet for somatiske helsetjenester i Norge.

1.5 Begrepsavklaring: Outsourcing

Med outsourcing menes kjøp av varer eller tjenester av en ekstern, uavhengig leverandør. Det innebærer utsetting av ansvar, og intern produksjon erstattes av markedstransaksjoner som styres og koordineres gjennom kontraktfestede avtaler (Fjell 2009). Ekstern leverandør forstår vi som en aktør forskjellig fra offentlige sykehus, med andre ord sykehus som ikke driftes av staten Norge.

Den grunnleggende tanken og motivasjonen bak outsourcing forstår vi dermed å være at organisasjonen ikke har den nødvendige kompetanse, kunnskap eller ressurser til å rettfærdiggjøre intern produksjon. Outsourcing kan da bidra til for å oppnå bedre kvalitet og kostnadseffektivitet.

Vi vil i vår utredning fokusere på outsourcing fra offentlige regionale helseforetak til private, uavhengige aktører i markedet. Vi vil dermed redegjøre for differensiering av outsourcingbegrepet i form av operasjonell og strategisk outsourcing. Begrepene kan være overlappende, men skillet kan

være hensiktsmessig da det klargjør motivasjon og strategiske valg for outsourcing. Samtidig at det kan det bidra til en bevisstgjøring av organisasjonens målsetninger samt organisasjonens kompetanseområder.

- **Operasjonell outsourcing**

Innenfor operasjonell outsourcing er fokuset på operasjonelle eller tekniske hensyn. Motiver som økt kostnadseffektivitet eller tilgang på kompetanse eller fagpersoner vil være sentrale².

- **Strategisk outsourcing**

Med begrepet strategisk outsourcing menes outsourcing med sikte på å forsterke organisasjonens strategi³. Vi forstår dette som at motivet for outsourcing er å oppnå strategiske fordeler gjennom bedre kontroll og utnyttelse av ressurser og kapabiliteter organisasjonen er i besittelse av.

1.6 Fremgangsmåte

Vi har i første omgang samlet diverse informasjon om organisering og struktur i norsk helsevesen. Dette for å tilegne oss god forståelse av dagens situasjon. Vi ønsket å danne en forståelse for hvorfor helsevesenet organiseres slik det gjør i dag, samtidig som vi lette etter diskusjonsmomenter. Vårt utgangspunkt var hvorvidt dagens situasjon kunne rettfærdiggjøres på bakgrunn av teori for outsourcing.

Vi vil først presentere er en situasjonsbeskrivelse av norsk helsevesen. Det er et stort emne å angripe, og vi har derfor begrenset fremstillingen til det relevante markedet tidligere presentert. Beskrivelsen vil danne grunnlag for videre analyse av norsk helsevesen og outsourcing.

I det påfølgende vil det bli presentasjon av relevant teori. Vi beskriver teori for outsourcing, for deretter å analysere resultater fra spørreundersøkelse og intervju. Vi vil deretter beskrive metode for innhenting av data og relevant informasjon fra respondenter, samt metode for analyse.

Konklusjon vil dannes på bakgrunn av analyse av resultater og situasjonsbeskrivelse.

² www.totalitet.no

³ www.amesto.no

2 SITUASJONSBESKRIVELSE

Før vi presenterer teori og analyse vil vi gi en situasjonsbeskrivelse av norsk helsevesen, herunder spesialisthelsetjenesten. Vi vil beskrive oppbygning av spesialisthelsetjenesten, samt organisering av helsetjenester og outsourcing til private tilbydere. Dette gjøres fordi norsk helsevesen er et kompleks system, og vi finner det derfor nødvendig å definere ansvar og rollefordelinger. Beskrivelsen vil danne grunnlag for videre analyse av outsourcing.

2.1 Norsk helsevesen

Det overordnede prinsippet i norsk helsevesen er i følge regjeringen rett til lik behandling for alle. Styringsmessig resulterer dette i et statlig styrt helsevesen som er preget av et offentlig monopol. I primærhelsetjenesten er det store innslag av privatpraktiserende aktører, men situasjonen er en annen i spesialhelsetjenesten. Konkurransetilsynet viser til at tilbudet i stor grad er skjermet fra konkurranse og tilbudet er styrt på et nasjonalt plan.

Helsevesenet er i dag organisert og strukturert med et statlig nivå, fire helseregioner og kommunene rundt i landet (Eilertsen 2003). Helseregionene er representert ved regionale helseforetak, heretter definert som RHF, hvor disse er Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge, Helse Vest RHF og Helse Sør- Øst RHF. Hovedansvaret for spesialhelsetjenesten ligger hos helseregionene mens kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten. Det statlige nivået styrer politiske beslutninger og har det overordnede ansvaret for norsk helsevesen.

Det er visse effektivitetsutfordringer i Norsk helsevesen i dag. Vi hører til stadighet i mediene om sykehus som drives med store underskudd. Samtidig øker etterspørselen etter helsetjenester, og dermed også sykehusøkene. I tillegg krever et spredt bosetningsmønster i Norge et desentralisert system. Grupper av lokalsykehus innenfor små geografiske områder kan medføre høye kostnader og ineffektiv styring (Forskningsrådet 2010). Kjerstin Fyllingen, konserndirektør i Trygg Vesta, kommenterer i Dagens Næringsliv 24. mars 2010 at offentlige og private aktører må samarbeide bedre for å løse de voksende kostnadene i norsk helsevesen.

”Likhetstanken løser ikke de store effektivitetsutfordringene vi har i vår helsesektor”.

Kjerstin Fyllingen, konserndirektør i
Trygg Vesta

2.2 Reformen i norsk helsevesen

I de senere år har det vært gjennomført flere reformer i norsk helsevesen (Skjøld Johansen 2009). Innsatsstyrt finansiering ble innført i 1997 og forutsatte innføring av et DRG- system, diagnoserelaterte grupper. I tillegg ble Fritt sykehusvalg innført i 2001, og Sykehusreformen ble implementert i 2002.

2.2.1 DRG- systemet

DRG- systemet er i følge sosial og helsedirektoratet ett skritt i riktig retning av et helhetlig system for aktivitetsmåling og finansiering i helsevesenet. DRG systemet er rettet mot somatisk og klinisk virksomhet (spesialisthelsetjenesten), dog ikke psykiatrisk-, laboratorie- og radiologisk virksomhet. Det er et system hvor RHF mottar innbetalinger med grunnlag i innrapportert behandlingsaktivitet av pasienter. DRG systemet legger til grunn at sykehuset får betalt per behandling som gjennomføres (Eilertsen 2003).

Etter innføring av DRG- systemet vil helseforetak få refusjon for behandling basert på hvilke pasientgrupper som behandles. Behandlingsaktiviteter blir beskrevet gjennom diagnose- og prosedyrekoder, og disse danner grunnlag for refusjonsrater. DRGene er basert på et diagnoseklassifiseringsprogram kalt ICD. Pasienter innen hver DRG skal ligne hverandre medisinsk sett, og forventes å bruke omtrent samme nivå av sykehusressurser. DRG- satser beregnes på bakgrunn av rapporterte, reelle kostnader fra et (representativt) utvalg sykehus for å utføre behandlinger og lignende. DRG- satsen settes deretter lik den gjennomsnittlige behandlingstkostnaden for de utvalgte sykehusene. Dette innebærer at sykehus med en kostnad lavere enn gjennomsnittet vil oppnå en fortjeneste, mens sykehus som har kostnader over DRG-

prisen vil måtte bære et tap. Tanken er at dette systemet skal gi incentiver til å redusere behandlingskostnadene.

Dermed gir DRG systemet både medisinsk og økonomisk informasjon, da økonomi og behandling av pasienter lettere kobles sammen. Systemet medfører dessuten ett større behov og ansvar for dokumentasjonsansvar. "DRG systemet gir nyansert datagrunnlag for styringsformål" forklarer Rønningen og Hanssen i Sosial og Helsedirektoratet.

2.2.2 Fritt sykehusvalg og Sykehusreformen

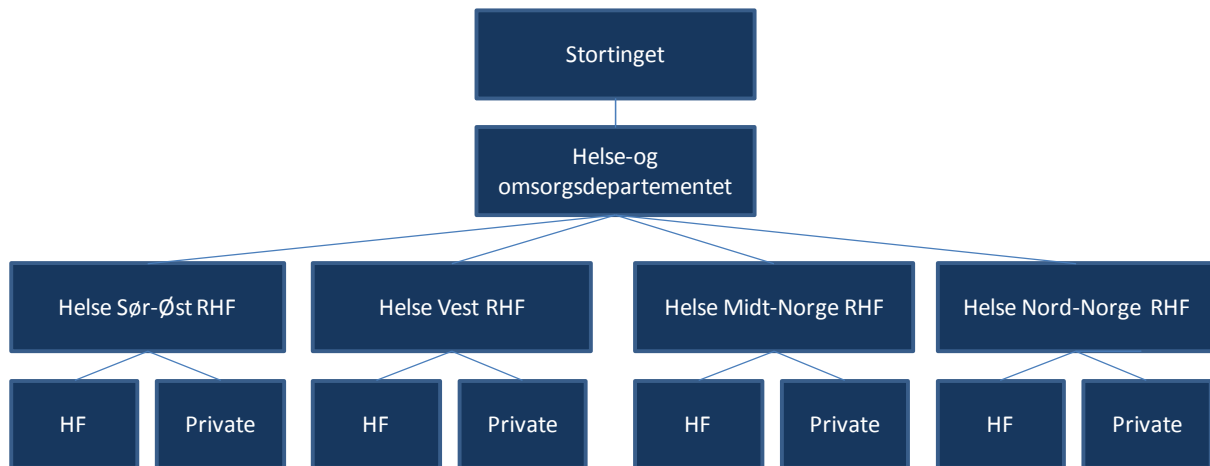
I 2001 ble Fritt sykehusvalg introdusert, og i 2002 fikk vi Sykehusreformen. Dette medbrakte etablering av helseregioner og regionale helseforetak (RHF). Reformene skulle introdusere økonomiske incentiver og større grad av konkurranse i spesialhelsetjenesten. Innsatsstyrt finansiering som tidligere beskrevet introduserte indirekte konkurranse mellom sykehusene, mens Fritt sykehusvalg åpner for direkte konkurranse om pasienter mellom sykehus. Med sykehusreformen ble markedselementer i sektoren innført. I følge SNF rapport 25/06 er imidlertid er sektoren fremdeles offentlig regulert og preges av lite konkurranse.

Hovedformålet med sykehusreformen i 2002 var å sikre ett enhetlig eierskap og helhetlig styring gjennom politisk styring, regional samordning og profesjonell drift (Forskningsrådet 2010). Slik skulle det bli større likhet i helsetilbudet. Det ble på denne bakgrunn innført større innslag av foretaksstyring. Foretaksorganisering skulle forsvarliggjøre strategisk jobbing i sykehusene. Videre påpeker Dagens Næringsliv 3. mai 2010 at dette skulle det gi sykehus større frihet innenfor personalpolitikk. Desentralisering av beslutningsmyndigheter medførte dermed at avdelingslederne ved sykehus må forholde seg til økonomi og strategi i tillegg til medisinske aspekter. Beslutningsmyndighetene ble med andre ord mer desentralisert. I motsetning ble eierskapet mer sentralisert, og ble overført fra fylkeskommunene til staten (Silhuetten, NHH 2007).

Det ble etablert fem regionale helseforetak (RHF) med selvstendig ansvar, og disse står som eier av sykehus som er samlet i statlige helseforetak (HF) innen hvert sitt område. RHF samordner og fordeler aktivitet mellom HF og private aktører. HFene administrerer videre sykehus og institusjoner innenfor gitte, geografiske områder. De regionale helseforetakene ble i 2007 redusert fra fem til fire da Helse Sør RHF og Helse Øst RHF ble slått sammen til Helse Sør- Øst RHF.

Foruten offentlige helseforetak finnes private tilbydere av helsetjenester. Vi har dermed følgende organisering i spesialisthelsetjenesten:

Tabell 2.1. Organisering i spesialisthelsetjenesten.



Innføring av helseforetak skulle skape et marked for sykehustjenester i den offentlige sektor. Det medførte imidlertid også til en konsolidering i sektoren. Antall aktører som konkurrerer om å få utføre tjenester ble redusert da eieransvaret ble overført fra fylkeskommunene til regionale helseforetak.

Hva gjelder den økonomiske styringen av sykehusene, organisering og regnskapsføring, reformen la i følge Regjeringen opp til at sykehusene i større grad skal drives som private foretak. Foretakene er statlig eid, men skal være selvstendige, juridiske enheter som drives med bakgrunn i regnskapslovens regler. Formålet med omleggingen var å bedre effektiviteten på sykehusene. Overordnede helsepolitiske mål fastsettes av staten og skal danne grunnlaget for styringen av foretakene.

Kostnadseffektiviteten ved norske sykehus forbedret seg de første årene etter innføring av reformen, men Den norske legeforening påstår at den per dags dato er fallende. Internasjonale studier bekrefter dette. I "Euro Health Consumer Index 2009" rangeres Norge lavt når det gjelder ventetid for behandling og hvor mye og gode helsetjenester vi får igjen for pengene vi investerer.

Det er imidlertid verdt å merke seg at det at den økonomiske situasjonen ved norske helseforetak har forbedret seg siden innføringen av regionale helseforetak, og det er økt fokus på økonomi og

effektivitet i helseforetakene. Helse Vest RHF rapporterte i 2009 for første gang siden overtakelse av spesialisthelsetjenesten, et positivt økonomisk resultat. Også Helse Nord RHF og Helse Midt- Norge RHF rapporterte positive resultater i 2009. Helse Sør- Øst RHF kunne til tross for et negativt resultat likevel melde om en positiv resultatutvikling. Samlet gikk spesialisthelsetjenesten i Norge i balanse i 2009. På den annen side legges i følge Helse Vest RHF rapport "Helse i Vest" nr 1 2010 ikke skjul på at det gjenstår store utfordringer knyttet til økonomi og kostnadseffektivitet.

Sykehusreformen ga større åpning for at helseforetak selv kan legge ned, flytte og opprette sykehus innenfor helseregionene. Samtidig ble det tillagt sykehusene mer frihet i valg av behandlingstilbud i form av opprettelse, nedleggelse eller flytting av avdelinger. Dermed er det i dag større mulighet for spesialisering og differensiering blant sykehus.

Imidlertid har ikke RHF selv myndighet til å privatisere sykehusvirksomhet, men må gå gjennom en godkjenning fra departementet. Dette innebærer en sentralisert styringsmodell, noe Den norske Legeforening sier er innført for å sikre nasjonale velferdspolitiske mål. Virksomhet som ikke direkte er knyttet til sykehusvirksomhet kan helseforetakene selv organisere uten formell godkjenning fra departementet. Slik virksomhet kan i følge Regjeringen være tjenester innenfor definisjonen sykehusdrift, eksempelvis innenfor bygg og anlegg.

2.2.3 Bestiller- utførermodellen

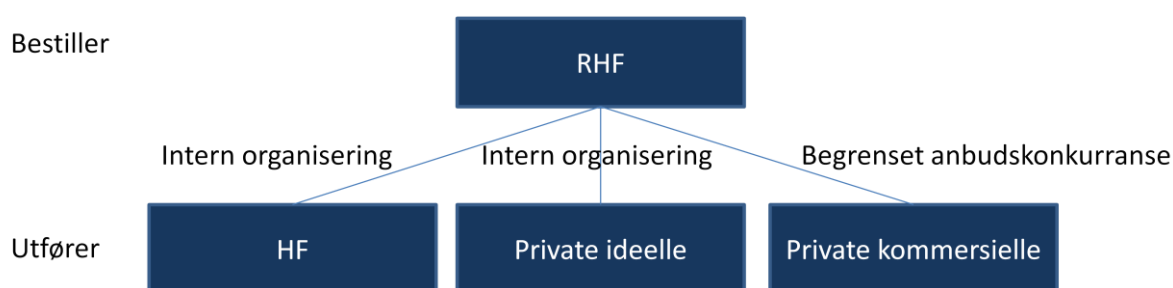
Bestiller- utførermodellen er en organiseringsmodell innenfor offentlig virksomhet. Modellen er basert på kontraktstyring og forhandlinger mellom bestiller og utfører, og var ment å erstatte styring gjennom myndighet (Helse og Omsorgsdepartementet, NOU 2005:3).

Med Sykehusreformen fikk vi i Norge en bestiller – utførermodell i helsevesenet. Etter opprettelse av RHF fikk disse en rolle som bestiller. RHF mottar statlige overføringer og blir tildelt ansvar for å bestille spesialisthelsetjenester for sin region. RHF kan i følge SNF rapport nr 25/06 spille på flere utførere. Dette kan være egne HF, helseforetak utenfor egen region, private sykehus, private spesialister, samt utenlandske sykehus.

Hvordan bestillerfunksjonen utøves varierer mellom RHFene. RHF kan fordele oppgaver og penger innenfor enten konsernorganisering eller ved åpen anbudsrunder. Konsernorganisering innebærer monopol for datterforetak innenfor tildelte geografiske områder så lenge kompetansen rekker, noe modifisert som følge av fritt sykehusvalg. Ved åpen anbudskonkurranse legges spesialisthelsetjenester ut for anbud til private, kommersielle tilbydere. Imidlertid kan denne

organisasjonsformen benevnes som begrenset anbudskonkurranse, da datterforetak ikke skal konkurrere med private om anbud. Gjennomføres anbudskonkurranse er den altså kun rettet mot private tilbydere. I noen tilfeller benyttes også forhandlinger mellom RHF og private aktører. Ordningen åpner for konkurranse på kvalitet og pris på tjenestetilbud gjennom anbudskonkurranser. Hva gjelder de private ideelle tar ikke disse del i anbudskonkurranser. Private ideelle sykehus er organisert gjennom driftsavtaler med RHF slik at dette vil i større grad være intern organisering. I oppfølgingsintervju forklarer RHF at disse har egne styrer og står utenfor styringsstrukturen til RHF, men at for øvrig de behandles som helseforetak. Dette vil si at de tildeles et sørge for- ansvar og finansieres etter samme modell som helseforetakene. Bestiller- utførermodellen illustreres i tabell 2.2.

Tabell 2.2. Bestiller- utførermodell.



2.2.4 RHF og ansvarsområde

RHF' enes ansvarsområde kan defineres ut i fra to roller. For det første har RHF har et sørge for- ansvar som innebærer å sørge for nødvendige spesialhelsetjenester for innbyggerne i helseregionen. RHF skal kartlegge tjenestebehov i regionen, bestiller tjenester hos helseforetak eller private tjenesteleverandører i Norge, og i tillegg fastsette kvalitet - og servicekrav for tjenestene. For det andre har RHF et eier ansvar som hovedleverandør av helsetjenester, og står som eier av helseforetak, HF, i sin region. De skal fordele og samordne funksjoner, og samtidig legge til rette for at helseforetak ivaretar sine oppgaver på en forsvarlig måte. Det skal fremskaffes best mulig helsetjenester for de ressurser som er tilgjengelig, jamfør "lov om helsetjenester i kommunene" av 2009. Dette kan oppnås ved egen drift eller kjøp av tjenester dersom dette bidrar til en bedre løsning av de helsepolitiske målsetningene fastsatt av departementet.

Innenfor norsk helsevesen er forsvarlighetsprinsippet sentralt. Det kan trekkes en parallell mellom forsvarlighetsprinsippet og regionale helseforetak sitt sørge for- ansvar. Sørge for- ansvaret henviser

til å sikre best mulig helsetilbud til befolkningen, og dette vil legge føringer for forsvarlighetsprinsippet. "Best mulig helsetilbud" skal også inkludere forsvarlig utførelse og kvalitetssikring.

I følge regjeringen er hovedhensynet bak kravet om forsvarlighet "å beskytte enkeltmennesker og samfunnet mot handlinger og unnlater som innebærer unødvendig skaderisiko". Dette er videre å anse som en minstestandard, og er en faglig norm og standard hvordan hver enkelt bør innrette sin adferd. Hver enkelt har til enhver tid ansvaret for å opptre forsvarlig, som følges av ansvarlighetsprinsippet, ansvaret for pasient.

Øyeblikkelig hjelp er et av de viktigste, rettslige prinsippene i helserett. Forsvarlighetsprinsippet fremkommer av både spesialisthelsetjenesteloven § 2- 2 og helsepersonelloven § 4, og har som formål å beskytte pasientene gjennom trygghet og forsvarlig behandling. Samtidig er denne standarden til for å kvalitetssikre helsehjelpen pasienter mottar, og således øke tilliten til norsk helsevesen.

Økt konkurranse mellom sykehusene om behandling av pasienter var et av målene bak implementeringen av regjeringens sykehusreform, og skal fremme kvalitet og kostnadskontroll, samt styrke regionale helseforetaks forhandlingsposisjon. Konkurransetilsynet legger vekt på at ved bestiller- utførermodellen er det mulig å skape markeder i offentlig sektor, og et DRG- basert system kan dessuten legge grunnlag for konkurranse mellom offentlige og private aktører. RHFene er også pålagt å ikke diskriminere private aktører i konkurransen om tjenester.

2.3 Private tilbydere av helsetjenester

Helse- og omsorgsdepartementet definerer private aktørers rolle i spesialhelsetjenesten som en medhjelper til å oppnå ett fullverdig og differensiert helsetilbud, og skal fungere som et alternativ, supplement og mulig utfordrer til det offentlige helsetilbudet. Spesialhelsetjenesten er dermed basert på at private aktører bidrar til et spekter av helsetjenester.

Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten presentert i SINTEF rapport bekrefter at det finnes per 2009 tjueto private sykehus i Norge, og disse er hovedsakelig å finne i urbane strøk. Vi kan skille mellom private kommersielle og private ideelle sykehus og institusjoner. WHO, verdens helseorganisasjon, viser til at private ideelle sykehus, dette vil si ikke-profitorientert private sykehus eller institusjoner, i

prinsippet er finansiert av og er en integrert del av det offentlige helsevesenet. Dette er først og fremst private sykehus med lokalsykehusfunksjon som diakonale sykehus og andre sykehus med ideelle formål, og er gjerne basert på en verdiforankring. Slike forankringer kan være ideologiske, religiøse og lignende. Private kommersielle sykehus er sykehus som er profittsøkende og konkurrerer fullt og helt på markedet. Slike aktører vil kunne delta i anbudskonkurranser i regi av RHF for utførelse av spesialisthelsetjenester.

Tjenester ved kommersielle sykehus er basert på tidsavgrensede avtaler med definerte prosedyrer og volum på tjenester. Det er vanlig for slike sykehus å spesialisere seg innenfor avgrensede områder. Virksomheten er basert på planlagt behandling, og det brukes i følge konkurransetilsynet ikke ressurser på akuttbehandling og beredskap.

Foruten sykehus finnes private helseforetak som laboratorier og røntgeninstitutt. I tillegg er det avtalespesialister som tilbyr dagkirurgiske eller generelle tjenester. Avtalespesialister er private spesialister med avtale med regionale helseforetak. De utgjør dermed en del av spesialhelsetjenesten. Avtalespesialistene får henvist pasienter fra fastlege for diagnostikk og behandling. SNF rapport nr 25/06 viser til at på denne måten vil disse aktørene ta hånd om problemer sykehusene ikke har kapasitet eller kompetanse til å håndtere, og bidrar til å ivareta helseforetakenes sørge for- ansvar.

Avtalespesialister har som hovedregel avtale uten tidsbegrensning, og avtalen opphører uten forutgående oppsigelse når avtalespesialisten fyller 70 år. Løpende avtaler kan ikke gjøres tidsbegrenset, og avtalene er personlige og kan ikke overdras. Helse Sør- Øst RHF påpeker at det kan imidlertid inngås tidsbegrensede avtaler dersom det er særskilt og avgrenset behov. Tidsbegrensede avtaler skal ha minimum varighet på tre år.

Høringsuttalelse fra Konkurransetilsynet påpeker at private tjenestetilbydere generer inntekter hovedsakelig i tre former. Dersom tilbyderne har driftsavtale med RHF mottar den driftstilskudd ved utførelse av bestilte tjenester samt takster fra Folketrygden. I tillegg genereres inntekter ved egenbetaling fra pasienter. Private tjenestetilbydere som ikke har driftsavtale med RHF må hente inntekter fra pasientbetaling og eventuelle andre private kilder.

2.4 Outsourcing fra offentlige til private aktører

Det er relativt få private aktører innenfor i spesialisthelsetjenesten, men de er et viktig supplement til de offentlige sykehusene. Private aktører i markedet benyttes først og fremst som et supplement og

for å avhjelpe kjøproblemer, dvs. dersom det er manglende kapasitet innenfor egne foretak. I følge Helse og omsorgsdepartementet utgjør offentlige kjøp av tjenester fra uavhengige tilbydere en liten andel av totale tjenester i spesialisthelsetjenesten. Bruk av private kommersielle sykehus er dessuten et relativt nytt fenomen. Imidlertid har bruk av avtalespesialister i lengre tid vært en del av spesialisthelsetjenesten, og står for et større volum av konsultasjoner per år.

Regionale helseforetak kan benytte kontraktfestede avtaler med private sykehus for å imøtekomme pasienters etterspørsel, så lenge sykehuset er godkjent etter lov om spesialisthelsetjenester. Dersom kontrakten godkjennes av departementet vil utgiftene for pasientene bli dekket på samme vis som ved behandling ved offentlig sykehus. Vurderingskriterier er satt ut ifra om tjenesten ivaretar samfunnsmessige og ressursmessige hensyn. I tillegg må det i følge verdens helseorganisasjon være et behov for tjenesten, den må være faglig forsvarlig og utnytte ressurser som helsepersonell hensiktsmessig. Fokuset skal være å sikre et samsvar mellom behov for sykehustjenester og kapasiteten på sykehusstilbudet.

Sykehustjenester er underlagt konsesjonsregulering. Det impliserer regulering for å sikre at tjenester som leveres tilfredsstillende kvalitetskrav. Ved anbudskonkurranser må aktører dokumentere evne til å produsere tjenester til god kvalitet. Anbudskonkurranser kan avholdes både av RHF og de enkelte HF, men de fleste vil initieres på konsernnivå. Det vil pålegges sanksjoner ved brudd på kvalitetskrav, og reguleringen skal dessuten bidra til å opprettholde samsvar mellom behov for sykehustjenester og kapasiteten i sykehusstilbudet.

Etter sykehusreformen fikk vi en økning i bruken av private sykehus da tempoet i godkjenningen av private kommersielle sykehus økte. Økningen i bruk av private sykehus var særlig innen enklere dagkirurgisk behandling. Samtidig rapporterer Tidsskrift for den norske legeforening at ventetiden på behandling ved offentlige sykehus ble redusert i perioden 2001-2003. Grunnet økt bruk av private aktører og hardere konkurranse i dette markedet ble prisen på disse tjenestene presset ned. Etter 2005 ble det imidlertid en avtagende trend å benytte private aktører. Det kan sees i sammenheng med bestillerdokumentene i 2005 fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHFene. Bestillerdokument definerer hvilke oppgaver som skal utføres påfølgende år, samt krav til de regionale helseforetakene. SAMDATA la i 2006 i tillegg frem sektorrapport for somatiske spesialisthelsetjenester hvor det vises til at det ble lagt føringer for å begrense bruk av private kommersielle sykehus.

I bestillerdokumentene for 2010 fremkommer imidlertid en annen holdning. I motsetning til dokumentene fra 2005 er det ingen klar instruks om å begrense bruk av private. I bestilledokumentet for 2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHFene står det:

De regionale helseforetakene skal innenfor sine økonomiske rammer iverksette tiltak for å redusere ventetidene til behandling, herunder gjøre bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetider på en kostnadseffektiv måte

Det presiseres imidlertid at avtale mellom RHF og private ikke skal undergrave pasientgrunnlaget ved små, offentlige sykehus.

3 Teori

Vi vil i det følgende kapittel gjennomgå aktuell teori for vår problemstilling. Vi vil fokusere på teoriomfang som vi anser som mest relevante for videre analyse av regionale helseforetak og outsourcing. Dermed har vi begrenset presentasjonen til teori for outsourcing.

3.1 Outsourcing

Outsourcing omhandler avveining mellom å kjøpe i markedet og å produsere selv. Det er videre en endring fra tradisjonell tankegang hvor bedrifters eierskap til kapabiliteter anses som hovedkilden til suksess (Gottfredson et al. 2005). Innenfor outsourcingsteori er det i stedet bedriftenes evne til å kontrollere og gjøre mest mulig ut av kapabiliteter bedriften er i besittelse av som er avgjørende faktor, eierskap eller ikke. Outsourcing tillater bedriften å konsentrere sine ressurser om kjerneaktiviteter som best utføres internt, og samtidig kjøpe de aktiviteter som bedriften ikke er tjent med å utføre selv. Dersom foretaket finner kvalifiserte leverandører som kan tilby kritiske funksjoner, er det mulig å oppnå kostnadsgevinster, kvalitetsforbedringer samt en mer strømlinjet organisasjon gjennom bedre ressursallokering og reduserte agentkostnader. Imidlertid vil dette også kunne medføre kostnader i form av koordinering av funksjoner, transaksjonskostnader og lekkasje av sensitiv informasjon (Besanko et al. 2007).

3.1.1 Bedriftens vertikale grenser

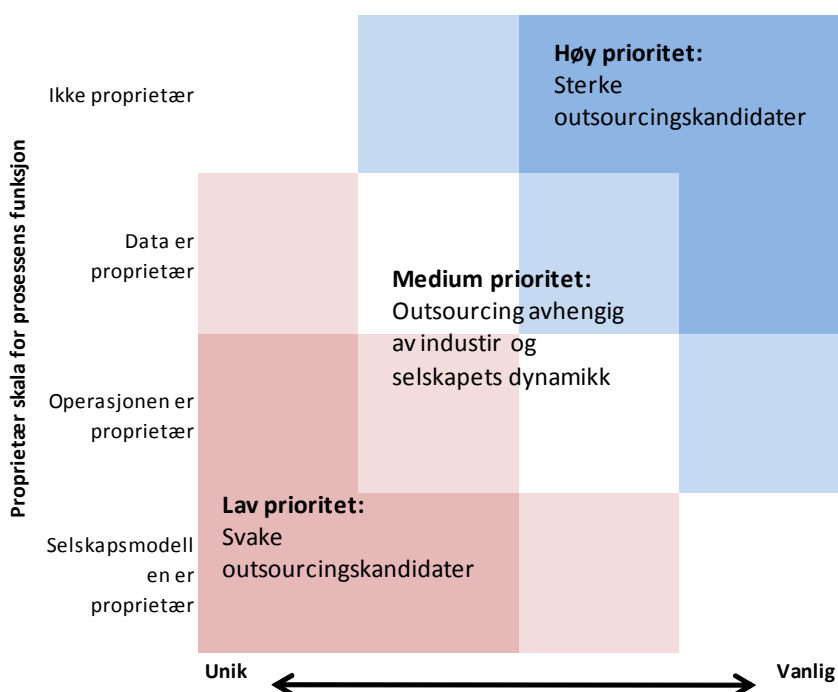
”En vertikal kjede er en prosess som begynner med utvinning eller erverving av råvarer, og slutter med distribusjon eller salg av ferdige produkter” (Fjell 2009). Bedriftens vertikale grenser kjennetegnes av de aktiviteter den selv utfører, som sees i motsetning til de aktiviteter den kjøper fra markedet.

I vurdering av hvilke aktiviteter som kan outsources til markedet vil det være naturlig å ta utgangspunkt i bedriftens kjerneaktiviteter. Dette er aktiviteter som bedriften kan utføre bedre og billigere enn andre (Gottfredson et al. 2005). Det impliserer videre at kjerneaktiviteter ikke bør kjøpes i markedet. Periferiaktiviteter, dvs. aktiviteter som ikke er en del av kjernedriften og som typisk er støtteaktiviteter, vil imidlertid være kandidater for outsourcing, da de ikke representerer noen strategisk fordel for bedriften.

Det er nødvendig å definere kjernevirksomhet og hvordan denne kan utvikle seg over tid for best å tilpasse seg i markedet. Gottfredson et al. (2005) har utviklet matriser for å evaluere kjerneaktiviteter; matrise for outsourcingkandidater og ressursmatrise.

I matrisen for outsourcingkandidater evalueres grad av forretningshemmelighet og hvor standard prosessene er. Aktiviteter som ikke representerer noen forretningshemmelighet og hvor produksjonsprosessen er standard er sterke outsourcingkandidater. Standard prosesser er prosesser aktører i markedet kan gjøre like bra som bedriften selv, og ved å samle produksjon får aktører i markedet mulighet til å oppnå stor- og samdriftsfordeler. Liten grad av forretningshemmelighet medfører liten skade dersom konkurrenter imiterer aktiviteten. I motsetning er unike prosesser som innebærer høy grad av forretningshemmelighet svake kandidater, og er kjerneaktiviteter for bedriften. Mellom disse ytterpunktene må det gjøres avveininger for å avgjøre hvilke aktiviteter som vil være kandidater for outsourcing.

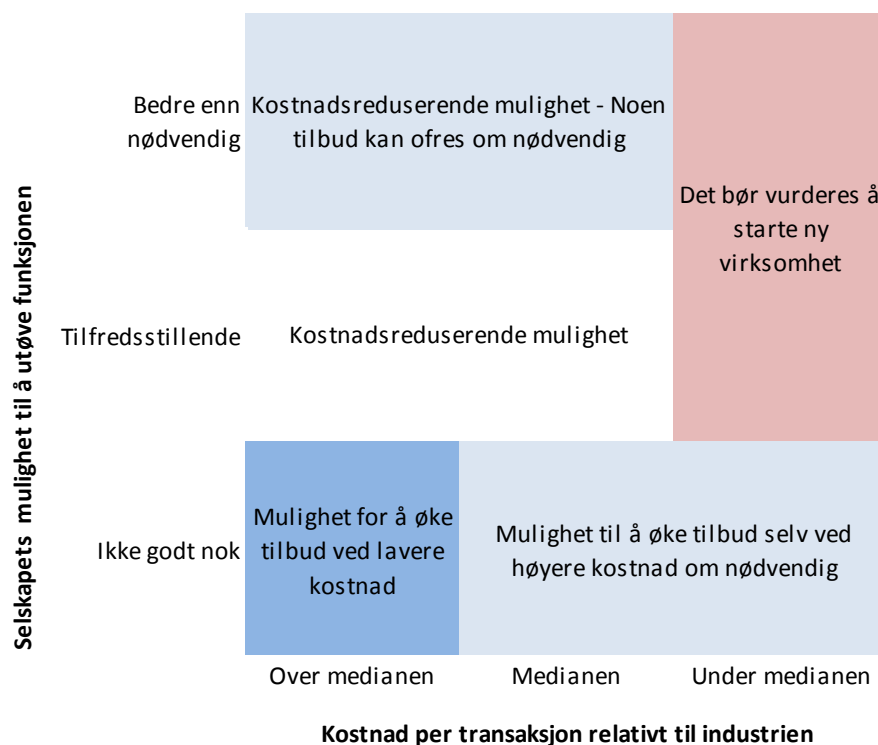
Tabell 3.1. Matrise for outsourcingkandidater.



Etter å ha identifisert hvilke aktiviteter som er sterke kandidater for outsourcing, er det videre ønskelig å evaluere hvor sterke kapabiliteter bedriften besitter er. Det kan gjøres ved hjelp av ressursmatrise for outsourcing hvor kvalitet og kostnadsnivå på aktiviteter vurderes. Dersom bedriftens evne til å utføre en aktivitet ikke er tilstrekkelig samtidig som kostnaden ved utførelse er høy, er dette en naturlig kandidat for outsourcing. Outsourcing kan i slike tilfeller gi rom for kvalitet og kostnadsforbedringer dersom eksterne leverandører har sterkere kapabiliteter enn bedriften, og

dermed kan bidra med bedre kvalitet og kostnadseffektivitet i utførelse aktivitetene. I motsetning vil aktiviteter hvor bedriftens evne til å utføre dem er tilstrekkelig og kostnadsnivået er lavt, ikke å være kandidater for outsourcing. Det vil derimot være potensialet for å sette ut slike aktiviteter som egen virksomhet dersom kvalitet er høy nok og kostnad per transaksjon er tilstrekkelig lav. Mellom ytterpunktene må bedriften gjøre avveininger for å avgjøre hvilke aktiviteter som vil være kandidater for outsourcing.

Tabell 3.2. Ressursmatrise for outsourcing vurderer kvalitet og kostnadsnivå på aktiviteter.



Det er nødvendig å vurdere hver funksjon innenfor bedriften for å kunne styrke bedriftens strategiske posisjon i markedet.

3.1.2 Relevante kostnader og inntekter

Ved vurdering av outsourcing bør relevante kostnader og inntekter defineres for å analysere kostnader ved ulike alternativer. Relevante kostnader og inntekter er kostnader som endres mellom ulike beslutningsalternativer, i vårt tilfelle mellom outsourcing og intern produksjon (Fjell 2009).

Ettersom vi ikke har tilgjengelig informasjon vedrørende kostnadsforhold i regionale helseforetak, vil ikke dette være relevant for oss. Vi belyser nedenfor hva som ligger i de ulike kostnadsbegrepene for å kunne trekke frem verdien av alternativkostnader i analysen.

Variable kostnader varierer ved endring i kostnadsdrivere. Det vil typisk være endring i volum. Dette er beslutningsrelevante kostnader da kostnadene vil endres mellom beslutningsalternativer.

Faste kostnader er per definisjon faste, og vil ikke endres ved ulike beslutningsalternativer eller ved endring i volum og innsatsfaktorpriser. Disse kostnadene er ikke beslutningsrelevante med mindre de endrer seg sprangvis og/eller er reversible.

Alternativkostnader er viktig å definere for å skape et mest mulig korrekt bilde av relevante kostnader og hvordan disse endres mellom beslutningsalternativene. Alternativkostnaden avhenger av ressursforbruk i beste alternative anvendelse. Ved varierende innsatsfaktorpriser og lignende vil også alternativkostnaden variere, og vil påvirke hva som er optimal beslutning.

3.1.3 Fordeler og ulemper ved å kjøpe i markedet

Besanko et al. (2007) presenterer et seks trinns rammeverk for å evaluere fordeler og ulemper ved outsourcing. De seks momentene er:

- Stor- og samdriftsfordeler og ulemper
- Agentkostnader
- Påvirkningskostnader
- Transaksjonskostnader
- Koordinasjonskostnader
- Tap av sensitiv informasjon

Utgangspunktet for rammeverket er at outsourcing kan ha positiv innvirkning på de tre første punktene, mens de tre påfølgende er kostnader og ulemper som kan oppstå ved outsourcing. Imidlertid er det ingen entydige konsekvenser, men vil avhenge av type bedrift og hvilket marked det opereres i.

Vi vil i det følgende ta utgangspunkt i rammeverket til Besanko et al. (2007). Vi vil imidlertid kun presentere det vi mener er relevant teori for videre analyse av RHF's strategi for outsourcing. Dermed gjennomgås de fem første punktene i rammeverket, og innebærer at "tap av sensitiv informasjon" utelates fra fremstillingen, da dette ikke vil være av særlig betydning for RHF. Sykehusproduksjon og

outsourcing av helsetjenester representerer ikke noen form for forretningshemmelighet eller ønske om å holde sensitiv informasjon skjult for konkurrerende aktører, representert ved private sykehus og institusjoner. I tillegg vil enkelte punkter i rammeverket i større grad utdypes enn andre, avhengig av relevans for videre analyse.

3.1.3.1 Stor- og samdriftsfordeler og ulemper

Bedriftens horisontal grense definerer ut i fra i hvilket omfang en bedrift produserer varer og tjenester, det vil si i hvor stor varietet og i hvilket kvantum. Dette vil variere fra bedrift til bedrift og fra bransje til bransje. Kritiske variabler for en bedrifts horisontale grense er stor- og samdriftsfordeler. Stor – og samdriftsfordeler oppstår når det er stor skala i produksjon, distribusjon eller salg innebærer en kostnadsfordel i forhold til mindre produksjonsprosesser. Slike variabler vil således påvirke optimal størrelse på bedrifter og produksjonsprosesser i det relevante markedet, og dermed også påvirke en bedrifts strategiske beslutning i forhold til å produsere selv eller kjøpe i markedet.

Stordriftsfordeler oppstår når gjennomsnittlig kostnad per enhet faller med økt kvantum i produksjon, det vil si det finnes avtakende enhetskostnader opp til ett visst nivå. Dermed vil kostnad ved produksjon være lavest dersom samlet produksjon utføres av en effektiv produsent. En stordriftsfordel avhenger av endring i variable kostnader som måles ved grensekostnaden, kostnaden ved siste produserte enhet, samt hvor store de faste kostnadene er. Jo større andel faste kostnader dess større gevinst ved å kunne spre kostnader over et større volum.

Vi velger å illustrere dette formelt ved hjelp av en egen modell;

$$TK = F + K(Q),$$

hvor F angir de faste kostnadene og K angir de variable kostnadene som avhenger av Q produsert kvantum. Gjennomsnittkostnad kan formelt skrives

$$AK(Q) = \frac{F+K(Q)}{Q}.$$

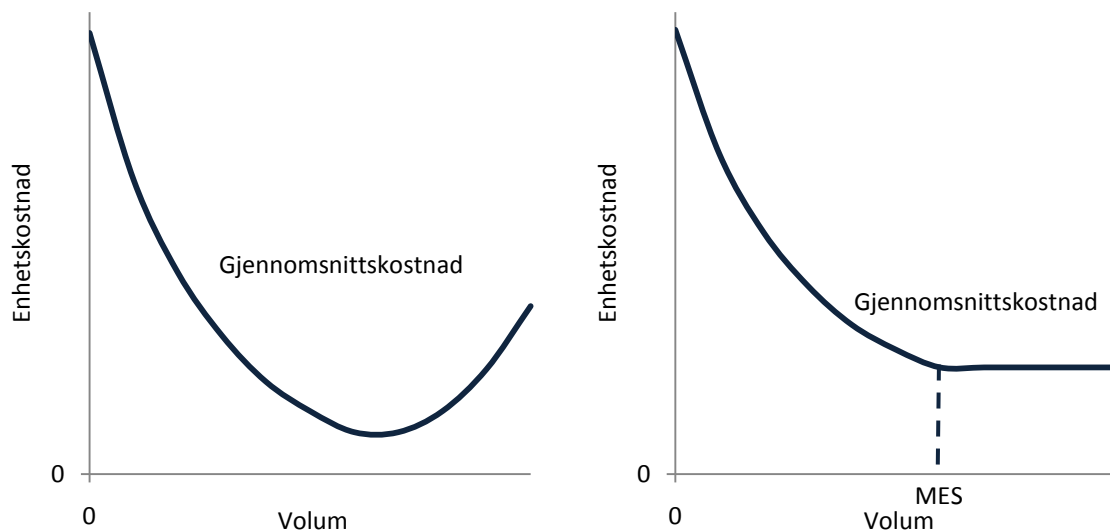
Den deriverte av gjennomsnittkostnaden gir grensekostnaden;

$$\frac{\partial AK}{\partial Q} = \frac{-F+K'(Q)Q-K(Q)}{Q^2}.$$

Dersom det er stordriftsfordeler vil grensekostnaden være lavere enn den totale gjennomsnittkostnaden. Dersom gjennomsnittkostnaden derimot stiger vil grensekostnaden være høyere enn gjennomsnittkostnaden, og vi får stordriftsulemper.

Optimalt produksjonskvantum avhenger av den gjennomsnittlige kostnadskurvens helning og fasong. Kurven illustrerer forholdet mellom gjennomsnittlig kostnad og kvantum. Dersom grensekostnaden er konstant og de faste kostnadene er positive, vil stordriftsfordelen øke i det aktuelle intervallet. Dersom grensekostnaden er stigende vil gjennomsnittlig variable kostnader reduseres til et punkt hvor det oppnås "minimum efficient scale", MES. Kvantum utover dette punktet vil ikke redusere kostnaden ytterligere, dvs. stordriftsulemper utover MES.

Tabell 3.3. Illustrasjon utvikling i gjennomsnittskostnad og minimum efficient scale, MES.



Samdriftsfordeler innebærer kostnadsbesparelser når produksjon av ulike produkter eller tjenester samles til færre, store aktører. Kostnadsbesparelser fra samdriftsfordeler defineres ut ifra gevinsten ved å produsere et utvalg av produkter og tjenester sammen framfor å produsere disse separat.

$$TK(Q_x, Q_y) < TK(Q_x, 0) + TK(0, Q_y)$$

Den inkrementelle kostnaden ved å produsere Q_x enheter av vare X i motsetning til ingen volum, er lavere når bedriften produserer et positivt kvantum Q_y av vare Y. Med inkrementelle kostnader menes kostnadene forbundet med å øke produksjon med én enhet.

For et sykehus kan det eksistere samdriftsfordeler der flere avdelinger deler på bruken av ulike medisinske serviceaktiviteter, operasjonsstuer og utstyr og/ eller bemanning. Deling av ressurser vil

være knyttet til skalafordeler innenfor den ressursen som deles (Porter 1985). Samdriftsfordeler vil kunne komme som en følge av to ulike forhold. For det første vil det totale volumet kunne øke uten at sykehusrelaterte kostnader øker. Dette vil føre til lavere enhetskostnader for denne kostnadsgruppen. For det andre vil man kunne redusere ledig kapasitet i en rekke aktiviteter, noe som vil øke ressursbruken som er pasient relatert.

Vi vil videre beskrive kilder til stor- og samdriftsfordeler og ulemper med fokus på hva vi anser som relevant for regionale helseforetak i beslutning om outsourcing⁴.

- **Delbarhetsproblemer og fallende faste enhetskostnader**

Faste kostnader oppstår når det er delbarhetsproblemer, dette vil si når input ikke kan skaleres ned under et visst nivå selv ved lavt produksjonsvolum. Stor- og samdriftsfordeler oppstår dersom det er mulig å spre disse kostnader over et større produksjonsvolum.

Stor- og samdriftsfordeler relatert til delbarhetsproblemer kan oppstå ved spredning av produksjonsspesifikke kostnader. Slike kostnader kan relateres til utstyr, forskning og utvikling, opplæring og trening, samt kostnader ved oppstart av produksjonsprosess. Dersom kostnadene kan spres over et større produksjonsvolum vil gjennomsnittlige faste enhetskostnader reduseres.

Markedets størrelse kan også ha betydning. Et stort marked gjør spesialisering mer kostnadseffektivt da det muliggjør større spredning av kostnader. Adam Smiths teorem fra *Wealth of nations* (1776) går som følger: "the division of labor is limited by the extent of the market". Dette kan forstås slik at spesialisering ofte betinger betydelige initialinvesteringer. Videre vil disse iverksettes kun dersom det er tilstrekkelig etterspørsel til å dekke kostnadene, dvs. mulighet til å spre dem over et større volum. Teoremet indikerer også at spesialisering vil øke med økt etterspørsel.

Delbarhetsproblemer er mest sannsynlig ved kapitalintensiv produksjon hvor faste kostnader utgjør en stor prosentandel av totale kostnader. Mye produksjonskapital er udelbart, og dermed vil kapitalintensiv produksjon innebære en større andel faste kostnader enn arbeidsintensiv produksjon. Produsert kvantum kan økes ved større utnyttelse av kapital, og gjennomsnittskostnaden vil synke dersom økt utnyttelse er mulig.

⁴ Vi har dermed utelatt følgende kilder til stor- og samdriftsfordeler og ulemper: Stor- og samdriftsfordeler i markedsføring, komplementaritet og "strategic fit", lønnskostnader og bedriftsstørrelse, spre spesialiserte ressurser for tynt, og "conflicting out".

- **Lagerhold**

Bedrifter holder lager for å unngå å gå tom for varer, noe som medfører lagerkostnader. Kostnader forbundet med lagerhold oppstår når ekstra kapitalbinding gir opphav til renter i form av alternativkostnad for kapitalen, og når det er risiko for at lageret vil depreciere i verdi. Lagerkostnader øker dermed gjennomsnittlig kostnad for solgte varer. Generelt kan det antas at kostnaden ved lagerhold øker proporsjonalt med størrelsen på lager i forhold til solgte varer. Imidlertid kan lagerhold gi opphav til stordriftsfordeler. Bedrifter som opererer med et stort volum kan normalt klare seg med et relativt mindre lager og samtidig holde sannsynligheten for å gå tom for varer konstant. Dermed oppstår stor- og/eller samdriftsfordel gjennom reduksjon av variable kostnader for solgte varer. Dette har vi valgt å illustrere i tabell 3.4, og har tatt utgangspunkt i sykehus som må ha blodreserver på lager. To separerte sykehus vil oppleve en høyere lagerkostnad enn et større sammenlått sykehus

Tabell 3.4. Kostnader lagerhold små kontra store sykehus

Lite sykehus		1	1+1
Forbruk blod	Liter/måned	20	40
Standard avik	Liter/måned	30	
Sannsynlighet for å gå tom		5 %	
Lager	Liter	49	98
Kostnad blod	NOK	100	
Gjennomsnittskostnad	NOK	246	246

Stort sykehus (str 2*lite sykehus)		2
Forbruk blod	Liter/måned	40
Standard avik	Liter/måned	42 $\text{SQRT}(40/20)*30$
Sannsynlighet for å gå tom		5 %
Lager	Liter	70 $1,64*42$
Kostnad blod	NOK	100
Gjennomsnittskostnad	NOK	174
Kostnadsbesparelse stort sykehus		29 %

Vi ser her at i vårt eksempel kan større sykehus oppnå en kostnadsbesparelse på 29 % i forhold til mindre sykehus. Denne besparelsen realiseres som en konsekvens av behov for et relativt mindre lager for samme sannsynlighet for å gå tom.

- **Stor- og samdriftsfordeler i innkjøp**

Stor- og samdriftsfordel i innkjøp oppnås dersom pris per enhet av varer eller tjenester reduseres med økning i innkjøpskvantum. Dette kan realiseres dersom selger oppnår besparelser ved å selge til færre store kunder i stedet for flere små, og således kan tilby lavere pris per enhet til store kunder.

Bedrifter kan oppnå kvantumsrabatt ved å samle sine innkjøp i større ordre, eller inngå innkjøpsallianser med andre aktører, for derigjennom å oppnå høyere samlet kvantum og tilhørende prisrabatt. Kvantumsrabatt tilbys av selger dersom kjøper leverer ordre for en vare eller tjeneste av en viss størrelse. Dette kan gi selger mulighet for kostnadsbesparelser i form av lavere faste kostnader relatert til salg.

- **Stor- og samdriftsfordeler i forskning og utvikling**

Forskning og utvikling krever normalt betydelige investeringer. Slike investeringer kan gi opphav til delbarhetsproblemer. Det er normalt en minimum størrelse for lønnsom investering i forskning og utvikling, da gjennomsnittlige faste kostnader vil avhenge av salgsvolum. Dess større salgsvolum dess lavere kostnader for forskning og utvikling per solgte enhet, og dermed kan det oppnås stordriftsfordeler.

Samdriftsfordeler oppstår dersom det er "spillover" effekter mellom ulike forskningsprosjekter, dvs. dersom ideer eller erfaringer fra et prosjekt kan være til nytte i et annet. Dermed kan effektiviteten i forskningsprosjekter økes dersom bedrifter har en portefølje av prosjekter.

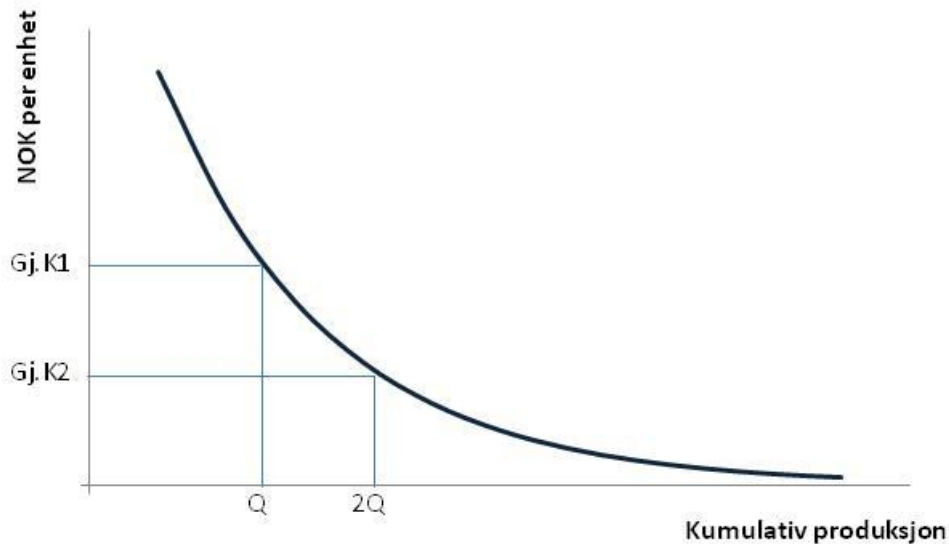
- **Læringskurve**

Læringskurve er ikke en stordriftsfordel, men kan forsterke en allerede eksisterende stordriftsfordel. Læringskurveeffekt oppnås når akkumulert erfaring over tid overføres til redusert enhetskostnad. Dette er mulig da erfaring gjenspeiles i mer kunnskap og effektiv utførelse av aktiviteter. Det er viktig å poengtere at effekten oppnås som følge av akkumulert erfaring, og er dermed ikke en stordriftsfordel, hvor kostnadsfordel er målt ved et gitt produksjonsvolum og ved et gitt tidspunkt. Disse effektene er viktig å skille for ikke å dra feilaktige konklusjoner om fordel relatert til størrelse av markedet.

Størrelsen på læringskurveeffekt kan illustreres ut i fra hvordan helning på gjennomsnittlige kostnader faller ettersom kumulativ produksjon doubles. Utgangspunktet er at en dobling av

kumulativ produksjon vil redusere enhetskostnader, og helning på kurven vil dermed ikke være lineær. Tabell 3.5. Illustrerer sammenhengen mellom kumulativ produksjon og enhetskostnader.

Tabell 3.5 Kostnad per enhet relatert til kumulativ produksjon



Dersom kumulativ produksjon er gitt ved Q , er tilhørende enhetskostnader gitt ved punktet $Gj.K_1$ på grafen, der $Gj.K$ står for gjennomsnittlig kostnad i tilfellet 1. Dersom kumulativ produksjon dobles til $2Q$, er gjennomsnittlig kostnad gitt ved punktet $Gj.K_2$. Helning på kurven vil da være lik $Gj.K_2/Gj.K_1$. Da kurven ikke er lineær vil helningen være mindre enn 1 og implisere læringseffekt. Dersom ingen læringseffekt vil helning være lik 1. Med læringseffekt vil en dobling av produksjon medføre en reduksjon av enhetskostnader.

Ved akkumulert erfaring og kunnskap kan foretak oppnå en strategisk fordel overfor konkurrenter. Akkumulert erfaring og kunnskap muliggjør mer effektiv utførelse, som igjen kan overføres til lavere kostnader, høyere kvalitet og mulig mer effektiv prising og markedsføring.

▪ **Kompleksitetskostnader**

Kompleksitetskostnader oppstår dersom det er flere virksomheter/aktiviteter innfor samme organisasjon. Kompleksitet eksisterer i ulike former, og kan være kostnadsdrivende. Man kan skille mellom bredde- og dybdekompleksitet (Bjørnenak og Nyland 2000). Dybdekompleksitet henspiller til hvor krevende en aktivitet er, mens breddekompleksitet henspiller til størrelsen på tilbud, beredskap og lignende.

Kompleksitetskostnader gir opphav til samdriftsulemper dersom et større antall aktiviteter innefor samme organisasjon gir relativt høyere kostnader enn et mindre antall aktiviteter. Det vil si at produksjon av flere aktiviteter sammen ikke gir lavere kostnad enn å produsere aktivitetene hver for seg. Dette fordi det ikke gir samdriftsfordel å produsere/utfører de ulike aktiviteter, det vil si at $TK(Q_x, Q_y) > TK(Q_x, 0) + TK(0, Q_y)$

Et større antall virksomheter/aktiviteter kan medfører økt kompleksitet og nødvendiggjøre høyere ressursforbruk for å styre virksomheten enn hva tilfellet er ved færre aktiviteter. På grunn av forskjellige aktiviteter innenfor samme foretak, og dermed også større kompleksitet, kreves det mer koordinering og byråkratiarbeid for å styre foretaket. Koordinering krever ressurser, og byråkrati kan følgelig gå på bekostning av annet arbeid. Det kan dermed være kostnadsbesparende å redusere antall virksomheter/aktiviteter.

Kompleksitet i foretaket kan også i større grad nødvendiggjøre insentivordninger rettet mot arbeidere. Dette fordi store og gjerne komplekse foretak gjør det vanskelig å overvåke og kommunisere med arbeiderne.

3.1.3.2 *Agentkostnader*

Agentkostnad er kostnad forbundet med svak innsats fra agenten (ansatte) som bevisst ikke arbeider i beste interesse for bedriften, samt kostnader forbundet med kontroll for å avdekke svak innsats (Fjell 2009). Agentkostnader kan være vanskelig å avdekke, og er især fremtredende i store, uoversiktlige bedrifter. I store bedrifter kan enkeltdivisjoners innsats og lønnsomhet vanskelig evalueres dersom bedriftens felles administrasjonskostninger allokeres mellom divisjoner. I tillegg er flere divisjoner kostnadssentre som ikke genererer inntekt utenfra og som dermed ikke møter noe markedspress. Markeds- eller forbrukerkontroll er normalt overlegen eierkontroll.

Selv dersom bedriftsledelsen er bekjent med agentkostnader er det ofte lettest å overse dem framfor å fjerne dem. Det er fare for lite velvilje innad i organisasjonen dersom sanksjoner innføres, og i tillegg kan konkurransepresset fra markedet være svakt, noe som ikke motiverer ledere til å effektivisere intern drift.

Outsourcing til markedet medfører at bedriften kan unngå agentkostnader forbundet med den aktuelle aktiviteten som eventuelt ville blitt gjennomført internt, og totale agentkostnader reduseres deretter.

▪ **Prinsipal- agentteori**

Prinsipal- agentteori beskriver ett økonomisk forhold hvor den ene parten, prinsipalen, ønsker å sette en annen part, agenten, til å utføre oppgaver. Dette involverer å delegere beslutningsmyndighet til agenten (Alchian og Demsetz 1972). Dersom begge parter ønsker å maksimere sin egen nytte har man grunn til å tro at agenten ikke alltid vil handle i prinsipalens interesse. Dette kan skape ulike former for problemer knyttet til informasjonsasymmetri.

Dette kan være på bakgrunn av (i) manglende informasjon eller (ii) asymmetrisk informasjon. For en prinsipal kan dette for eksempel dreie seg om mangelfull kjennskap til faktisk kvalitet i agentens utførelse.

Asymmetrisk informasjon betyr at aktørene i samme marked ikke besitter samme informasjon. At ikke alle kjenner til samme og relevant informasjon kan ha dramatiske konsekvenser for markedsløsningen. Det er to begrep som vil være eksempler på asymmetrisk informasjon:

▪ **Ugunstig/ skjevt utvalg**

Det er i følge George Akerlof (1970) et tilfelle av skjevt utvalg dersom en aktør ikke kan observere hva type den annen aktør er. Ugunstig/ skjevt utvalg henspiller på den type asymmetrisk informasjon som kan finne sted før en kontraktinngåelse. Med andre ord, agenten har privat informasjon om sin egen produktivitet under kontraktinngåelsen. Kontrakten må tilby tilstrekkelig belønning for å motivere agenten til å avsløre denne informasjonen til prinsipalen (Akerlof 1970). Derimot er det slik at i et effektivt lønssystem vil marginallønnen bli satt lik verdien av arbeidstakerens grenseproduktivitet. Problemet er at arbeidsgiver ikke har informasjon om arbeidstakerens faktiske produktivitet på ansettelsestidspunktet. Prinsipalen må dermed ha knyttet lønnen opp mot forventet grenseproduktivitet. Agenten, dersom den driver lav produktivitet, vil derfor betrakte lønningen som god, mens en agent som yter høy produktivitet vil betrakte lønningen som dårlig. Sistnevnte vil da se seg om etter andre prinsipaler. Dette vil være noe som kan være ugunstig for nåværende prinsipal ettersom resonnementet vil gi utslag i redusert gjennomsnittskvalitet på arbeidskraften. Prinsipalen kan svare med å sette lønnen ned, men vil da risikere å støte bort de mest produktive av de gjenværende agentene/ arbeiderne. Dersom prinsipalen derimot forsøker å heve lønnen vil dette kunne virke attraktivt på de minst produktive av de potensielle agentene. Det optimale vil her være å få aktørene til å avsløre sin private informasjon.

▪ **Moralsk hasard**

I motsetning til ugunstig utvalg, vil moralsk hasard omhandle adferd istedenfor type. Moralsk hasard vil i motsatt følge omfatte den asymmetriske informasjon som kan foreligge i etterkant av en kontraktinngåelse. I følge økonomisk ordbok utarbeidet av professor Anders Dedekam jr, vil moralsk hasard foreligge der aktør "a" ikke kan observere hva en aktør "b" gjør, og hvor dette er av betydning for aktør "a".

Ett mulig effektivitetstap kan dermed oppstå dersom noen vet noe som andre ikke vet, som følge av asymmetrisk informasjon. Problemet er med andre ord ikke knyttet til mengden informasjon, men til at den informasjonen som eksisterer ikke er lik for alle aktører.

Som oftest bestemmes kontrakter før agenten handler, og dersom agentens innsats ikke kan observeres direkte er det en fare for at agenten ikke vil handle i tråd med prinsipalens ønsker. Agentens atferd påvirker altså prinsipalens profitt, mens prinsipalen ikke perfekt kan overvåke agenten

Dersom man kunne observere agentens handlinger og dermed kontraktsfeste disse direkte ville man oppnå ett pareto- optimalt resultat, man vil med andre ord oppnå ett resultat hvor ingen kan få det bedre uten at andre vil få det verre.

Dersom agentens handlinger ikke er verifiserbare, er det i følge Hagen(1990) som regel ikke optimalt for agenten å opptre på en slik måte at dette resultatet er oppnåelig. Problemet er med andre ord at agentens handlinger ikke er verifiserbare. Derimot er output verifiserbart ettersom man kan se og oppleve ett utfall, mens agentens handling påvirker kun sannsynlighetsfordeling av output. Det er dermed sagt en risiko forbundet med virksomheten og hvordan denne risikoen optimalt skal fordeles mellom prinsipal og agent (Dixit 2002).

Utfordringen for prinsipalen blir dermed å utforme ett lønssystem som maksimerer dens nytte av overskuddet. Prinsipalen må motivere agenten til en adferd som er optimal for også agenten. To bi betingelser må være oppfylt for at dette skal kunne være gjeldende. For det første vil agentens innsats valg avhenge av nytten og marginalkostnad for innsatsen han gjør. For det andre må agenten få tilstrekkelig nytte ut av kontraktsforholdet som det han ville fått ved å ha eventuelle andre prinsipaler i stedet for. Hvilken innsats det vil være optimalt å stimulere til avhenger av hva innsatsen koster for agenten og hva den samlet er vedr for både prinsipalen og agenten Bragelien (2005).

3.1.3.3 *Påvirkningskostnader*

Påvirkningskostnader oppstår ved intern lobbyvirksomhet. Dette vil være aktuelt dersom det finnes interne kapitalmarkeder, og dersom det er knappe ressurser. I så tilfellet vil tildeling av ressurser til en intern enhet gi mindre ressurser tilgjengelig til andre enheter. Lobbyvirksomhet definerer vi i denne sammenheng som aktivitet for å påvirke interne ressurs- og /eller kapitalstrømmer. Kostnader ved slik aktivitet kan være direkte kostnader forbundet med tidsforbruk for å endre allokeringer, eller indirekte kostnader forbundet med effektivitetstap grunnet feilallokering av kapital og ressurser.

Store bedrifter som er mer uoversiktlige er mest utsatt for påvirkningskostnader. Dersom intern lobbyvirksomhet forhindrer outsourcing for å ivareta interne stordriftsfordeler, kan dette svekke bedriftens posisjon i markedet. Dette fordi interne stordriftsfordeler ikke nødvendigvis innebærer en fordel overfor andre aktører i markedet.

Outsourcing til markedet medfører at bedriften kan unngå påvirkningskostnader forbundet med den aktuelle aktiviteten, og totale påvirkningskostnader reduseres.

3.1.3.4 *Koordinasjonskostnader*

Outsourcing til markedet innebærer redusert kontroll over den vertikale kjeden. Det kreves dermed økt koordinering av ulike prosesser, og dette medfører kostnader. Ved manglende koordinering kan flaskehals oppstå, og dette kan påføre bedriften skade blant annet i form av negativt rykte og tapte inntekter.

Betydningen av koordinering øker dersom det er knappe marginer og dersom det er kostbart å rette feil. Det gjelder spesielt designattributter; attributter som må kombineres på en spesifikk måte for å ha økonomisk verdi.

Koordineringsproblemer løses ofte gjennom kontraktstyring hvor det spesifiseres ulike vilkår for avtalen samt sanksjoner. Dette utdypes videre under kontrakter og kontraktsrett.

3.1.3.5 *Transaksjonskostnader*

Ved å bruke markedet kan det oppstå kostnader forbundet med transaksjoner mellom bestiller og utfører. Dette er transaksjonskostnader og omfatter kostnader knyttet til å organisere og gjennomføre en bestemt transaksjon. I følge Coase (1937) kan transaksjonskostnader være av avgjørende betydning for hvorvidt en bedrift outsourcer eller produserer internt. Slike kostnader vil

avhenge av type produkt eller tjeneste det dreier seg om og hvordan transaksjonen er organisert. Utgangspunktet er armlengdes markedstransaksjoner mellom uavhengige parter, uten noen formell eller implisitt avtale om gjentatte transaksjoner i framtiden (Fjell 2009).

Det er hovedsakelig to kilder til transaksjonskostnader:

- **Ufullstendige av kontrakter**

Ved å kjøpe i markedet vil kontrakter erstatte eierskap som styringsverktøy. Fullstendige kontrakter vil klargjøre ansvar og rettigheter for alle mulige hendelser og forhold i en markedstransaksjon. Imidlertid vil begrenset rasjonalitet, spesifikasjons- og kontrollproblemer, samt asymmetrisk informasjon gjøre utforming av fullstendige kontrakter vanskelig.

Begrenset rasjonalitet innebærer at partene i en markedstransaksjon har begrenset evne til å forutse alle mulige hendelser og forhold som kan oppstå. Spesifikasjons- og kontrollproblemer gjør det dessuten vanskelig å spesifisere eller kvantifisere forhold i kontrakt, samt kontrollere at utførelse er som beskrevet i kontrakt. Asymmetrisk informasjon innebærer at en part har mer transaksjonsrelevant informasjon enn andre, og kan utnyttes ved utforming av kontrakt. Når informasjon tilbakeholdes eller benyttes for egeninteresser vanskeliggjøres utforming av fullstendig kontrakt.

- **Relasjonsspesifikke investeringer**

Relasjonsspesifikke investeringer er investeringer for å gjennomføre en bestemt transaksjon, og som kun med store kostnader eller stort produktivitetstap kan tilpasses alternativ anvendelse. Dette gir opphav til innlåsning av en eller flere parter, dvs. etter investering er minst en av partene låst til den andre. Det vil påvirke forhandlingsstyrken til partene. Den part som ikke er låst til den spesifikke relasjon kan utnytte andre parter gjennom opportunistisk atferd, dvs. atferd for å bedre egen situasjon på bekostning av andre.

Det finnes ulike typer relasjonsspesifikke investeringer. Fysisk kapitalspesifikke investeringer innebærer investeringer i relasjonsspesifikt utstyr hvor verdi i alternativ anvendelse er lav. Kjøper låses til utfører dersom kjøper må foreta investering, mens utfører låses til kjøper dersom utfører foretar investering. Humankapital- spesifikke investeringer er investeringer i kunnskap eller egenskaper i eller utenfor foretaket som er relatert til en spesiell relasjon. Lokaliseringsspesifikke

investeringer er investeringer i lokalitet. Det kan være kostnadseffektivt å lokalisere vertikale ledd i nærhet av hverandre.

Relasjonsspesifikke investeringer gir oppgav til rente og kvasi- rente. Rente er fortjeneste ved planlagt produksjon. Kvasi- rente er differansen mellom planlagt fortjeneste og fortjeneste i beste anvendelse. Dersom kvasi- renten er større enn null vil det gjøre en part utsatt for opportunistisk atferd fra kontraktspartner, da det er mulighet for ekstra fortjeneste utover planlagt fortjeneste for en eller flere parter. I fullkommen konkurranse vil kvasi- renten alltid være lik null. Fullkommen konkurranse gjør aktører i markedet til pristagere, og det vil dermed danne grunnlag for lik prisstruktur blant alle aktører i markedet. Derfor er det ikke mulighet for alternativ fortjeneste utover planlagt fortjeneste.

Opportunistisk atferd, eller skvis, vil i sammenheng med relasjonsspesifikke investeringer være en situasjon hvor en part stopper opp en transaksjon, og gjennom forhandlinger prøver å tilrive seg en større andel av total fortjeneste på den andre parts bekostning. Foruten tilstedeværelse av kvasi- rente vil dette være mulig dersom kontrakt ikke stipulerer alle mulige forhold og hendelser, dvs. ufullstendig kontrakt.

Konsekvensene av potensielle skvisituasjoner er økt mistillit mellom partene, noe som kan resultere i økte forhandlingskostnader og for dårlig informasjonsutveksling. Dessuten kan konsekvensen være for lave relasjonsspesifikke investeringer, og dermed redusere mulig fortjeneste ved outsourcing.

3.1.4 Kontrakter og kontraktsrett

En kontrakt er en formalisering av løfter og avtaler mellom transaksjonsparter. I følge Olsen og Kvaløy (1999) bør alle forhold som angår partene i en transaksjon inkluderes i en kontrakt, og kan dermed innfries ved tvang av en tredjepart (rettsystemet).

Fullstendige kontrakter vil sikre partene mot opportunistisk atferd, som mangelfull betaling, dårlig kvalitet på tjenester, feilleveranser og lignende. Sikring mot opportunistisk atferd vil videre medføre økt potensial for outsourcing.

Imidlertid påpekes det også at det er sjelden mulig eller ønskelig å skrive fullstendige kontrakter da informasjon ofte ikke er tilgjengelig og/eller vanskelig å verifisere. Kontrakter gjelder typisk forhold i framtiden og fullstendige kontrakter må spesifisere utfall for alle mulige situasjoner. Komplette kontrakter er ofte ikke ønskelige fordi de har en uheldig effekt på partenes motivasjon.

Ufullstendige kontrakter vil imidlertid kunne gi opphav til opportunistisk atferd som følge av begrenset rasjonalitet, asymmetrisk informasjon og spesifikasjon og kontrollproblem. Dermed kan for dårlig sikring gjennom ufullstendige kontrakter føre til for lite handel, noe som kan hindre bedrifter i å optimalisere styring av den vertikale kjeden.

Sikring mot opportunistisk atferd er spesielt relevant ved relasjonsspesifikke investeringer, og når transaksjonen ikke kan fullføres i ett øyeblikk men gjennomføres sekvensielt over tid.

I følge Kjerstad og Olsen (2002) vil optimal kontraktslengde avhenge av kontekst. Dette medfører at konkurransemessig og organisatorisk design må tilpasses til de egenskaper og forhold som følger prosjektet, prinsipalen og agenten. Ulike kombinasjoner av disse egenskapene krever følgelig ulike organisatoriske og kontraktsmessige løsninger. Hvorvidt prinsipalen har behov for streng kontroll over kostnadene, og i hvilken grad prinsipalen har behov for å påvirke utførelsen av prosjektet, er ulike grader av fleksibilitets hensyn som må tas med i kontraktsdesign. I hvilken grad det er nødvendig med samlokalisering av kontraktspartene, som ved tilfeller med drifts og vedlikeholdskontrakter, er også avgjørende for hvilken type kontrakt som bør inngås (Bjorvatn et al. 2002). Behovet for tett koordinering kan i prinsippet tale for relasjonskontrakter eller vertikal integrasjon. På den annen side er fokus på optimal arbeidsdeling og konkurranse i markedet sterke argumenter for outsourcing.

Kontraktsrett kan bidra til å oppnå mer effektive markedstransaksjoner (Besanko et al. 2007). Lovgivning dekker de fleste forhold og kan bidra til å fylle ut ufullstendige kontrakter. Imidlertid er ikke kontraktsrett en fullgod beskyttelse, da rettsvister kan være kostbare og gi usikre utfall.

3.1.5 Teknisk effektivitet kontra agenteffektivitet

Hva som outsources og i hvor stor grad vil bero på vurdering av hvilke kostnader som oppstår ved kjøp i markedet kontra intern produksjon. Dette kan relateres til teknisk- og agenteffektivitet (Besanko et al. 2007). Den optimale organisering av virksomheten vil maksimere summen av agent- og teknisk effektivitet.

Teknisk effektivitet refererer til effektivitet i intern produksjon. Det innebærer størst mulig produsert kvantum fra gitte ressurser, eller lavest mulig kostnader for et gitt produksjonsvolum (Fjell 2009). Teknisk effektivitet vil dermed indikere hvorvidt virksomheten benytter den minst kostnadskrevende metode i produksjon. Teknisk effektivitet øker gjerne med økt spesialisering og/eller grad av

relasjonsspesifikke investeringer, da spesialisering kan forbindes med stor- og samdriftsfordeler. Kostnadsforskjellen mellom intern eller ekstern produksjon vil imidlertid alltid være positiv, da aktører i markedet kan samle etterspørsel fra flere kjøpere og dermed dra bedre nytte av stor- og samdriftsfordeler.

Agenteffektivitet refererer til effektivitet i den vertikale kjeden. Det innebærer å minimere koordinasjons-, agent- og transaksjonskostnader for gitt produksjonskvantum. Ved ekstern produksjon innebærer agenteffektivitet koordinasjons- og transaksjonskostnader og lekkasje av sensitiv informasjon. Ved intern produksjon innebærer det agent- og påvirkningskostnader. Agenteffektivitet handler altså om effektivitet i utveksling og produksjon av produkter og tjenester. Ved liten grad av relasjonsspesifikk produksjonskapital vil intern produksjon være mer kostbart enn kjøp i markedet. Transaksjonskostnader vil ikke være betydelige i fravær av relasjonsspesifikke investeringer, og dessuten gir markedet bedre incentiver for kostnadseffektivitet og innovasjon. Kjøp i markedet vil derfor også redusere agent- og påvirkningskostnader. Ved økende grad av relasjonsspesifikk produksjonskapital vil imidlertid intern produksjon være å foretrekke, da hold- og oppbevaringsproblemer og koordineringskostnader kan oppstå.

I beslutning om kjøp i markedet eller vertikal integrasjon kan teknisk- og agenteffektivitet gi motstridende implikasjoner. Det er derfor nødvendig å gjøre avveininger. Eksempelvis vil standard prosesser hvor stordriftsfordeler er mulig å oppnå i markedet egne seg for outsourcing. Imidlertid kan kjøp i markedet redusere agenteffektiviteten grunnet økte koordinasjons- og transaksjonskostnader.

Dersom det er stor grad av stor- og samdriftsfordeler i produksjon kan kjøp i markedet være kostnadseffektivt, da man ikke kan oppnå fordeler i like stor grad internt. Dersom markedets størrelse vokser vil imidlertid teknisk effektivitet tilsi størst effektivitet ved intern produksjon. Dette gir foretak bedre mulighet til å oppnå stordriftsfordeler.

3.1.7 Styring ved outsourcing

Å gå fra egenproduksjon til kjøp i markedet innebærer overgang fra styring gjennom eierskap til styring gjennom kontrakt (Fjell 2009). Det stiller store krav til kontrakt som skal dekke alle forhold eierskapet dekket. Dessuten kan bedrifter oppleve mindre fleksibilitet ved styring gjennom kontrakt. Handlingsregler er kontraktsbestemt og kan ikke umiddelbart endres ved uforutsette hendelser.

Imidlertid vil større fleksibilitet innebære mer usikkerhet. Flexibilitet i kontrakt gir stort spillerom for kontraktspartner, og kan også utnyttes i form av opportunistisk atferd.

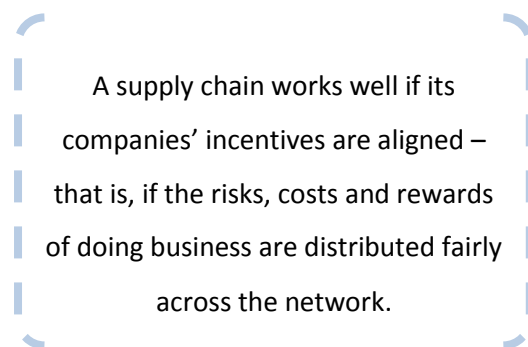
Kontraktstyring medfører altså visse utfordringer. Aktører i en markedstransaksjon må gjennom forhandlinger og mulige reforhandlinger, og dette innebærer kostnader. Utforming av en god kontrakt er imidlertid nøkkelen til god kontraktstyring.

Styring gjennom kontrakt kan gjøre utilfredsstillende forhold lettere å kritisere og disiplinere enn hva tilfellet er ved intern produksjon. Dette fordi det ikke lenger er internt anliggende problemer. Det er enklere ikke å fornye kontrakt eller å kritisere svakheter ved outsourcing til eksterne aktører. Internt i bedriften kan derimot arbeidslovgivning samt arbeidsmiljø gjøre oppsigelser på grunnlag av utilfredsstillende innsats vanskelig.

Ved outsourcing vil det i tillegg utføres brukerkontroll av utfører på anbudstidspunktet. Det vil redusere sannsynligheten for utilfredsstillende forhold i etterkant.

3.1.7.1 Samkjøring av insentiver

Det overordnede prinsippet i styring av verdikjeden er samkjøring av insentiver. Narayanan og Raman (2004) sier i sin artikkel "aligning incentives in a supply chain":



A supply chain works well if its companies' incentives are aligned – that is, if the risks, costs and rewards of doing business are distributed fairly across the network.

Med dette utsagnet menes det at samkjøring av insentiver er nødvendig for effektiv styring av verdikjeden. Det vil videre innebære at risiko, kostnader og belønning er rettfærdig fordelt i verdikjeden. Rettfærdig kan her bety rettfærdig i forhold til innsats og ansvarsfordeling.

Å maksimere egne interesser kan medføre suboptimalisering for verdikjeden. Suboptimalisering er i følge velferdstinget (2005) "at en enhet/del velger en løsning som er fordelaktig for seg selv, uten å

ta hensyn til effekten på helheten, fremfor å velge den løsningen som gagnar helheten best". Det er dermed behov for å samkjøre interesser i verdikjeden for å oppnå optimalt.

Samkjøring innebærer å opplyse parter i verdikjeden og dele informasjon om hverandres handlinger, for deretter å klarlegge hva som samlet vil medbringe optimal effektivitet for hele kjeden. Dette vanskeliggjøres imidlertid av informasjonsasymmetri og dårlig utformede insentivproblemer. På grunn av informasjonsasymmetri kan ikke forskjellige ledd i verdikjeden observere hva andre foretar seg. Dermed er det vanskelig å overbevise andre om hva som er best for kjeden. I tillegg kan dårlig utformede insentivsystemer gi feil fokus og dermed lite optimal samkjøring i verdikjeden.

Informasjonsdeling fordrer tillitt mellom partene i verdikjeden. Klare kontrakter er en hjelpende faktor, samt renommé og langvarige forhold/ implisitte kontrakter. Sistnevnte medfører imidlertid visse utfordringer, da implisitte, langvarige kontrakter reduserer noe av markedskontrollen som oppstår ved outsourcing.

3.2 Oppsummering av teori

Vår beskrivelse av en bedrifts vertikale grense samt fordeler og ulemper ved outsourcing har tatt utgangspunkt i Besanko et al. (2007) sitt rammeverk. Teoribeskrivelse vil videre være grunnlag for diskusjon og analyse av regionale helseforetaks, RHF, outsourcing av somatiske helsetjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer forventning om at RHF outsourcer de tjenester hvor det oppnås stor- eller samdriftsfordeler i markedet og/eller reduserer agent- og påvirkningskostnader. Outsourcing kan imidlertid medføre kostnader i form av transaksjons- og koordinasjonskostnader. Det er dermed forventet at RHF vil gjøre avveininger mellom fordeler og ulemper ved outsourcing. Dette kan gjøres med utgangspunkt i avveining mellom teknisk- og agenteffektivitet.

Outsourcing kan medføre konsekvenser for styring av verdikjeden. Dette er først og fremst en konsekvens av at bedriften/foretaket går fra styring gjennom eierskap til styring gjennom kontrakt. Styring gjennom kontrakt nødvendiggjør god samkjøring av insentiver i verdikjeden for å unngå suboptimalisering i verdikjeden. Samtidig vil styring gjennomkontrakt nødvendiggjøre utforming av kontrakter som skal dekke alle forhold eierskap før dekket. Dette kan medføre redusert fleksibilitet og kontroll av den vertikale kjeden for bedriften/foretaket. Det kan imidlertid også gjøre kontroll og endring av utilfredsstillende forhold enklere grunnet større grad av markedskontroll, og det der dessuten enklere å endre problemer som ikke er internt anliggende. Det er dermed forventet at RHF

vil oppleve visse styringsmessige konsekvenser grunnet deres outsourcingaktivitet. Dette vil imidlertid avhenge av kontraktsutforming og forholdet mellom transaksjonspartene.

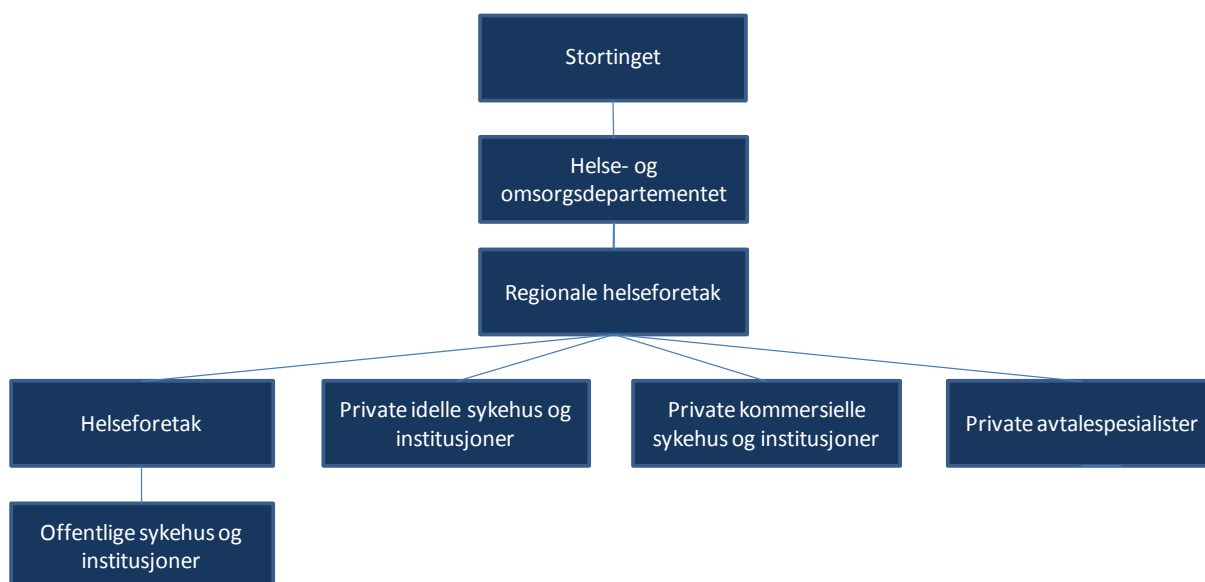
4 ANALYSE: RHF OG OUTSOURCING

Resultater fra spørreundersøkelsen samt intervjuer vil her analyseres med utgangspunkt i teori for outsourcing. Vi har foretatt spørreundersøkelse blant de fire regionale helseforetakene i Norge. Alle helseforetakene har deltatt i spørreundersøkelsen. Av hensyn til anonymisering vil disse foretakene bli referert til som RHF 1, RHF 2, RHF 3 og RHF 4.

Regionale helseforetaks outsourcing av helsetjenester forventes å bunne i en strategi for å oppnå forbedret organisering av den vertikale kjeden. Dette vil videre forventes å skape kostnads- og effektivitetsgevinster i form av bedre samhandling og utnyttelse av ressurser mellom aktører i den vertikale kjeden. Videre forventes det at outsourcing gir rom for større fokus på foretakenes kjerneaktiviteter, noe som også kan gi bedre kvalitet og effektivitet i utførelse av aktiviteter.

Analysen vil videre ta utgangspunkt i eierskapskjede og vertikale kjede for helsetjenester illustrert i tabell 4.1 og 4.2. Tabellene tar utgangspunkt i eierskapskjeden presentert i del 2, og regionale helseforetak representerer her alle fire RHF. Hvert RHF har valg mellom å organisere via egne datterforetak, HF, eller via private ideelle og private kommersielle aktører.

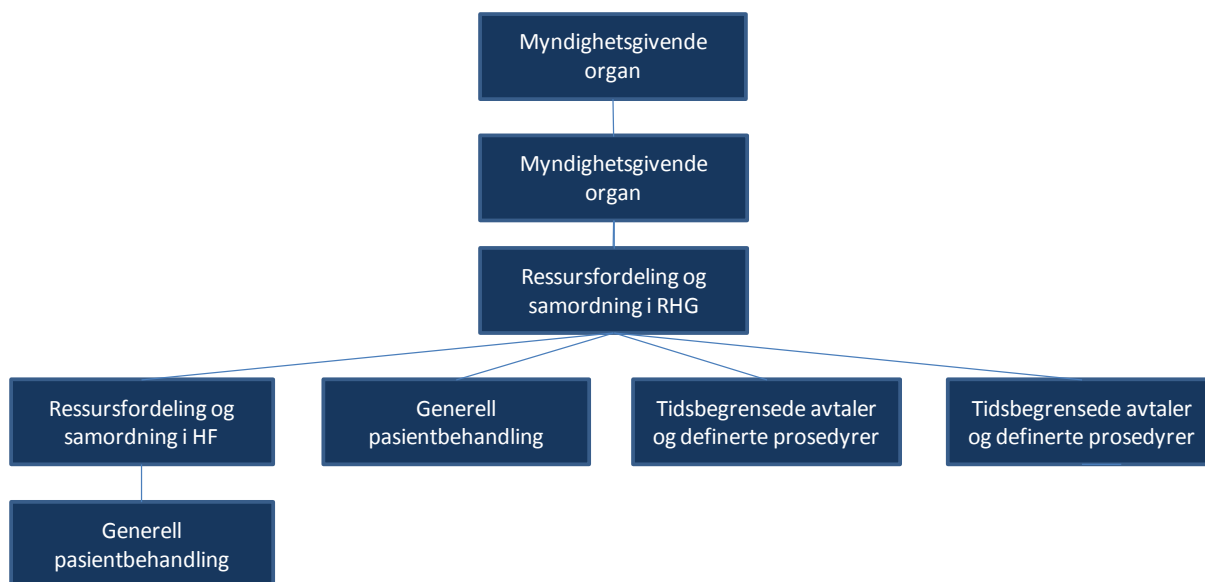
Tabell 4.1. Eierskapskjede for helsetjenester



RHF, under statlig eierskap og styring, bestiller tjenester fra datterforetak, HF, eller av private tilbydere som ikke er tilknyttet RHF. Private tilbydere må være godkjent fra statlig hold for å kunne tilby tjenester til RHF gjennom kontraktfestede avtaler.

Eierskapskjeden er utgangspunktet for å illustrere myndighetsfordeling og ressursfordeling innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette illustreres i tabell 4.2.

Tabell 4.2. Verdikjede for helsetjenester⁵



Et verdinettverk kan imidlertid være en bedre beskrivelse for organisering av helsetjenester. I følge Stabell og Fjellstad (1998) står samhandling sentralt i verdinettverk, og muliggjør kommunikasjon og utveksling av ideer mellom parter. I helsevesenet er det et stort fokus på nettopp samhandling for å koble ledd sammen og bidra til god problemløsning. Resultatet er snarere individuell tilpasset behandling enn standardiserte helsetjenester. Problemløsning er interaktiv, og det kreves ulike innsatsfaktorer og kompetanse for å løse problemer som oppstår.

⁵ Verdikjeden illustrerer rollefordeling blant aktørene presentert i tabell 4.1.

4.1 Definisjon av kjerneaktivitet og outsourcingkandidater

Utgangspunktet for å evaluere outsourcing er å definere foretakenes vertikale grense. RHF's vertikale grenser defineres ut ifra hvilke tjenester som utføres internt i motsetning til tjenester som outsources til private tilbydere i markedet. Det er dermed sentralt å definere helseforetakenes kjerne- og støtteaktiviteter da et slikt skille vil indikere hvilke aktiviteter som er naturlige kandidater for outsourcing. En kartlegging av helseforetakenes kjerne- og støtteaktiviteter gir altså grunnlag for å definere helseforetakenes vertikale grense. Det vil være å forvente at kjerneaktivitet defineres som helseforetakenes spesialområder innenfor pasientbehandling. Dette er aktiviteter helseforetakene forventes å kunne utføre like bra eller bedre enn andre aktører i markedet, og er således ikke kandidater for outsourcing. I motsetning forventes det at støtteaktiviteter som ikke inngår i kjerneaktivitet outsources av RHF, da dette ofte er standard aktiviteter som foretakene ikke har kapabiliteter til å utføre bedre internt enn i markedet.

RHF ble i spørreundersøkelsen bedt om definere deres kjerneaktivitet samt redegjøre for hvilke aktiviteter som outsources. Dette vil danne grunnlag for analyse av RHF's vertikale grense. Kjerneaktivitet ble på bakgrunn i teori for outsourcing presentert av Gottfredson et al. (2005) beskrevet for respondentene som aktivitet foretakene kan gjøre minst like bra eller bedre enn andre, og som er dermed er foretakenes primæraktiviteter. Av de spurte helseforetakene har samtlige respondenter besvart spørsmålet. Resultatene oppsummeres i tabell 4.3.

Tabell 4.3. RHFers definisjon av kjerneaktivitet og aktiviteter som outsources.

Helseforetak	Kjerneaktivitet	Outsourcer
RHF 1	Pasientbehandling, undervisning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende	Kirurgi, rehabilitering, rus, lab og røntgen
RHF 2	Pasientbehandling og – pleie	En rekke ulike tjenester knyttet til diagnostisering og behandling av pasienter- ulike diagnoser
RHF 3	Spesialisthelsetjeneste	Diverse helsetjenester
RHF 4	Behandling, utdanning, forskning og opplæring	Private sykehustjenester, private spesialiserte rehabiliteringstjenester, laboratorietjenester, radiologitjenester, privat tverrspesialisert rusbehandling og private tjenester innen psykisk helsevern

Merk: Masterutredningen tar sikte på å analysere outsourcing innenfor somatiske helsetjenester. Vi vil derfor konsentrere analysen om slike aktiviteter, og ser bort ifra aktiviteter utenfor denne definisjonen.

RHFene er i stor grad samkjørt hva gjelder definisjon av deres kjerneaktivitet. Aktiviteter som går igjen som kjerneaktivitet er generell pasientbehandling og -pleie, forskning og utdanning. RHF 3 definerer deres kjerneaktivitet noe bredere enn de resterende RHF, og velger å definere deres kjerneaktivitet som spesialisthelsetjenester. Denne definisjonen vil foruten pasientbehandling, forskning og utdanning omfavne psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk og ambulansetjeneste. Dette er imidlertid aktiviteter som kommer utenfor vår avgrensning av oppgaven, og vi velger derfor å fokusere på helsetjenester innen somatiske aktiviteter.

De aktiviteter som outsources innenfor somatiske helsetjenester er diverse sykehustjenester som diagnostisering, kirurgi og annen pasientbehandling, samt støttetjenester som laboratorie- og radiologitjenester.

Resultatene overbestemmer til en viss grad med våre forutsetninger. RHFenes definisjon av kjerneaktivitet som pasientbehandling, forskning og utdanning er aktiviteter som forventes å være helseforetakenes fokusområder. Imidlertid synes helseforetakenes definisjon av kjernevirksomhet å være noe altomfattende, og det dermed vanskelig å gi noen entydig definisjon av kjerneaktivitet. Det

fremkommer heller ikke å være spesialiserte fagområder hvor helseregioner besitter mer kompetanse enn andre.

Hva gjelder aktiviteter som outsources strider resultatene i større grad mot angitte forutsetninger. Kun RHF 4 angir støttetjenester som kandidater for outourcing. De resterende RHF outsourcer aktiviteter innenfor pasientbehandling, og dermed også innenfor deres definisjon av kjerneaktivitet.

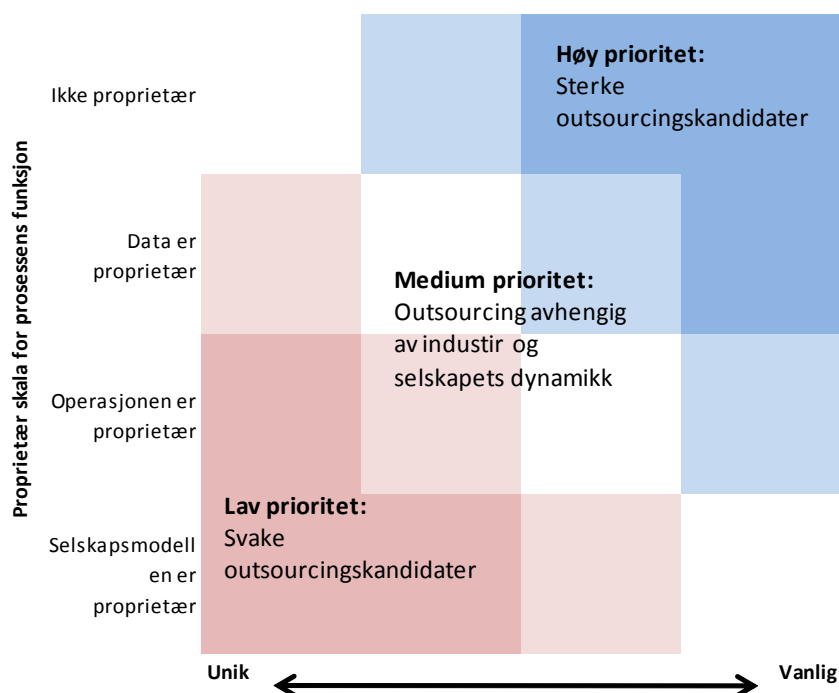
Vi vil videre gjøre en nærmere analyse av helseforetakenes kjerneaktivitet og outsourcingkandidater.

4.1.2 Matrise for outsourcingkandidater og ressursmatrise

Med utgangspunkt i matriser utarbeidet av Gottfredson et al. (2005) vil overstående resultater analyseres. Matrisene muliggjør evaluering av egnete aktiviteter for outsourcing, og på den bakgrunn kan RHF's vertikale grense defineres.

Ved hjelp av Gottfredson et al. (2005) sin matrise for outsourcingkandidater vurderes hvor standard prosessene er samt hvilken grad av forretningshemmelighet aktivitetene representerer. Matrisen presenteres i tabell 4.4.

Tabell 4.4. Matrise for outsourcingkandidater.



Ingen av respondentene outsourcer aktiviteter relatert til forskning og utdanning, og dette er også definert som kjerneaktivitet. Det er også aktiviteter hvor helseforetakene forventes å besitte betydelig kompetanse da de bidrar til utdanning av helsepersonell og forskning. Dermed er ikke slike aktiviteter naturlige kandidater for outsourcing, og resultatet fra spørreundersøkelsen er som forventet. Samtidig er ikke dette å anse som somatiske helsetjenester, og er dermed utenfor vårt fokusområde.

Det er imidlertid vanskeligere å kategorisere den delen av kjerneaktivitet som helseforetakene definerer som generell pasientbehandling- og pleie. Dette fordi helseforetakene ikke skiller mellom ulike aktiviteter innefor pasientbehandling.

Blant de aktiviteter som RHF outsourcer er det innslag av standard prosesser. Støttetjenester som laboratorietjenester og radiologitjenester aktiviteter som i større grad kan utføres ved hjelp av standard prosesser. Imidlertid er støttetjenester en liten del av aktiviteter som outsources. De resterende aktiviteter som outsources er innen pasientbehandling og diagnostikk. Dette omfavner mer komplekse aktiviteter, og er et begrep som innebærer en rekke ulike behandlingsaktiviteter ved RHF som må tilpasses etter behov. Således kan det sies at slike tjenester er mer unike enn standard støttetjenester, og vil da kunne kreve unik ekspertise internt innenfor RHF. Det kan imidlertid antas at enkelte aktiviteter innen pasientbehandling og diagnostisering kan kategoriseres som standard prosesser, i den grad aktivitetene er daglige eller standard prosedyrer uten store krav til unik fagkompetanse. Vi baserer oss dermed på at slike aktiviteter likevel egne seg for outsourcing.

En kategorisering av helsetjenester som standard eller unike er imidlertid lite hensiktsmessig. De fleste private sykehus eller institusjoner tilbyr en form for spesialiserte tjenester, og outsourcing til slike tilbydere vil gjerne kunne i et ønske om å få tilgang til slik kompetanse. Det er dermed ikke grunnlag for at aktiviteter som outsources først og fremst skal være standard støtteaktiviteter. Vi ser også at RHF outsourcer tjenester til spesialister. Samtidig fremkommer RHFenes strategi for outsourcing fra intervjuer i hovedsak å være basert på et ønske om å oppnå best mulig kvalitet for tilgjengelige ressurser og innenfor gitte budsjettammer. Det innebærer en vurdering av kompetanse tilbudt eksternt i forhold til internt, og ikke hvilke aktiviteter som er å anse som kjerneaktivitet eller støtteaktivitet.

I hvilken grad aktivitetene er proprietære for foretaket eller ikke henspiller på hvilken grad aktivitetene representerer forretningshemmelighet for foretaket. Aktiviteter innenfor somatiske helsetjenester synes i liten grad å representere noen forretningshemmelighet for foretakene. Det er knyttet liten risiko til tap eller imitering av strategiske fordeler og kapabiliteter ved outsourcing av helsetjenester. Imitering av aktivitetene vil ikke påføre RHF skade i form av tapte

konkurransfordeler. Dette fordi aktivitetene ikke har forankring i særegne strategier for RHF, og det er dermed ikke behov for å beskytte seg eller posisjonere seg mot konkurrenter i form av forretningshemmeligheter. Dette kan antas å gjelde de fleste aktiviteter som utføres ved RHF, da markedet er preget av et statlig regulert monopol med lite innslag av konkurranse. De private aktører som finnes i markedet må godkjennes av staten før RHF kan outsource tjenester til private tjenestetilbydere, og således kontrollerer staten konkurransen i markedet i noen grad. Liten grad av forretningshemmelighet er også noe som fremkommer fra spørreundersøkelsen. Ingen av respondentene mener tap av sensitiv informasjon er en konsekvens av outsourcing. Dette fremkommer ved spørsmål om motivasjon for og konsekvenser ved outsourcing, og vil presenteres senere i analysen.

Det kan på den annen side påpekes at innføring av Sykehusreformen i 2002 har medbrakt større innslag av konkurranse i markedet, og sykehus konkurrerer i større grad enn før om pasienter som følge av Fritt Sykehusvalg. Således kan en mer strategisk tilnærming til outsourcing fremover bli aktuelt som følge av større behov for å beskytte seg mot konkurranse og imitering av aktiviteter. Økt konkurranse om pasienter kan igjen medføre økt outsourcing av støttetjenester for å kunne rette fokus på kjerneaktivitet hvor konkurransepresset øker. Dette er imidlertid kun en hypotese, og det kan konkluderes med at de aktiviteter som RHF outsourcer i dag ikke i særlig grad representerer noen forretningshemmelighet.

Det er med andre ord mulig å si at aktiviteter som outsources ikke representerer noen forretningshemmelighet, men det er vanskeligere å gi noen klar konklusjon hvorvidt aktiviteter som outsources er standard aktiviteter eller ikke. På den annen side er ikke dette av særlig betydning for RHFenes strategi for outsourcing. Det vil imidlertid være mer sentralt med en videre kartlegging av helseforetakenes vertikale grense med utgangspunkt Gottfredson et al. (2005) sin ressursmatrise for outsourcing. Dette fordi outsourcing i RHF i stor grad synes å være basert på kvalitetsvurderinger, noe som fremkommer fra tabell 4.3 og fra oppfølgingsintervju med administrerende direktør i Helse Vest RHF, Herlof Nilssen. Styrken på RHFenes kapabiliteter samt kostnader ved utførelse vil dermed evalueres, og det er å forvente at helseforetakene outsourcer aktiviteter hvor evne til å utføre aktiviteten ikke er tilstrekkelig, samt medfører for høye kostnader. Det forventes videre at RHF gjør slike vurderinger før outsourcing.

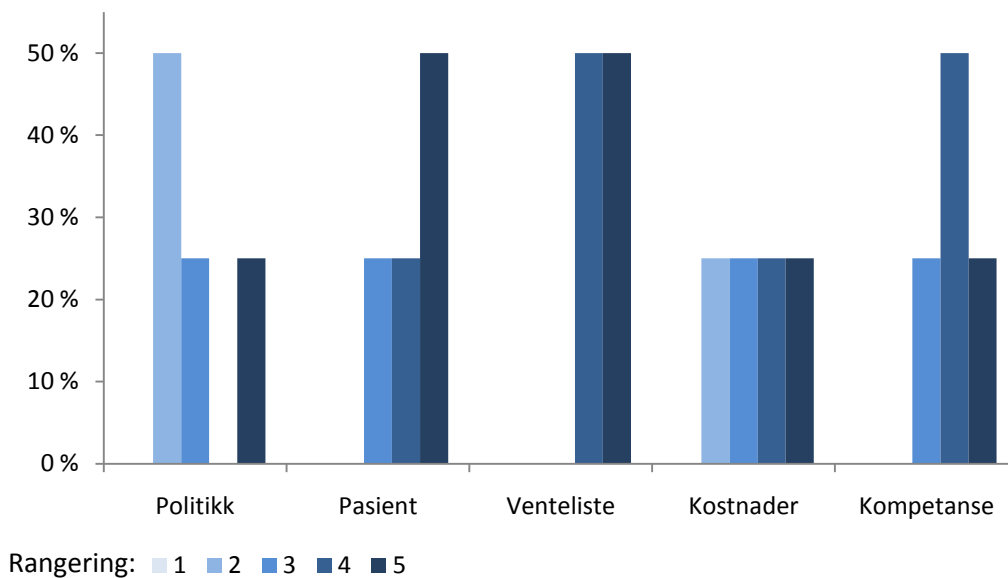
Vi ba derfor våre respondenter i undersøkelsen representert ved de fire regionale helseforetakene om å rangere beslutningsrelevante hensyn ved outsourcing på en skala fra 1 til 5, der 5 er viktigst. Samtlige respondenter har rangert alternativene. Dette vil bidra med tilleggsinformasjon i analyse av outsourcingskandidater.

Vurderingshensyn som skulle rangeres er:

- *Politiske*
- *Pasient*
- *Venteliste*
- *Kostnad*
- *Kompetanse*

Politiske hensyn relateres til politiske bestemmelser for kjøp av private tjenester. Pasienthensyn innebærer vurdering av behandlings- og tjenestetilbud pasienter har tilgang til. Hensyn til venteliste innebærer hensyn rettet mot å redusere ventetid for behandling. Kostnadshensyn relateres til diverse økonomiske konsekvenser ved outsourcing, og kompetansehensyn representerer evne og mulighet til å utføre helsetjenester. Tabell 4.5 oppsummerer resultatene.

Tabell 4.5. Rangering av vurderingshensyn for outsourcing, der 5 er viktigst.



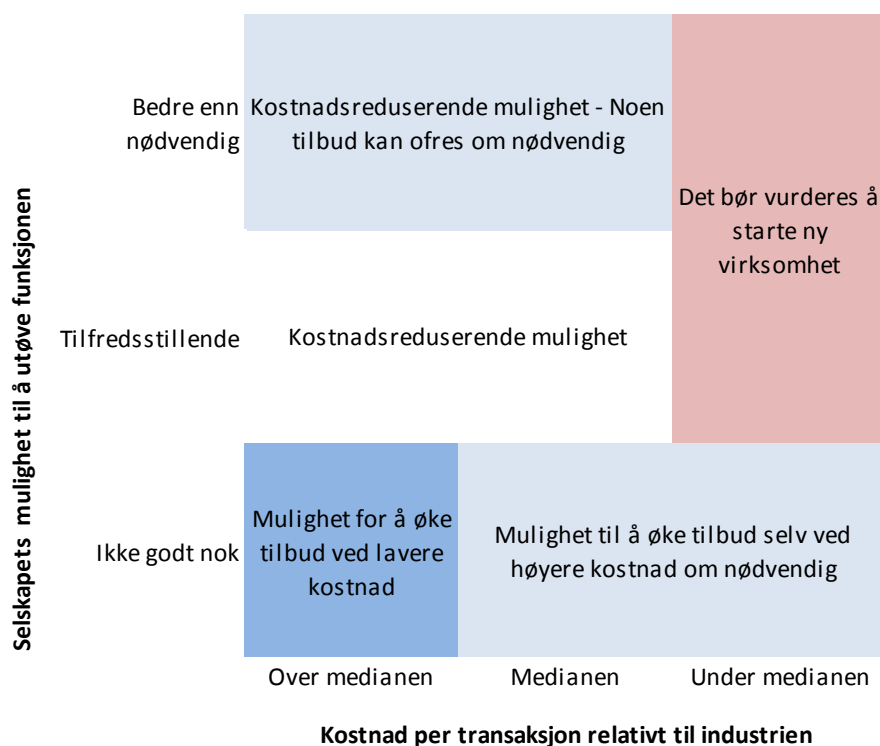
Merk: Tabellen synes å gi misvisende bilde av en rangering fra 1 til 5 da respondentene ikke har valgt alternativ 1 og samtidig har brukt de andre alternativene flere ganger. Dette er en konsekvens av begrensninger i metodeverktøy, som ikke tillot begrensning i avkrysning for de forskjellige rangeringsnivåene.

Y-aksen representerer her andel av respondenter i prosent, og x-aksen representerer beslutningsrelevante hensyn. Eksempelvis rangerer 50 % av respondentene politikk til 2. Venteliste fremgår som mest beslutningsrelevant da samtlige respondenter rangerer hensynet til 4 eller 5.

Pasient og kompetanse vurderes også høyt, og rangeres til 4 eller 5 av 75 % av respondentene, og ikke lavere enn 3. Kostnader rangeres forskjellig av samtlige respondenter fra 2 til 5.

Rangering av kompetanse og kostnader kan benyttes for å analysere RHFenes aktiviteter i forhold til Gottfredson et al. (2005) sin ressursmatrise for outsourcing. Matrisen presenteres i tabell 4.6.

Tabell 4.6. Ressursmatrise for outsourcing.



Det fremkommer fra tabell 4.6 at evne til å utføre aktivitetene samt kostnader forbundet ved utførelse evalueres av RHF før outsourcing. Her fremgår kompetanse og kostnader som vurderingshensyn av særlig betydning. Kompetanse rangeres som viktigste vurderingshensyn av disse. Kostnader rangeres noe lavere, men fremgår likevel ikke som uvesentlig. Da det er noe varierende rangering av kostnader synes det å være uklare retningslinjer eller kriterier for kostnader som beslutningshensyn. Dette kan være en konsekvens av sørge for-ansvaret som i større grad viser vei for pasienthensyn i forhold til kostnadshensyn. For å få en klarere forståelse av kostnader og kvalitet som vurderingshensyn har vi imidlertid spurt Herlof Nilssen i oppfølgingsintervju hvordan han mener kriteriene skal rangeres. Han fremlegger kvalitetshensyn og kompetanse som absolutt viktigste vurderingshensyn, og tilføyer samtidig at det ikke er pengefokus i helsevesenet. Dette er også noe som fremgår fra Helse Sør-Øst RHF's årsberetning. Her skriver viseadministrerende direktør Atle Brynstad at " helseforetakene er store og kompliserte enheter med omfattende sett av helsemessige og samfunnsmessige mål.

Økonomi er ikke et mål i seg selv, men en rammebetingelse foretakene må legge til grunn for sin virksomhet”, sier viseadministrerende direktør Atle Brynestad i Helse Sør- Øst RHF årsberetning. Det er dermed grunnlag for å hevde at kompetansevurderinger skal ha et større fokus enn økonomiske hensyn, og at økonomi snarere skal legger rammebetingeleser enn å være vurderingshensyn ved outsourcing.

Videre kan det antas at RHFene i første rekke outsourcer aktiviteter hvor kompetanse ikke er tilstrekkelig, eller hvor det er rom for kvalitetsforbedringer. Kostnader vil også vurderes, men vil altså ikke være hovedfokus. Dersom aktiviteter kan utføres til lavere kostnad gjennom outsourcing og samtidig oppnå kvalitetsforbedringer, vil dette være klare outsourcingskandidater. Dette er resultat som støttes opp av teori. Imidlertid vil kompetanse og kvalitet rangeres som viktigere enn kostnader, noe som kan bety at aktiviteter outsources selv om det medfører høyere kostnader for helseforetakene, så lenge kvalitetsforbedringer er resultatet.

Laboratorie- og radiologitjenester er aktiviteter som ikke er del av RHFenes definisjon av kjerneaktivitet. Det er dermed heller ikke aktiviteter som skal ha førsteprioritet internt i RHF. Ettersom klinikker og andre private tilbydere av laboratorie- og radiologi kan konsentrere sin kompetanse om disse feltene, er det mulig å trekke den konklusjon at RHF ikke utfører slike aktiviteter med høyere kvalitetsnivå enn eksterne tilbydere, og således ikke har tilstrekkelig kompetanse for å rettferdiggjøre intern utførelse. Dessuten vil eksterne leverandører ha mulighet til å oppnå lavere kostnader gjennom spesialisering, noe som også kan være tilfellet for aktører som utfører aktiviteter for RHF innenfor pasientbehandling. Utførelse internt i RHF kan dermed medføre for høye kostnader for å kunne argumentere for intern utførelse, selv om dette ikke vil være hovedfokus.

Hva gjelder aktiviteter innen diagnostikk og pasientbehandling vil RHF outsource aktiviteter hvor foretakene ikke har tilstrekkelig kompetanse internt, og dette vil være en vurdering som er viktigere enn økonomisk hensyn. Det manglende fokuset på økonomi er et resultat som strider mot teoretiske tilnærminger, men er likevel å forvente av offentlige aktører i spesialisthelsetjenesten. RHF og sykehus skal som tidligere poengtert ikke ha profittensyn, men sørge for best mulig helsetilbud for landsdelens befolkning.

Basert på analyse matrise for outsourcingskandidater og ressursmatrise av Gottfredson et al. (2005) er det mulig å definere helseforetakenes vertikale grense som aktiviteter innenfor pasientbehandling og – pleie, forskning og utdanning. Støtteaktiviteter som laboratorietjenester og radiologitjenester, samt diverse sykehustjenester som kirurgi og annen pasientbehandling hvor private innehar spesialkompetanse fremstår som outsourcingskandidater. Likevel vil en klar definisjon av RHFenes

vertikale grense vanskelig la seg stadfeste. Riktignok er en god del av aktiviteter som RHF outsourcer å anse som støtteaktiviteter og aktiviteter hvor RHF ikke besitter nok kompetanse eller kapasitet, og vil dermed også være naturlige kandidater for outsourcing. På den annen side kan det ikke konkluderes med at slike aktiviteter ikke inngår i RHFenes kjerneaktivitet. Det kan imidlertid påpekes at eksempelvis dagkirurgiske tjenester ved private sykehus ikke innebærer liggedøgn for pasienten, og kan således tenkes å komme utenom definisjonen av helseforetakenes kjerneaktivitet. Outsourcing av slike tjenester kan dermed forsvares ut ifra teori for outsourcing.

Til tross for en mulig kategorisering av aktiviteter er det imidlertid lite hensiktsmessig å sette en klar vertikal grense for RHF for å definere outsourcingskandidater. Dette henger sammen med RHF sitt sørge for- ansvar for helsetilbudet i sine regioner. RHF har ansvar for å tilby et bredt spekter av helsetjenester til befolkningen i regionen. Dette kan være årsak til at helseforetakenes noe brede definisjon av kjerneaktivitet enn forventet. Deres hovedargument for outsourcing er videre å støtte opp om sørge for- ansvaret, og det fremkommer fra intervjuer med private aktører og RHF at outsourcing gjennomføres i de tilfeller det oppstår behov for å komplimentere pasienttilbudet. Forsvarlighet er videre et viktig stikkord ved sykehus, noe som kan gi utslag i mer vertikal integrering enn outsourcing for å sikre stabilt tilbud og kvalitet på helsetjenester. Strategiske motiver for organisering av den vertikale kjeden synes derfor å være mer fraværende. RHF har ikke en klar strategi om å definere og ta utgangspunkt i foretakets kjerneaktiviteter for å vurdere outsourcingskandidater fordi outsourcing skal være et komplement. Samtidig fremkommer det fra spørreundersøkelse og diverse intervjuer som lite utbredt med outsourcing av helsetjenester, og kan således være en årsak til RHFenes (manglende) fremgangsmåte for å definere outsourcingskandidater.

4.2 Fordeler og ulemper ved outsourcing

Besanko et al. (2007) sitt rammeverk for outsourcing legger føringer for å analysere fordeler og ulemper ved outsourcing. Dette rammeverket er derfor lagt som grunnlag i utforming av svaralternativer innenfor spørsmål relatert til begrunnelse for outsourcing. Utgangspunktet var at respondentene ville anse en eller flere alternativer innenfor rammeverket som motivasjon for outsourcing. I spørsmål om motivasjon for outsourcing ble dermed stor- og samdriftsfordeler, reduserte agentkostnader og påvirkningskostnader presentert som svaralternativer, og var sådan forventet å være motivasjon for outsourcing. I spørsmål om konsekvenser ved outsourcing var transaksjons- og koordinasjonskostnader forventet å være relevante svaralternativer. Tap av sensitiv informasjon er dermed utelatt som forventet relevant variabel da det er liten grad av forretningshemmeligheter relatert til sykehusdrift, men er likevel presentert som mulig svaralternativ i spørreundersøkelsen sammen med transaksjons- og koordinasjonskostnader.

Alle RHF har respons ert på spørsmål om motivasjon og konsekvenser av outsourcing, men det viste seg at dette var spørsmål respondentene hadde problemer med å svare på. Ingen av respondentene valgt noen av svaralternativene i spørsmål relatert til fordeler og ulemper ved outsourcing. Samtlige respondenter opplyser imidlertid at kjøp av tjenester i første rekke skal supplere egen virksomhet, og skal bidra til å støtte opp om RHFenes "sørge for" ansvar for helsetjenester til regionens befolkning. Andre begrunnelser for outsourcing som trekkes frem er for lav intern kapasitet og lange ventelister, men kan også relateres til sørge for- ansvaret. Hva gjelder konsekvenser av outsourcing trekkes administrative kostnader frem.

Resultatene avviker i stor grad fra teoretiske tilnærminger for outsourcing, og vi vil derfor diskutere resultatene på bakgrunn av analyse av Besanko et al. (2007) sitt rammeverk. Dette vil kobles mot spørsmål om motivasjon og konsekvenser for outsourcing fra spørreundersøkelsen samt diverse intervjuer med representanter fra RHF og private tjenestetilbydere danner grunnlaget for analysen. I tillegg vil resultatet tidligere presentert i tabell 4.5 for rangering av beslutningsrelevante hensyn danne grunnlag for analyse av Besanko et al. (2007) sitt rammeverk for outsourcing

4.2.1 Stor- og samdriftsfordeler og ulemper

Stor- og samdriftsfordeler presenteres av Besanko et al. (2007) som en begrunnelse for å kjøpe i markedet. Dette fordi kjøp i markedet muliggjør utnyttelse av skalafordele og læring gjennom å samle produksjon og dra nytte av læringskurveeffekt. Likevel fremlegger ingen av våre respondenter utnyttelse av stor- eller samdriftsfordeler som motivasjon for outsourcing. Dette kan være grunnet

manglende bevissthet om tema eller karakteristika ved de outsourcede tjenestene som ikke tillater stor- eller samdriftsfordeler. Hvorvidt outsourcing kan gi opphav til stor - eller samdriftsfordeler avhenger av hvordan tjenestene organiseres og utføres i dag, karakteristika ved sykehusproduksjon samt hvilke alternativer som foreligger markedet. Vi vil derfor i første rekke diskutere slike momenter. Videre vil vi koble dette mot RHFenes motivasjon for outsourcing samt vurderingshensyn ved outsourcing tidligere presentert i tabell 4.5.

4.2.1.1 *Kjennetegn ved sykehusproduksjon*

Relatert til sykehusproduksjon vil det være visse faste, produksjonsuavhengige kostnader knyttet til bygningsmasse, maskiner og utstyr. Da slike kostnader ikke kan justeres i forhold til produksjonsvolum, vil de kunne være kilde til delbarhetsproblemer. Imidlertid er sykehusproduksjon relativt lite kapitalintensiv og i større grad arbeidsintensiv (Andersen et al. 2006). Dvs. at sykehusproduksjon i større grad krever investering i arbeidere enn i kapitalutstyr. Dette fordi helsetjenester i liten grad kan standardiseres, men må tilpasses etter behov. Videre vil arbeidsintensiv produksjon innebærer relativt store variable kostnader sammenliknet med faste kostnader. Dermed vil delbarhetsproblemer kunne være lite fremtredende til tross for tilstedeværelse av noen faste kapitalkostnader.

Likevel vil enkelte aktiviteter ved sykehus kunne beskrives som kapitalintensiv. Det vil være tilfellet for aktiviteter og tjenester som eksempelvis krever kapitalintensivt produksjonsutstyr. I denne sammenheng kan sykehus også representere et naturlig monopol, da det for et begrenset marked ikke vil være behov for eller økonomisk rasjonelt med duplisering av kapitalintensivt produksjonsutstyr. Det kan dermed være lønnsomt å samle aktiviteter relatert til slikt utstyr til en tjenesteleverandør i markedet. Offentlige sykehus har mulighet for å spre kapitalkostnader over et større volum av total produksjon enn hva tilfellet er for private aktører, og kan derigjennom oppnå stordriftsfordeler. Dette fordi offentlige sykehus normalt vil drive med et større volum enn private aktører. Dermed vil offentlige sykehus kunne oppleve en konkurransefordel ovenfor mindre private aktører innenfor kapitalintensiv sykehusproduksjon. Det kan dermed synes som outsourcing for å redusere delbarhetsproblemer ikke i særlig grad vil være relevant for RHF.

Det er imidlertid andre potensielle kilder til stordriftsfordeler i sykehusproduksjon, men også disse synes hovedsakelig å tilfalle de offentlige sykehusene under eierskap av RHF. Forskning og utdanning er et eksempel. Store organisasjoner som RHF vil i langt større grad kunne foreta store investeringer

til forskning og utvikling, da faste kostnader kan spres over et større volum av total produksjon. Også innefor innkjøp kan RHF realisere stordriftsfordeler, noe som RHF også i dag utnytter. Innenfor de ulike RHF er det gjennomført tiltak for å oppnå bedre samhandling i innkjøp, for derigjennom å gjøre prosessene mer effektive og oppnå kostnadsbesparelser. I årsrapporten til Helse Vest RHF fra 2008 fremkommer det at Helse Vest RHF har spart 245 millioner kroner fra perioden 2003 til 2008 på felles kjøp av varer og tjenester.

Stordriftsfordeler kan også oppstå dersom det er nødvendig å holde lager. Dette vil være aktuelt for sykehus som har behov for å holde lager av diverse utstyr og reserver for å unngå å gå tom. Lagerhold gir opphav til lagerkostnader, men disse vil ikke være proporsjonal med størrelsen på foretaket. Store foretak kan oppleve en relativt lavere lagerkostnad enn mindre foretak. Dersom sannsynligheten for å gå tom for eksempelvis blodreserver er den samme ved store offentlige sykehus som ved mindre private, vil offentlige sykehus greie seg med et relativt mindre lager enn hva private vil. Dette fordi standardavviket ved en gitt sannsynlighet for å gå tom for lager ved større sykehus vil være mindre enn ved små sykehus jamfør tabell 3.4.

Hvor relevant vurdering av lagerkostnader er for å vurdere outsourcing ved sykehus avhenger av hvilke aktiviteter eller tjenester som vurderes. Fra tabell 4.3 fremkommer det at tjenester innen pasientbehandling så vel som støttetjenester outsources, og det er å forvente at dette er aktiviteter som i større eller mindre grad vil nødvendiggjøre lagerhold i form av diverse reserver og utstyr. Imidlertid vil dette være av mindre betydning i RHFes vurdering av outsourcing. Da offentlige helseforetak normalt er store relativt til de private foretakene, synes det som RHF også har en stordriftsfordel hva gjelder kostnader relatert til lagerhold.

Det synes altså å være få kilder til stordriftsfordeler som RHF kan utnytte gjennom outsourcing da slike fordeler i stor grad tilfaller RHF. Dette kan være en forklarende faktor for resultatene som fremkommer i spørreundersøkelsen. Spørsmålet er likevel om RHF og offentlige sykehusene klarer å utnytte de potensialer som eksisterer for stordriftsfordeler. Flere studier har samtidig vist moderate eller ingen stordriftsfordeler i sykehusproduksjon (Andersen et al. 2006). Bjørnenak og Nyland (2000) påpeker tvert i mot at det vil eksistere samdriftsulemper i form av kompleksitetskostnader relatert til sykehusproduksjon. Det impliserer at sykehusproduksjon innebærer samdriftsulemper når sykehus blir av en viss størrelse, og dermed omfatter en rekke forskjellige aktiviteter og virksomheter innenfor samme organisasjon. Det store antallet av aktiviteter og prosesser kan gi opphav til økt kompleksitet, og dermed også relativt mer ressursbruk for å koordinere virksomheten. Til tross for resultater fra spørreundersøkelsen skulle det da likevel være potensial for å redusere stor- eller

samdriftsulemper, gjennom outsourcing. Vi vil derfor videre diskutere stor- og samdriftsulemper ved sykehusproduksjon, samt hvordan RHF kan utnytte private aktørers samdriftsfordeler.

- **Stor- og samdriftsulemper ved sykehusproduksjon**

Kompleksitetskostnader ved sykehus kan i følge Bjørnenak og Nyland (2000) deles inn kostnader relatert til dybde- og breddekompleksitet. Dybdekompleksitet relateres til hvor krevende en innleggelse er. Typiske indikatorer vil være forskjeller i liggetid, pasientbehov og medisinerings. Samdriftsulemper oppstår i denne sammenheng som et resultat av et bredt sammensatt tilbud på sykehus hvor karakteristika ved innleggelser vil variere i stor grad. Det vil dermed ikke være mulig med et standardisert beredskap. Således vil det være innslag av samdriftsulemper.

Breddekompleksitet relateres til størrelsen på behandlingstilbudet, beredskap og lignende, og som er uavhengig av antall innleggelser. Typiske indikatorer vil være antall spesialistfunksjoner, antall pasientgrupper, antall ulike kategorier av personell, antall ulike aktiviteter ansatte er involvert i, samt grad og dimensjoner av beredskapsfunksjoner (Bjørnenak og Nyland 2000). Det er altså forhold knyttet til pasientbehandling. Innenfor breddekompleksitet antas det at selve sammensetningen av de tjenester eller spesialiteter et sykehus tilbyr, påvirker kostnadsnivået. Det vil si at økt bredde i tjenestetilbudet er kostnadsdrivende. Tanken bak denne antakelsen er at koordinering av tjenester påvirker kapasitetsutnyttelsen og ressursbruken ved sykehus. Dette fordi kompleksitet i eller utvidelse av tjenestetilbud gjør koordinering av funksjoner og tjenester mer krevende. Det kan gi produktivitetstap da det nødvendigvis gjør balansering av innsats og ressurser over et vidt spekter av tjenester. Mangel på kritiske faktorer i kombinasjon av høy breddekompleksitet kan i denne sammenheng gi opphav til høye kostnader per pasient enn hva tilfellet kunne vært dersom mindre kompleksitet i tjenestetilbud. Økning i breddekompleksitet kan således medføre redusert kapasitetsutnyttelse og dermed samdriftsulemper. Bjørnenak og Nylund (2000) antar eksempelvis at økt grad av spesialisering kan gjøre det vanskelig for grupper av personell å erstatte hverandre. Personell vil således være en kritisk faktor, og kan gi opphav til kostnader grunnet produktivitetstap.

Kompleksitetskostnader vil forventes å være større for store sykehus enn for de mindre sykehusene. Det vil dermed også være å forvente at private tjenestetilbydere opplever mindre kompleksitetskostnader enn offentlige sykehus, da private sykehus og institusjoner er av relativt liten størrelse med et mer spesialisert behandlingstilbud. Hagen et al. (2001) har også gjennom effektivitetsstudier ved norske sykehus funnet at effektiviteten typisk er lavere ved store regionssykehus enn ved mindre lokalsykehus. Dette kan være en naturlig konsekvens av

kompleksitetskostnader, som vil være høyere avhengig av størrelse og dermed også kompleksitet ved sykehusene.

Samdriftsulemper grunnet breddekompleksitet kan balanseres av økt kvalitet i utførelse. Imidlertid må det da kunne antas at økt spesialisering og kompleksitet er samsvarende med økt kvalitet. Det vil ikke nødvendigvis være tilfellet. Kompleksitet kan likevel i visse tilfeller gi utslag i positive konsekvenser for helseforetakene. Det vil være tilfellet dersom utvidelse av tjenestespekteret medfører samdriftsfordel og dermed fallende gjennomsnittskostnad. Det vil da være nødvendig at samdriftsfordelene mer enn kompenserer kompleksitetskostnader.

En annen form for kompleksitetsproblemer ved offentlige sykehus vil være byråkrati- og insentivproblemer. Sykehus er store og uoversiktlige organisasjoner, og det vil være tilstedeværelse av en rekke ulike profesjoner. Således kan dette gi opphav til byråkratiproblemer, men også potensielle insentivproblemer. Dette er videre et syn som støttes i intervju med private aktører. Det fremkommer blant annet at det kan forekomme profesjonskamper ved offentlige sykehus om midler og ressurser. RHF er imidlertid mer nøktern med å uttale seg i denne sammenheng. I oppfølgingsintervju med RHF opplyses og poengteres det at RHF og tilhørende datterforetak er ryddige organisasjoner hvor det ikke er store problemer med byråkrati og insentiver. Likevel legges det ikke skjul på at slike problemer ikke vil være totalt fraværende. Det er ikke overraskende at private og RHF har forskjellige syn på dette da de representerer ulike interesser. Samtidig er det naturlig at det vil være større innslag av byråkrati ved store organisasjoner som sykehus, noe som også har fremkommet i media. I VG 14. juli 2009 slår legeföreningen alarm om det de mener er et urovekkende stort fokus på byråkrati ved offentlige sykehus. De mener konsekvensen er at legen får mindre tid til pasientene. På den annen side skriver Jan Grund, professor og rektor ved Høgskolen i Akershus, et debatt innlegg i DN 3. Mai at "vi trenger byråkraterne". Han mener byråkrater og styrer i helseforetakene er nødvendig for å holde budsjettene.

Det er usikkert om outsourcing kan redusere byråkrati og insentivproblemer da outsourcing ikke vil ha noen direkte effekt på den overordnede organisering av helseforetakene. Imidlertid kan outsourcing bidra til å redusere kompleksitetskostnader da det muliggjør et mindre komplekst tjenestetilbud. Da samdriftsulemper ikke fremkommer som motivasjon eller begrunnelse for outsourcing blant våre respondenter, kan dette være grunnet det relativt lave volumet av tjenester som outsources. Grunnet lavt volum er det mulig outsourcing ikke er tilstrekkelig for å redusere kompleksitet ved sykehusene. Samtidig outsources normalt ikke hele avdelinger eller tjenesteområder, men snarere aktiviteter hvor man internt ikke har tilstrekkelig kompetanse eller

kapasitet. Det innebærer at outsourcing vanskelig kan bidra til redusert kompleksitet slik outsourcing organiseres i dag.

Da det likevel er potensial for å redusere kompleksitetskostnader gjennom outsourcing, er det grunnlag for å anta at samdriftsulemper ved sykehus til en viss grad kan reduseres gjennom outsourcing av tjenester. Samtidig kan private tjenestetilbydere kunne tilby aktiviteter eller tjenester til en lavere kostnad grunnet fravær av eller lavere kompleksitetskostnader. Dette er antakelser som bekreftes av Trond Bjørnenak, professor ved Norges handelshøyskole gjennom mailkorrespondanse, som tidligere har deltatt i et utvalg som skulle vurdere de regionale helseforetakene. Bjørnenak har også sittet i styret for Sørlandet sykehus HF. Han informerer om at det innenfor sykehusproduksjon gjerne er omfanget av funksjoner som er dimensjonerende for kostnader. Når funksjonstilbudet er dimensjonerende vil selvsagt et mindre kompleks tjenestetilbud oppnådd gjennom outsourcing kunne redusere kostnader.

Det er samtidig mulig private tilbydere kan realisere stor - eller samdriftsfordeler innenfor de aktuelle aktiviteter. I samtale med Eystein Hauge fremkommer nettopp dette. Han mener private aktører definitivt har stor- og samdriftsfordeler innenfor deres spesialiseringsområder. Leger ved private sykehus gjennomfører langt flere operasjoner og behandlinger enn leger ved store offentlige sykehus, og det gjennomføres flere operasjoner innenfor samme ramme av ressursbevilgninger. Dette begrunner Hauge med privates mulighet til å spesialisere seg. Han mener det gir grunnlag for bedre kvalitet og således færre komplikasjoner. I tillegg vil operasjonstiden gå ned som følge av spesialisering, og resultatet er flere pasienter som får behandling. Følgelig vil dette resultere i lavere enhetskostnader.

Cecilie Gundersen, informasjonssjef i Aleris, støtter opp om Hauges uttalelser. Hun mener det vil være god butikk for RHF å outsource til private aktører. Hun presiserer videre at private har lavere stykkpriser enn offentlige sykehus, både grunnet spesialisering og forhold knyttet til administrasjon. Både Gundersen og Hauge henviser i denne sammenheng til RHF som en stor organisasjon med mye byråkrati. Gundersen mener private er opptatt av å effektivisere driften, samtidig som dette ikke vil gå ut over kvalitet, da de private stadig er i søkelyset og blir stilt strenge kvalitetskrav. I Aleris jobbes det med å fjerne prosesser som stjeler tid fra leger, og det arbeides med å implementere "Lean", et effektiviseringsverktøy for å strømlinje virksomheten. Dette arbeidet vil gjøre private sykehus langt mer effektiv og strømlinjeformet organisasjon og produksjon enn offentlige sykehus. Resultatet er et potensial for kostnadsbesparelser dersom Helse- og omsorgsdepartementet tillater RHF i større grad

å benytte private aktører i spesialisthelsetjenesten. Det vil også være et middel for å redusere helsekøene vi har i dag, mener Gundersen.

Hauge og Gundersen refererer til stordriftsfordeler som et resultat av spesialisering. Hvorvidt volum kan være kilde til stordriftsfordeler er mer usikkert. De fleste private institusjoner og sykehus er av relativt liten størrelse, noe som også innebærer et relativt lavt volum i tjenestestøtelse i forhold til offentlige sykehus. Trond Bjørnenak informerer om at volum sjelden er en betydelig faktor for å oppnå effektivitet ved sykehus. Det synes derfor som stordriftsfordeler relatert til volum og "minimum efficient scale" i produksjons ikke vil være av særlig relevans for å vurdere outsourcing.

Uttalelser fra Hauge og Gundersen leder oss till et annet punkt. Det fremkommer at private har mulighet til å oppnå stordriftsfordeler innenfor visse tjenester innenfor pasientbehandling. Videre synes det som om læringskurveeffekt vil bidra til å forsterke denne fordel. Læringskurveeffekt oppnås når akkumulert erfaring over tid overføres til redusert enhetskostnad, og det er nettopp dette de private representantene poengterer som deres fremste fordel. På grunn av stor grad av spesialisering kan private akkumulere erfaring og kunnskap, og således muliggjør en mer effektiv utførelse av helsetjenester. Dette mener de private også overføres til lavere kostnader og høyere kvalitet.

Våre resultater fra spørreundersøkelse blant de fire RHF i Norge viser at det ikke oppnås stor- eller samdriftsulempen ved outsourcing. Imidlertid fremkommer det fra intervjuer samt vitenskaplige artikler at det er potensial for å utnytte de samlede ressurser i markedet bedre, og således redusere stor- og samdriftsulempen ved offentlige sykehus. Privates effektivitetsforsprang forventes å være noe RHF er bevisst. Da dette likevel ikke fremkommer som motivasjon for outsourcing, er det nødvendig å gjøre en videre analyse av RHFenes motivasjon for outsourcing.

▪ **Motivasjon for og implikasjoner av outsourcing**

Fra spørreundersøkelsen fremkommer hovedmotivasjon for kjøp i markedet å skape et supplement til egen drift, og for å avhjelpe kjøproblemer / lange ventelister. Videre opplyses det at outsourcing skal bidra til å støtte RHFenes "sørge - for" ansvar. Respondenter i spørreundersøkelsen trekker også frem for lav egen kapasitet som motivasjon for outsourcing. Dette kan relateres til behovet for å supplere egen virksomhet og støtte sørge for- ansvaret. Effektivitets- og lønnsomhetshensyn synes i mindre grad å være motivasjonsfaktorer for outsourcing. Ingen respondenter svarer alternativer

relatert til rammeverket til Besanko et al. (2007), eller oppgir andre effektivitets- eller lønnsomhetshensyn.

Disse resultatene gir ingen intuitiv begrunnelse for RHFenes bruk av outsourcing. I oppfølgingsspørsmål spurte vi derfor hva som ligger i utsagnet "outsourcer for å supplere egen virksomhet", og hvilke konkrete vurderinger som ligger til grunn. Svarene vi fikk poengterer RHFenes "sørge - for" ansvar, og at outsourcing skal bidra til å utfylle egen virksomhet.

Vi outsourcer helsetjenester for å gi publikum et alternativ og være et korrektiv til egen virksomhet. Effektivitet og lønnsomhet blir ikke vurdert strategisk

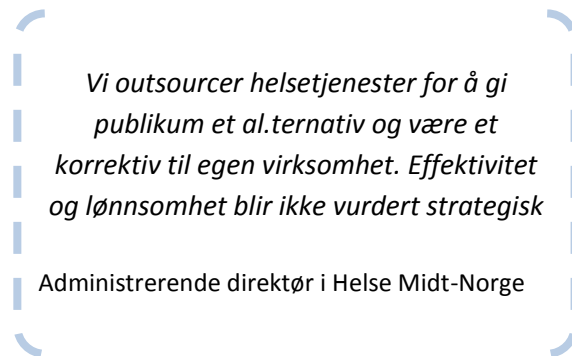
Tidligere administrerende direktør, Helse Midt-Norge RHF

Dette kan sees i sammenheng med resultater presentert i tabell 4.3 hvor det ikke fremstår å være noen entydig norm for hva som outsources, men hvor det snarere outsources der det oppstår behov. Imidlertid synes det å være mer utbredt med outsourcing av tjenester utenfor definisjonen kjerneaktivitet. Helse Midt-Norge 2010, "Eierstrategi for Helse Midt-Norge" er en rapport som er utarbeidet i samarbeid med helseforetakene i regionen, bygger på vedtak i styret for det regionale helseforetaket⁶. Her kan vi lese:

Målet med Eierstrategien har vært å sikre at foretaksgruppen har en effektiv tjenesteproduksjon, høy kvalitet på tjenestene og en fornuftig oppgavedeling, og på den måten bidra til å oppfylle Helse Midt-Norge sitt sørge for- ansvar overfor befolkningen.

⁶ www.helse-midt.no

Det synes altså som outsourcing kun skal være et slags supplement der det oppstår behov for ekstra kompetanse eller kapasitet. Outsourcing nødvendigjøres i disse tilfellene for å opprettholde sørge for- ansvaret. Videre ble det i oppfølgingsintervju presisert at det ikke ligger økonomiske eller strategiske vurderinger til grunn ved outsourcing. Vi ser dermed at RHF's motivasjon for outsourcing er på det operasjonelle planet, og de er dermed ikke strategisk outsourcing RHF benytter. Dette bekreftes av følgende uttalelse i oppfølgingsintervju med Helse Midt-Norge:



Vi outsourcer helsetjenester for å gi publikum et al.ternativ og være et korrektiv til egen virksomhet. Effektivitet og lønnsomhet blir ikke vurdert strategisk

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge

I rapporten "Strategi for helseregionen, visjon og mål, strategi og handlingsplan" (2007) beskriver Helse Vest RHF de private kommersielle aktørenes rolle i spesialisthelsetjenesten. Helse Vest RHF skal inngå avtaler med private kommersielle tjenestetilbydere på de områder egne institusjoner ikke har kapasitet til å tilby etterspurte tjenester effektivt og innenfor de rammer som settes. Ellers vil egne institusjoner bli prioritert. Et slikt standpunkt reflekterer retningslinjer i bestillerdokumentene til RHF fra Helse- og omsorgsdepartementet. Videre stadfester dette kapasitet som viktig motivasjon for outsourcing, samt behovet for korrektiv til egen virksomhet.

Når det gjelder behovet for korrektiv til egen virksomhet kan dette synes å reflektere en strategi hvor outsourcing benyttes som et benchmark for kvalitet og effektivitet. Respondenter i spørreundersøkelsen samt i oppfølgingsintervjuer bekrefter at outsourcing benyttes som et verktøy for benchmark. Benchmark fremkommer imidlertid ikke som begrunnelse eller motivasjon for outsourcing, men snarere som en konsekvens av de private aktørers tilstedeværelse på markedet.

Motivasjon for outsourcing fremkommer også fra spørsmål om hvilke vurderingshensyn som vektlegges ved outsourcing. Fra tabell 4.5. fremkommer det at "venteliste" rangeres som et viktig og mer betydningsfullt hensyn enn "kostnader", og rangeres til 4 eller 5 av samtlige respondenter. Dette bekrefter også den utvikling i ventetid vi har sett de senere årene. I Helse Sør- Øst RHF's årsrapport fra 2008 har utviklingen i ventetid vært overveiende positiv. I perioden fra 2006 - 2008 svinger ventetiden innen somatisk med en topp i tredje kvartal hvert år. Det er en økning i gjennomsnittlig

ventetid (dager) avviklede pasienter innenfor somatisk fram og med 2006- 2008 for Helse Sør- Øst RHF. Dette viser videre til en gjennomgående trend for alle RHFene. Sammenlignet med de tre andre regionale helseforetakene viser data fra Norsk pasientregister at Helse Sør- Øst RHF har hatt de korteste ventetidene på alle tjenesteområdene, gjennomgående fra 2006 - 2008. I Helse Vest RHF's årsrapport fra 2008 ser vi at ventetiden på planlagt behandling redusert fra gjennomsnittlig 218 dager i 2002 da sykehusreformen trådte i kraft, til omtrent 100 dager i 2008. Dette er også til tross for at det ble behandlet flere pasienter enn noen gang tidligere ved sykehus i Helse Vest RHF.

I spørsmål om vurderingshensyn er det imidlertid liten enighet i hvor viktig kostnader er. Hver av respondentene rangerer "kostnader" ulikt, fra to til fem. Det innebærer ikke at kostnader er uvesentlig, men synes ikke å være viktigste motivasjon eller kriterium for outsourcing. Dette er en antakelse som støttes av administrerende direktør i Helse- Vest, Herlof Nilssen. Kvalitet vil alltid være viktigste kriterium for outsourcing. Kostnader skal komme i andre rekke. Samtidig fremkommer pasienthensyn og kompetanse som viktig i spørreundersøkelsen, dvs. å sørge for et godt behandlingstilbud til hver enkelt pasient. 75 % av respondentene rangerer hensynene til fire eller bedre. På den bakgrunn vil arbeid for å redusere ventetid samtidig som det sørges for akseptabelt behandlingstilbud til pasienter være hovedoppgavene til RHF, og dermed også deres motivasjon for å outsource. Disse resultatene må sees i sammenheng med RHFenes sørge for- ansvar hva gjelder helsetjenester til landets befolkning, noe som også poengteres av respondentene. I regjeringens styringsdokumenter til helseforetakene vektlegges det dessuten å sørge for best mulig pasienttilbud, samt sikre likhet og kvalitet i tilbud. RHF's motivasjon for outsourcing er derfor først og å bidra til å støtte opp om dette ansvaret. I styringsdokumentet til Helse Vest RHF i 2004 kan vi lese følgende:

"Avtale med private skal inngås med regionalt helseforetak der dette skal understøtte oppfyllelsen av sørge for-ansvaret"

Styringsdokument til Helse Vest RHF, 2004

Imidlertid trekkes det frem i spørreundersøkelse og i oppfølgingsintervju at outsourcing skaper grunnlag for benchmark på kvalitet og effektivitet. Kvalitets benchmark fremkommer her som viktigste verktøy, men benchmark innen effektivitet vil også være av betydning. Dette stadfester at kostnader i form av ressursforbruk er vurderes. Benchmark kan benyttes for å måle

effektivitetsgevinster gjennom outsourcing. Samtidig kan det oppnås en disiplineringsmekanisme gjennom tilstedeværelse av outsourcing som alternativ til intern utførelse. Administrerende direktør i Helse Nord RHF uttaler imidlertid i oppfølgingsintervju at dette særlig vil gjelde innenfor ikke medisinske støttefunksjoner, og altså ikke for somatiske tjenester. Regionsforetaket kjører i dag et stort mulighetsstudie for å se om det lønner seg å outsource eller drive tjenestene selv.

Outsourcing synes imidlertid i liten grad å være motivert av karakteristika ved sykehusproduksjon. Trond Bjørnenak, kan vise til en forklarende årsak. Han presiserer at RHFene bør sette ut tjenester dersom det øker effektiviteten, men at det på den annen side er store problemer med å påvise hvorvidt outsourcing faktisk er lønnsomt. Han forklarer videre at det i mange tilfeller vil være funksjonstilbudet som vil være dimensjonerende faktor, og ikke pasientvolum som tidligere beskrevet. Dette referer til kompleksitetskostnader diskutert under karakteristika ved sykehusproduksjon, samt undersøkelser som ikke kan påvise stordriftsfordeler av særlig grad i sykehusproduksjon. Dessuten oppgir ingen av respondentene manglende volum som motivasjon for outsourcing. Dersom funksjonstilbudet er dimensjonerende vil imidlertid mye av kostnadene kunne falle bort ved å sette ut, sier Bjørnenak.

Det påpekes imidlertid i intervju med Eystein Hauge at private kan tilby RHF stordriftsfordeler innen pasientbehandling. Dette begrunnes som tidligere diskutert med større grad av spesialisering, og dermed også mulighet til å operere med lavere stykkpriser enn offentlige sykehus. Effektiviseringsgevinster kan oppnås uavhengig hvorvidt volum eller funksjonstilbud er dimensjonerende faktor, da de private i første rekke kan bidra med spesialisering, mer strømlinjeformet organisasjon og mindre administrasjonskostnader, og således lavere stykkpriser, bedre kvalitet og flere behandlede pasienter. Det er dermed interessant at manglende spesialisering fremkommer som motivasjon for outsourcing. Dette kommer ikke direkte fra spørsmålene i spørreundersøkelsen, men det opplyses at tjenester kjøpes av uavhengige tjenestetilbydere i de tilfeller det er mangel ressurser, kapasitet og kompetanse internt. Dette kan ha sammenheng med grad av spesialisering ved sykehusene. Videre opplyses det om utfordringer knyttet til rekruttering av personer med den nødvendige fagkompetanse, noe som i enkelte tilfeller resulterer i mangel på spesialister ved sykehusene.

Dette er dessuten noe som diskuteres i Stavanger Aftenblad 24. februar 2010. Ved Stavanger Universitetssykehus er det vanskelig å rekruttere pleiere til spesialavdelinger, og ved enkelte spesialavdelinger er det ekstremt vanskelig å skaffe fagfolk. Det har dermed blitt nødvendig å lete på det tyske og polske markedet for å finne leger. Helse Sør- Øst RHF nevner også i sin årsrapport fra

2008 at det er vanskelig å få tak i nøkkelpersoner og personell. De vektlegger samtidig at det er viktig at arbeidsoppgavene står i forhold til kompetanse slik at arbeidsplassen fremstår som attraktiv, og dermed kan hjelpe i rekrutteringsprosessen. I årsregnskapet fra 2008 for Helse Sør- Øst RHF ser vi at kjøp av helsetjenester fra utlandet i kategorien somatiske helsetjenester har økt med 88 000 fra året før. Før 2008 er ikke tallene spesifisert. Dette kan være med på å støtte opp om nødvendigheten for å se på det utenlandske markedet etter spesialister og fagfolk. Det samme er derimot ikke tilfellet for Helse Vest RHF over samme tidsperiode; her har det vært en nedgang i 2008 med over 200 000 kjøp. Som for Helse Sør- Øst RHF er heller ikke her tallene spesifisert før 2008.

Det er dermed vanskelig å si noe om det totale volumet av kjøp av utenlandske tjenester. Herlof Nilssen kan likevel fortelle at Helse Vest RHF (men også de andre RHF) er aktive i rekruttering av utenlandske spesialister. Dette begrunnes hovedsakelig med utfordring knyttet til utdanning av helsepersonell, og især spesialister. På bakgrunn av mangel på spesialister synes det derfor som særlig viktig med effektivitet i ressursutnyttelse i utførelse spesialisthelsetjenester. Dette for å utnytte de spesialister som finnes på markedet best mulig. Her synes det å være større rom for outsourcing enn det som er tilfellet i dag. Det kan være naturlig å påstå det vil være fornuftig å samle den spesialkompetanse som finnes innenfor forskjellige fagfelt. Outsourcing vil således være et verktøy for å oppnå dette, og kan resultere i stordriftsfordeler gjennom å samle kompetanse til et mindretall av tjenestetilbydere, og dermed skape mer spesialisering i markedet.

Likevel fremkommer ikke kostnadsbesparelser og bedre effektivitet som motivasjon for outsourcing blant RHF. Dette kan igjen sees i sammenheng med RHF's sørge for ansvar. RHF har ansvar for spesialisthelsetjenesten, og må sørge for et bredt spekter av tjenestetilbud til ved sykehusene som skal komme landets befolkning til gode. Det kan dermed være lite ønskelig å outsource flere typer spesialisthelsetjenester da det vil bidra til å redusere det samlede tjenestetilbudet. Dette er et syn som til en viss grad støttes av relativt liten oppmerksomhet rundt kostnadshensyn ved outsourcing i forhold til fokus på pasient og venteliste.

Herlof Nilssen, administrerende direktør i Helse Vest RHF, avviser dessuten at outsourcing kan løse problemet med rekruttering av spesialister. Dette støttes opp av representant fra Helse Midt-Norge. Herlof Nilssen påpeker at det vil være et voksende behov for helsefaglig personell i årene som kommer, og at det ikke er mulig å dekke etterspørselen kun basert på tilbud i det norske markedet. Eksistensen av private tilbydere kan i tillegg gjøre rekrutteringen vanskeligere, da private spesialister nødvendigvis rekrutteres fra det offentlige. Det er følgelig bare ett marked i Norge, påpeker Herlof Nilssen videre. Således vil ikke outsourcing løse rekrutteringsproblemet totalt sett i markedet, men

kun overføre spesialister fra det offentlige til det private markedet. På grunn av RHFenes sørge for- ansvar er ikke det en ønsket utvikling.

Eystein Hauge kommenterer også at RHF har et særlig ansvar for å sørge for et bredt tjenestetilbud til befolkningen, men forstår ikke hvorfor private ikke kan være en mer integrert del av RHF sitt sørge for- ansvar. Han savner et større samarbeid mellom RHF og private tjenestetilbydere for å bygge et bedre tilbud i spesialisthelsetjenesten. Han mener dessuten det er det offentlige som "stjeler" spesialister fra de private, og dette fremstår som en motsetning til Herlof Nilssens uttalelser om rekruttering av spesialister. Eystein Hauge mener med dette at RHF vil få langt mer ut av hver enkelt spesialist dersom de jobber for private aktører. Dette begrunner han med bedre effektivitet ved private sykehus.

Markedets størrelse kan ha betydning for grad av spesialisering i markedet. Det kan være tilfellet i enkelte regioner med lave befolkningstall. Det vil i slike regioner være mest sannsynlig med en konsentrasjon av spesialister i mer urbane strøk, da spesialisering krever etterspørsel av en viss størrelse for å oppnå kostnadseffektivitet. Imidlertid fremkommer ikke dette som årsak for den mangel på spesialister RHF opplever. Ingen representanter i spørreundersøkelse eller i oppfølgingsintervju mener manglende volum er årsak til outsourcing. Det synes heller å være en konsekvens av en generell mangel på helsepersonell. Man kan videre spørre seg hva denne mangelen skyldes, men synes ikke å ha noen sammenheng med økonomiske forhold i helsesektoren.

4.2.1.2 *Oppsummering stor- og samdriftsfordeler og ulemper*

Ut ifra RHFes ståsted vil outsourcing av helsetjenester nødvendiggjør vurderinger knyttet til flere forhold, det være seg forsvarlighet, sørge for- ansvaret og kvalitet. Slike forhold vil av RHF være av større prioritet enn økonomiske og strategiske vurderinger. Vurderinger knyttet til effektivitet er i mindre grad i RHFes fokus når outsourcing vurderes. Det må imidlertid påpekes at effektivitetsgevinster kan gi opphav til bedre kvalitet og tilbud ved norske sykehus. Således vil ikke et større fokus på strategi, økonomi og effektivitet nødvendigvis medføre feilprioriteringer, men kan bidra til en bedre organisering av tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Det vil videre bidra til opprettholdelse av RHFenes sørge for- ansvar. Det fremkommer dessuten som å være potensial til å oppnå stordriftsfordeler samt redusere samdriftsulemper gjennom kjøp av private helsetjenester. Dette vil kunne bidra til bedre ressursutnyttelse i markedet, og krever at private aktører i større grad integreres i RHFes sørge for- ansvar.

Det skulle dermed ikke være grunnlag for såpass stor variasjon mellom teoretisk rammeverk for outsourcing og RHFenes tilnærming til temaet. Hovedargumentasjon for outsourcing er å støtte opp om sørge for- ansvaret, og det fremlegges dermed manglende kapasitet og lange ventelister som mer konkret motivasjon. Det synes ikke som RHF gjør vurderinger av særlig grad vedrørende private mulighet til å bidra i spesialisthelsetjenesten, og hvordan private i større grad kan integreres for å oppnå bedre ressursutnyttelse. Dette er imidlertid et resultat av det offentliges rolle i helsevesenet som står som eier for helseforetak og er ansvarlig for et bredt og godt helsetilbud til befolkningen. Samtidig er tilstedeværelsen av private tilbydere relativt beskjeden. Andelen private har vært økende men står fremdeles for et lite volum i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid mulig andelen private hadde vært større uten politiske begrensninger. Det legges som tidligere beskrevet politiske føringer for kjøp av private helsetjenester i oppdragsdokumenter fra Helse – og omsorgsdepartementet, og det presiseres hvilke kriterier som skal ligge til grunn for outsourcing. Samtidig har ikke RHF myndighet alene til å privatisere deler av virksomheten. Til sammen er dette alle faktorer som bidrar til å forklare våre resultater.

For å danne en bedre forståelse for outsourcing må imidlertid flere forhold analyseres. Vi vil videre ta utgangspunkt i agent- og påvirkningskostnader kostnader som mulig motivasjon for outsourcing. Deretter vil koordinasjons- og transaksjonskostnader analyseres som mulige konsekvenser av outsourcing.

4.2.2 Agentkostnader

Outsourcing til markedet medfører at bedriften kan unngå agentkostnader forbundet med den aktuelle aktiviteten som eventuelt ville blitt gjennomført internt, og totale agentkostnader reduseres deretter.

Dersom begge parter ønsker å maksimere sin egen nytte har man grunn til å tro at agenten ikke alltid vil handle i prinsipalens interesse. Dette kan skape ulike former for problemer knyttet til informasjonsasymmetri.

I Besanko et al. (2007) sitt rammeverk for outsourcing er reduserte agentkostnader en fordel ved outsourcing. Imidlertid fremkommer ikke dette som motivasjon for outsourcing i vår spørreundersøkelse eller i oppfølgingsintervju. Ingen RHF mener mangelfull innsats internt er begrunnelse for kjøp av private tjenester. Det er imidlertid uklart om dette skyldes en manglende bevissthet rundt agentkostnader, eller om det i liten grad er av betydning for helseforetakene. Det kan dessuten være forhold innenfor agent- prinspalproblematikk som ikke reflekteres i

spørreundersøkelsen, og som kan tenkes å være mer aktuelle for RHF. Vi har derfor stilt RHF oppfølgingsspørsmål rundt dette temaet, men svarene bekrefter stort sett resultatene fra spørreundersøkelsen.

Vi vil derfor diskutere hvorvidt slike kostnader kan oppstå ved RHF, og hvordan outsourcing kan påvirke dette. Vi vil da ta utgangspunkt i offentlige styringsorgan, representert ved staten og RHF, som prinsipal. Samtidig er offentlige sykehus gjerne oppfattet som et fellesgode. Dette innebærer at det vil være mange interessenter som er å betrakte som prinsipaler. Offentlige sykehus er heller ikke fullfinansiert av brukerne, og dette medfører at det offentlige tjenestetilbudet derfor angår alle skattebetalerne. Således vil skattebetalerne sitte med det endelige økonomiske ansvaret. Agenter vil være representert ved HF og aktører innenfor ulike avdelinger i helseforetakene.

4.2.2.1 RHF som organisasjon

Det er bakgrunn for å anta at det vil eksistere agentkostnader knyttet til drift av store organisasjoner som sykehus. Verdikjeden for helsetjenester omfatter ulike institusjoner og agenter som kan ha motstridende mål eller motivasjon. Det er også verdt å nevne at sykehus ikke oppfattes som lønnsomhetssøkende organisasjon. Dette påvirker hva som anses å være organisasjonens interesser. I SINTEF- rapport " Sykehusreformen: Et hamskifte i styring av helsetjenestene", side 42, uttaler Per Kristian Vareide for Kommunenes Sentralforbund, følgende:

"Det er ikke uvanlig at ledere i sykehus sier at de ikke tar ansvar for budsjettet (økonomien), men at de tar det faglige ansvaret for at pasienter får den nødvendige behandlingen. Dette er en adferd som i de fleste organisasjoner ville vært ensbetydende med at karrieren som leder hadde vært over. I sykehus er dette mulig, og til en viss grad blir slike ledere også interne "helter". Dette må forstås ut fra sykehusets institusjonelle særpreg om hva som er legitime handlinger i et sykehus."

Innenfor offentlige sykehus kan det videre være en overlapping mellom midler og mål, ettersom interessentene ikke bare bryr seg om selve tilbudet pasienter har, men også måten pasientbehandling foregår. Dessuten har økonomien til helseforetakene ikke bare vært et stort

fokusområde i media, men også internt i helseforetakene. Det vil derfor være komplekse forventinger rettet mot sykehus, noe som kan skape motstridende interesser og uklare retningslinjer.

Fra Helse- og omsorgsdepartementets og RHFes ståsted, er det ikke ønskelig at det foretas økonomisk optimalisering innenfor helseforetakene. Administrerende direktør i Helse Vest RHF, Herlof Nilssen, sier i intervju at dette er retningslinjer fra RHF, men at man ikke kan se bort ifra at disse vil brytes i enkelte tilfeller. Han tilføyer at det alltid vil eksistere potensielle problemer knyttet til samkjøring av incentiver i en stor organisasjon. På bakgrunn av mulige interessekonflikter kan det dermed oppstå agentkostnader i RHF. Dersom der foreligger ulik informasjon vedrørende den innsats som er tilfelle ved hvert enkelt helseforetak vil dette belage seg på moralsk hasard problematikken. Det kan være ulik informasjon ved den innsats som faktisk er tilfelle, og agenten vil muligens ikke oppfylle alle ønsker som RHF har til det aktuelle helseforetaket. Det er vanskelig å forutse og også avdekke slike forhold, men dette vil følgelig kunne skape kostnader for RHF i form av betaling for innsats som ikke er tilstede eller tilstrekkelig nok.

Det eksisterer altså en prinsippal - agentproblematikk ved norske sykehus. Spørsmålet er videre om dette kan reduseres eller elimineres gjennom outsourcing. Herlof Nilssen mener outsourcing ikke vil nulle ut problemet, men synes samtidig problemet er av liten betydning for RHF. Dette er et syn som støttes av representant fra de andre RHF i oppfølgingsintervjuer. Helse - Norge har dessuten gjennomgått en omstrukturering de senere årene og opprettet mer spesialiserte organisasjoner med egne prestasjonsmål. Dette er blant annet for å kunne avdekke forhold vedrørende både ugunstig utvalg og moralsk hasard. Prinsippalen prøver på denne måten å motivere agentens til en adferd som også oppfattes som gunstig for den selv. Slike prestasjonsmål vil være fordelaktige da prinsippalen, RHF vil kunne se faktisk innsats, mens agenten, HF, vil kunne oppnå prestisje og positiv omtale som vil styrke indre motivasjon for arbeiderne. Det kan også eksistere bonussystemer for de avdelinger eller de HF som oppnår diverse mål satt fra RHF slik at økonomiske belønninger også kan hjelpe til med å redusere agentkostnader. Slike prestasjonsmål har gjort at problemet med motstridende interesser har blitt redusert (Tirole 1994).

Herlof Nilssen påpeker videre at det til tross for retningslinjer mot mer økonomisk optimalisering av sykehusdrift, ikke er ønskelig å fjerne økonomiske incentiver. Nilssen viser herved til at visse økonomiske incentiver kan skape effektivitetsgevinster, og derigjennom får man behandlet flere pasienter. Et annet RHF kommenterer dessuten i spørreskjemaet at det er blitt større fokus på internpriser som et resultat av outsourcing. Dette bekrefter at økonomiske insentiver ikke er helt fraværende blant helseforetakene. Det er også verdt å nevne at RHFene stadig arbeider for en mer kostnadseffektiv og optimal drift av foretakene. Beslutningsmyndigheten har blitt mer desentralisert

som følge av sykehusreformen, og har dermed gitt avdelingsledere ved sykehus et større økonomisk ansvar som må overholdes. På denne bakgrunn synes det som om RHF prøver å balansere økonomiske incentiver med incentiver for å sørge for best mulig kvalitet i pasientbehandling. Spørsmålet er imidlertid hvorvidt økonomiske incentiver kan gå på bekostning av andre aspekter ved sykehusdrift, og således gi opphav til motstridene interesser mellom agent og prinsipal. Dette vil diskuteres mer inngående i avsnitt om DRG som finansieringssystem.

Agentkostnader kan med andre ord forekomme i form av lav eller mangelfull innsats. Dette kan blant annet gi utslag i form av lav effektivitet eller mangelfull kvalitet. Det kan også vises til en viss effektiviseringseffekt i helseforetakene som følge av økning i bruk av private tilbydere etter sykehusreformen (Bjørvatn et al. 2002). Denne effekten er blitt realisert som et resultat av en mer offensiv holdning grunnet økt konkurranse om pasienter gjennom fritt sykehusvalg. Private aktører har vist RHF og deres datterforetak nye måter å behandle på, og kan derigjennom ha gjort offentlige helseforetak mer offensive. Dette støttes opp under oppfølgingsintervju av administrerende direktør i Helse Midt-Norge, Reidar Tessem.

På den bakgrunn kan det synes som outsourcing og eksistensen av alternative utførere kan bidra til å redusere agentkostnader i form av lav effektivitet internt i helseforetakene. Herlof Nilssen bekrefter at det har skjedd en enorm utvikling i helseforetakene etter sykehusreformen, men at utviklingen ikke nødvendigvis skyldes implementering av reformen. På bakgrunn av Nilssens uttalelser kan det dermed ikke trekkes noen klar konklusjon hvorvidt større innslag av markedselementer er skyld i effektiviseringseffekten.

Det synes dessuten som interne enheter ikke alltid er direkte utsatt for konkurranse i dag. Det som utsettes til uavhengige tjenestetilbydere er hovedsakelig det man ikke har kapasitet til selv, eller ikke prioriterer å utføre internt. Likevel kan konkurransetrykket gi effektiviseringseffekt, og dette kan vise seg gjennom flere behandlede pasienter. Således har eksistensen av et alternativ medført etablering av markedskontroll og dermed incentiver for effektiv utførelse i helseforetakene. Bruk av outsourcing kan i denne sammenheng være et middel for å tydeliggjøre alternativkostnaden ved intern utførelse. Tilstedeværelsen av et alternativ kan motivere agenter til bedre effektivitet, da det ikke er ønskelig å bli erstattet eller evalueres som dårligere enn alternativet. Denne formen for markedskontroll vil normalt være sterkere enn eierkontrollen RHF kan utføre.

4.2.2.2 *Avtalespesialister og agentkostnader*

Outsourcing til avtalespesialister er under kontroll av særskilte reguleringer. Kontrakt med avtalespesialistene løper normalt til spesialist er fylt sytti år. En slik langsiktig avtaleperiode kan påvirke agentkostnader, noe som også støttes av våre respondenter i oppfølgingsintervjuer. Herlof Nilssen uttaler at styring av disse avtale ikke er noen enkel oppgave, da rammevilkårene er historisk betinget og i stor grad basert på spesialistenes premisser. Nilssen mener derfor det er vanskelig å gjøre noe med disse avtalene for å skaffe RHF bedre kontroll.

Hovedinnvending mot slike langsiktige avtaleforhold er at fordelen med markeds kontroll kontra eier kontroll reduseres. Outsourcing kan normalt redusere agentkostnader da markeds kontroll forventes å være overlegen eier kontroll som mekanisme for å overvåke og styre agenten. Markeds kontroll kan altså skape større insentiver for agenten. Denne effekten vil imidlertid minimeres dersom kontrakt løper over en lengre tidsperiode. Når kontrakt løper over et lengre tidsrom vil markeds kontrollen miste sin verdi, da prinsipalen i form av RHF vanskelig kan endre avtalevilkårene i løpet av kontraktperioden. Det kan dermed resultere i ineffektivitet i stedet for sterkere insentiver og mer effektivitet. I oppfølgingsintervju med RHF presiseres det likevel at avtalespesialistene er effektive utførere av de tjenester som inngår i kontrakt. Dessuten er avtalespesialistene i større grad kontrollert i dag enn hva tilfellet var før 2002. Det er dermed ingen klar sammenheng mellom kontrakt med avtalespesialist og agentkostnader.

4.2.2.3 *DRG- system og asymmetrisk informasjon*

Finansieringssystemet i helsevesenet legger til grunn stykkpriser som er basert på et DRG- system, diagnoserelaterte grupper. Det innebærer at sykehus og institusjoner får en fastpris basert på gjennomsnittlige variable kostnader over et utvalg av sykehus/institusjoner. Dette finansieringssystemet har også medført innføring av målestokkonkurranse, eller benchmark (Kjerstad og Olsen 2002).

Målestokkonkurranse defineres av Kjerstad og Olsen (2002) som å være en form for svak konkurranse i den forstand at private ikke kan overta retten til å produsere tjenester. Utgangspunktet for målestokkonkurranse er sammenlikning av kostnader og/eller kvalitet mellom interne avdelinger. Det er dermed mulig å måle en avdelings prestasjoner opp mot andres. På den bakgrunn kan målestokk- konkurranse benyttes som et styringsverktøy for å overkomme problemer med asymmetrisk informasjon.

Asymmetrisk informasjon vil forekomme når agenten, den utførende parten, har bedre informasjon om faktiske produksjonskostnader og mulige kostnadsbesparelser, enn prinsipalen, som i dette tilfellet er regionale helseforetak og staten. Utgangspunktet for målestokkkonkurranse og agent-prinsipalproblem er at prinsipalen har flere agenter til å utføre relativt like oppgaver. Vi vil først gjennomgå en modell for målestokk- konkurranse.

Med et DRG- system vil altså hvert sykehus eller institusjon stå overfor en fastpris, eller en sats, som er basert på gjennomsnittlige variable kostnader for et utvalg av sykehus. Denne prisen, eller satsen, representerer en målestokk for andre sykehus sine prestasjoner. Således innebærer et DRG- system indirekte konkurranse mellom sykehusene. Sykehusene får en målestokk å relatere seg til, og tanken er at dette kan gi incentiver for å redusere kostnader. Vi valgte å utforme en enkel modell for å illustrere hvordan målestokkkonkurranse kan medvirke til å skape incentiver:

Dersom R = Resultat, I = Inntekt, K = Kostnader og $n = 1,2,3\dots$ = Sykehus nr 1,2,3..., kan sykehusenes profitt utledes slik:

Resultat til sykehus 1 gjenspeiler inntekt minus kostnader,

$$R_1 = I_1 - K_1 .$$

Videre vil inntekten til sykehus 1 være lik refusjonen (fastprisen), som baseres på den gjennomsnittlige kostnaden til alle sykehusene,

$$I_1 = \text{gjennomsnitt}(K_n).$$

Sykehusets resultat vil da avhenge av hvor effektivt det er i forhold til utvalget av sykehus. Det vil si resultat er lik refusjon minus faktiske kostnader,

$$R_1 = \text{gjennomsnitt}(K_n) - K_1.$$

Da sykehusenes resultat avhenger av de faktiske kostnaders størrelse i forhold til refusjon, vil sykehusene, det vil si agentene, få incentiv til å bli mest mulig kostnadseffektive. Dette vil tjene RHF som prinsipal som er ute etter å kostnadseffektivisere driften.

I agent- prinsipalteori kan informasjonsfordel i form av asymmetrisk informasjon i utgangspunktet brukes strategisk av agenten. Dette kan også relateres til sykehus. Eksempelvis kan et sykehus med lave kostnader gi signaler om at det har høye kostnader, og dermed få mulighet til å hente ut en intern gevinst, eksempelvis i form av utilfredsstillende innsats, eller slakk. Det vil si at sykehuset kan redusere innsats slik at faktiske kostnader reflekterer signaliserte kostnader. Ved bruk av

målestokkonkurranse kan prinsipalen unngå dette. Dersom prinsipalen benytter en fastpriskontrakt vil sykehuset få incentiv til å yte effektiv innsats, da besparelser i kostnader vil tilfalle sykehuset.

Imidlertid vil det være vanskelig å sette en fastpris for et utvalg sykehus. Fastprisen bør med andre ord være tilstrekkelig høy for å dekke de faktiske kostnader ved sykehus som har et høyt kostnadsnivå. Ettersom prinsipalen ikke har fullverdig informasjon om kostnadsforhold ved utvalget av sykehus, må den sette fastprisen høy nok til at de fleste sykehus faktisk får dekket sine kostnader. I et foretak som RHF med begrensede midler og mange forskjellige tiltak å bruke ressurser på, er dette selvsagt uheldig.

Dersom RHF har et utvalg av sykehus og vet at kostnadsforholdene i utvalget er tilnærmet like, men ikke kjenner det faktiske nivået på hvert enkelt sykehus, kan imidlertid RHF oppnå fordelaktige konsekvenser gjennom å knytte fastprisen for enkelte sykehus til realiserte enhetskostnader ved et utvalg av sykehus. Samtidig vil realisert fastpris avspeile faktiske kostnadsforhold ved utvalget av sykehus. Videre gir dette grunnlag for at RHF bedre kan samkjøre utgifter til faktiske kostnadsforhold. Dette er imidlertid kun oppnåelig dersom fastprisen representerer kostnadsforhold som er forholdsvis like for deltakende enheter.

Spørsmålet videre er imidlertid hvilke incentiver sykehusene har for å faktisk skjerpe seg om man har negativt resultat, og hvilke incentiver de har for å forbedre resultatet og initiere kostnadsreducerende tiltak. Dersom det er press fra prinsipalen om å redusere kostnader, kan agenten oppleve incentiver til å overholde budsjetttramme. Dette bunner i antakelse om at agenten vil unngå å miste sin jobb og posisjon i helseforetakene, og det kan dessuten være incentiver i form av mulige forfremmelser. I NHH-silhuetten 01-2007, uttaler NHH – forsker Katarina Østergren seg om sine studier som kan relateres til dette temaet. Østergren har sammenliknet Helse Vest RHF og Helse Sør– Øst, og funnet at avdelingsledere faktisk er redde for å miste jobben hvis avdelingene ikke går i balanse. Det er imidlertid forskjeller mellom helseregionene. Avdelingsledere i Helse Sør– Øst er i mindre grad bekymret for dette enn ledere i Helse Vest RHF. I hennes studier mener 60 % av avdelingsledere i Helse Sør – Øst at det ikke er forbundet noen prestisje i å holde seg innenfor budsjettet, og 40 % mener det ikke er ubehagelig å presentere røde tall. I Helse Vest RHF mener imidlertid 71 % at det ligger personlig prestisje i å holde seg innenfor budsjettet, og samme prosentandel synes det er ubehagelig å presentere negativt resultat. Årsaken til forskjellene kan ligge i organisasjonsstruktur i foretakene samt den økonomiske situasjonen i RHFene.

På bakgrunn av disse studiene kan det ikke sies å være noen entydige incentiver for å skjerpe seg dersom avdelinger opplever negativt resultat, eller for å gjøre kostnadsreducerende tiltak. Kilder vi

har snakket med i Helse Stavanger HF, representert ved Helse Vest RHF, kan likevel opplyse at avdelingsledere får positiv belønning dersom det oppnås balanse i regnskapene, og at det dermed vil være incentiver for kostnadsreducerende innsats. Imidlertid gjelder dette kun avdelingsledere. Ansatte lengre nede i hierarkiet opplever ingen incentiver. Det er dermed uklart hvor stor effekt incentivene har for den overordnede styringen av helseforetakene.

Selv om det skulle være incentiver for å redusere kostnader, vil DRG- systemet ikke gi grunnlag for incentiveeffekt i form av konkurranse på kvalitet mellom sykehusene. Når det er incentiver for å holde kostnader nede, kan dette resulterer i manglende innsats for å sikre kvaliteten i helsetilbudet. RHF forventes på sin side å bestrebe seg etter best mulig helsetilbud og kvalitet gjennom kostnadseffektiv produksjon. Kostnadsreducerende og kvalitetssikrende tiltak er imidlertid vanskelig verifiserbare for RHF. Det er således bakgrunn for at kostnadsreducerende tiltak kan gå på bekostning av kvalitet. Dette er et syn som kommer frem i Rune Nesdal Jonassens forskningsrapport fra 2008, "Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene". I intervjuer med ansatte ved helseforetak har Nesdal Jonassen spurt avdelingsledere ved sykehus hvilke innvirkninger Sykehusreformen har medført:

*"Økonomihensyn har fått absolutt
førsteprioritet, kvaliteten måles fremdeles
nesten ikke, men lederne hevder den er bra
nok, hovedsakelig med henvisning til at det
ikke er en økning i klagesaker."*

Dette representerer et brudd på RHF sine retningslinjer hvor kvalitet skal stå i høysetet ved sykehusene. Det fremkommer dessuten av spørreundersøkelsen rettet mot RHF at nettopp kvalitet skal være viktig faktor ved drift av sykehus i følge våre respondenter. Som tidligere nevnt er det også verdt å merke seg at sykehus ikke oppfattes som en lønnsomhetssøkende organisasjon. Norske helseforetak er eksempel på foretak med multiple dimensjoner. I slike foretak vil profittmaksimeringshensyn kunne overskygge andre viktige dimensjoner som forsvarlighet og kvalitet.

På denne bakgrunn kan økt profittfokus som resultat av DRG- systemet gi en negativ effekt hva gjelder agentkostnader, da det kan resultere i handlinger som ikke anses å være hovedfokus ved sykehusproduksjon fra prinsipalens ståsted. Kompetanse og kvalitet i utførelse skal komme i første rekke framfor lønnsomhetsvurderinger. Således kan DRG- systemet resultere i agentkostnader grunnet økt fokus på profitt. Det er imidlertid usikkert hvorvidt dette er en aktuell problemstilling i RHF. Herlof Nilssen har som tidligere uttalt i intervju at et visst fokus på økonomi vil være nødvendig ved sykehus, selv om det ikke skal være hovedfokus. Dessuten påpeker han at det behandles vesentlig flere pasienter i dag enn før sykehusreformen, og at DRG- systemet således har medført større motivasjon for effektivitet i helseforetakene.

Bruk av outsourcing kan likevel være et virkemiddel for å i større grad rette søkelyset mot kvalitet. Dette kan oppnås gjennom en konkretisering av mål og retningslinjer i anbud. Videre vil markedsmekanismer i form av brukerkontroll legge til rette for at retningslinjer følges. Det fremkommer dessuten fra oppfølgingsintervju av RHF samt intervju med private aktører at outsourcing resulterer i økt bevisstgjøring av kvalitet internt i helseforetakene, og at outsourcing kan gi et kvalitetsbenchmark. Vår representant fra Aleris private sykehus uttaler at private alltid er i søkelyset hva gjelder kvalitet på behandling, og dermed vil kvalitet alltid være i høysetet ved private sykehus. Uten et slikt fokus vil ikke private tilbydere vinne anbudskonkurranser om utførelse av helsetjenester for RHF. Videre kan det være mer problematisk å kontrollere interne enheters motivasjon og insentiver enn hva tilfellet er med eksterne.

4.2.2.4 *Oppsummering agentkostnader*

Prinsipal – agentproblematikk i RHF synes i hovedsak å være representert ved avveininger mellom økonomiske og kvalitetsmessige hensyn. Videre er det grunnlag for at outsourcing kan bidra til å redusere agentkostnader i form av større fokus på kvalitet og effektivitet, samt gjøre kontroll av motivasjon og insentiver enklere. På den annen side fremkommer ikke prinsipal- agentproblematikk fra oppfølgingsintervju å være av særlig betydning i RHF. Det er imidlertid uklart om dette er en konsekvens av manglende bevissthet rundt problemet, eller om det faktisk ikke er noe tema. Det er videre verdt å nevne at RHF har et økonomisk ansvar så vel som et sørge for- ansvar, og i dette ligger det at RHF også skal oppnå regnskapsmessig balanse. RHF kan dermed ikke implementere et finansieringssystem hvor økonomiske insentiver er fraværende, selv om det kan redusere de kvalitetsmessige insentivene

Det er dermed ingen klar konklusjon i favør outsourcing, og dette kan være årsaken til våre resultater fra spørreundersøkelsen. Som Herlof Nilssen påpeker er interne enheter mer effektive enn før, selv om private mener de kan bidra til enda bedre effektivitet. Samtidig er det ingen klare indisier om at kvalitetshensyn får mindre oppmerksomhet enn ønsket fra RHF. På bakgrunn av overstående diskusjon er det derfor ikke grunnlag for å forkaste resultater som fremkommer fra spørreundersøkelsen, og det kan konkluderes at outsourcing i liten grad vil bidra til å redusere agentkostnader i RHF.

4.2.3 Påvirkningskostnader

Påvirkningskostnader kan i følge teori for outsourcing oppstå når transaksjoner organiseres internt. Dette fordi det innenfor interne markeder kan foregå virksomhet rettet mot å påvirke ressurs- og kapitalstrømmer. Outsourcing kan i denne forbindelse redusere interne påvirkningskostnader da de aktiviteter som er grunnlag for lobbyvirksomhet settes ut til eksterne aktører. I spørreundersøkelsen oppgir imidlertid ingen respondenter bedre ressursfordeling eller redusert konkurranse om interne ressurser som motivasjon for outsourcing. I oppfølgingsintervju fremkommer det også å være liten oppmerksomhet om temaet, og våre respondenter mener ikke det eksisterer interessekonflikter i foretakene av særlig betydning. Imidlertid opplyser administrerende direktør i Helse Nord RHF at det kan eksistere interessekonflikter av faglig art hvor personer i RHFet eller HFene svært gjerne vil beholde faglige tilbud selv og ikke overlate dem til private aktører. Dette kan ha betydning for ressursfordeling i RHFet, og kan bety at aktiviteter som er kandidater for outsourcing likevel utføres internt.

Det er dermed potensial for påvirkningskostnader i form av suboptimal utnyttelse av ressurser. Det er imidlertid sannsynlig at dette også vil være aktuelt i de tre andre RHF, selv om det ikke fremkommer fra spørreundersøkelse eller intervju. Årsaken til disse resultatene kan være en manglende bevissthet eller oversikt over mulige interessekonflikter og konsekvensene av dette. Vi vil derfor foreta en diskusjon resultatene samt mulige kilder til påvirkningskostnader. Vi tar utgangspunkt i hvorvidt det vil eksistere aktivitet for å påvirke ressursfordeling i interne datterforetak, om slik aktivitet kan påvirke ressursallokeringer foretatt av RHF.

Som presentert innledningsvis mener representant fra Helse Nord RHF at det kan eksistere interessekonflikter av faglig art. I denne sammenheng fremlegges interessekonflikten som aktivitet for å beholde aktiviteter internt fremfor å sette disse ut til eksterne aktører. En annen potensiell form for interessekonflikter i helseforetak er interessekonflikter mellom ulike profesjoner.

Profesjonskamper mellom kategorier av helsepersonell er et tema som har vært omtalt i ulike medier. Dette kan medføre interne stridigheter for å påvirke ressurs- og maktfordeling ved sykehusene i favør av enkelte profesjoner eller avdelinger. På avdelingsnivå vil ikke denne profesjonskampen være like utbredt da det her er delt inn i eksempelvis avdelingssykepleier og avdelingsleger, og ikke en stilling som innebærer begge disse rollene. Dette vil hovedsakelig være relevant et stykke opp i hierarkiet, ettersom lederposisjoner høyere opp i hierarkiet besitter begge disse oppgavene gjerne med tanke på delegeringsoppgaver og mer rent administrative oppgaver. Innføring av sykehusreformen medførte imidlertid en mer enhetlig ledelse av sykehusene. Dette kan skape større grad av ledelsesautoritet, og dermed dempe profesjonskampen da lederstillinger nå skal være profesjonsuavhengige. Vår tolkning av dette er da det i senere tid er blitt mulighet for ulike profesjoner å besitte lederansvar, vil lederansvar altså ikke være avhengig av profesjonen man besitter, men i stedet personlige kvalifikasjoner. Enhetlig ledelse medførte også bortfall av den tradisjonelle avdelingsstrukturen (Kjekshus 2007). I debattinnlegg i DN 3. mai av Jan Grund, professor og rektor ved Høgskolen i Akershus, kan vi lese følgende:

”Ved å samle eierskapet på en hånd – hos staten – skulle en klare å styre sykehusene slik at en unngikk svartepersillet mellom 20 sykehuseiere og stadige krav om ekstrabevilgninger”.

Det er altså et klarere ansvarsforhold i helsevesenet etter opprettelse av RHF. Bestiller-utførermodellen har dessuten gitt en noe flatere struktur i helseforetakene og mindre avdelinger (Kjekshus 2007). Koordinering av tjenester og aktiviteter skjer hovedsakelig gjennom samarbeidsavtaler og internfakturering, hvor pasientbehandlende virksomhet er bestillere mens medisinsk og intern service er utførere. Dette kan medføre økt kostnadsbevissthet i foretakene, da et system med internprising kan gi større bevissthet om ressursforbruk. Avdelingers inntekter og utgifter blir synliggjort i de enkeltes budsjetter, og internpriser påvirker interne avdelingers lønnsomhet.

Denne strukturen kan innvirke positivt på eventuelle problemer med aktivitet for å påvirke interne ressurs- og kapitalstrømmer. Dette fordi modellen som i dag benyttes i større grad ansvarliggjør avdelingsledere for økonomiske resultater, og bestiller- utførermodellen kan gjøre ressursbruk mer

eksplisitt. Således kan det være vanskeligere å rettferdiggjøre intern utførelse i de tilfeller det eksisterer bedre alternativer i markedet.

Det kan på den annen side være rom for forbedringer. Ved store og komplekse foretak som RHF og tilhørende HF vil det alltid eksistere en viss aktivitet for å påvirke ressurs- og kapitalstrømmer, og dette støttes også opp av Helse Vest RHF i oppfølgingsintervju. Dette kan gi konsekvenser som feilprioriteringer av pasienter, eller mangelfulle bevilgninger til enkelte avdelinger. Den direkte kostnaden i form av tidsforbruk kan vise seg gjennom økt byråkratiarbeid og/eller for liten tid til pasienter. På den bakgrunn kan outsourcing gi positive konsekvenser dersom utsetting av tjenester reduserer aktivitet som beskrevet. Det er dessuten opplyst i forbindelse med spørreundersøkelsen at outsourcing gir fokus på internprising. Således gir outsourcing større fokus på effektiv ressursutnyttelse. Imidlertid vil det kreve en utstrakt bruk av outsourcing for at påvirkningskostnader skal reduseres ved sykehus. På tross av outsourcing av enkeltstående aktiviteter og tjenester vil ikke avdelinger opphøre, og vil fremdeles kunne ha interesse i å påvirke interne ressurs- og kapitalstrømmer.

4.2.3.1 *Oppsummering påvirkningskostnader*

Outsourcing for å redusere påvirkningskostnader kan ha en viss verdi, men den synes imidlertid å være liten. Dessuten fremkommer ikke påvirkningskostnader fra spørreundersøkelse eller intervjuer som et særlig problem, og er dermed ikke noe som tas med i vurdering av outsourcing. I store og komplekse foretak som RHF kan dette være et overraskende resultat. Dette fordi store foretak er mer uoversiktlig og også dermed mer utsatt for påvirkningskostnader. Imidlertid vil outsourcing av aktiviteter fra RHF hvor det eksisterer gode alternativer i markedet stå for et lite volum av samlede aktiviteter, og det vil dermed ikke kunne eliminere interessekonflikter. Imidlertid er ikke dette ensbetydende med at outsourcing ikke kan redusere påvirkningskostnader, men de positive konsekvensene vil være av liten størrelsesorden.

En videre analyse av påvirkningskostnader vil kreve en mer dyptgående utredning av bestiller-utførermodellen samt resultater av sykehusreformen. Dette vil imidlertid gå utenfor vår begrensning av oppgaven som er å analysere outsourcing fra RHF til private aktører innenfor spesialisthelsetjenesten.

4.2.4 Koordinasjonskostnader

Koordinasjonskostnader oppstår når kjøp i markedet nødvendiggjør koordinering av produksjonsstrøm. Dette er særlig aktuelt dersom det er knappe marginer i form av tid eller fysisk kapital, eller krever koordinering av designattributter. Dette vil være attributter som må kombineres på en spesifikk måte for å ha økonomisk verdi.

Vårt utgangspunkt er at koordinasjonskostnader i liten grad vil oppstå som følge av RHF's outsourcing av helsetjenester. Dette fordi outsourcing av helsetjenester ikke nødvendiggjør koordinering mellom transaksjonsparter av særlig betydning. I spørreundersøkelsen fremkommer heller ikke koordinasjonskostnader å være motivasjon for outsourcing. Ingen av våre respondenter mener outsourcing gir opphav til kostnader forbundet med koordineringer av tjenester. Dette er resultater som støttes opp i oppfølgingsintervju med representanter fra de fire RHF.

*”Relativt sett er vår andel av private tjenester
liten, og kostnadene forbundet med
koordinering er svært små”*

Administrerende direktør, Helse Nord RHF

Ettersom koordinering av tjenester mellom RHF og private aktører ikke fremgår som problemfullt, anser vi dette som en konsekvens av at de tjenester som outsources i stor grad er fullverdige tjenester. Med andre ord ingen deltjeneste eller aktivitet i et større behandlingsforløp som må koordineres med andre tjenester. Det er dermed liten eller ingen nødvendighet å koordinere ulike tjenester mellom private og offentlige aktører. De private utfører fullstendige tjenester for regionale helseforetak, og koordinasjonskostnadene er dermed små. Koordinasjonskostnader er altså ikke en ulempe ved outsourcing som RHF i særlig grad tar stilling til.

4.2.5 Transaksjonskostnader

Ronald Coase presenterer i sin artikkel fra 1960 ”the problem of social cost” transaksjonskostnader som kostnader forbundet med å handle i markedet. Det vil si kostnader knyttet til å organisere og gjennomføre en bestemt transaksjon. Dersom markedstransaksjoner har høyere kostnad enn intern

organisering vil prosessen i prinsippet fortsette til kostnadene i markedet og bedriften på marginen er like. Ettersom organisasjonskostnadene/ interne transaksjonskostnader er en stigende funksjon av bedriftens størrelse, og hvor størrelse måles i antall transaksjoner, vil dette kunne si at regionale helseforetak vil anses som en mindre effektiv enhet. Dette fordi organiseringen av Helse- Norge er en stor og kompleks "bedrift" i form av flere ledd for gjennomføring av pasientbehandling, samt ulike hensyn må tas.

Befolkningens økende bruk av private helsetilbud i både inn- og utland tvinger samtidig frem ett bedre tilbud og bedre organisering i de offentlige sykehusene. Som bestiller av helsetjenester fastsetter offentlige myndigheter krav til omfang av tjenestetilbudet og følgelig kvaliteten på disse. Myndighetens rolle som bestiller og finansierende myndighet kobles sammen ved at det stilles krav til resultatoppnåelse, eller at produksjonen knyttes til størrelsen på bevilgningen til sykehusene. Samtidig er det viktig å få kontroll over systemkostnadene og å forbedre kvaliteten. Innføring av innsatsstyrt finansiering ved norske offentlige sykehus er en god indikasjon på at det er blitt innført markedsmekanismer i norsk helsevesen. Dette kan gi implikasjoner i form av transaksjonskostnader ettersom innsatsstyrt finansiering er et komplisert system som deretter kan føre til transaksjonskostnader mellom RHF og HF. Sykehusenes personalressurser bindes opp i større grad enn tidligere til administrasjon av ISF i stedet for pasientbehandling. Samtidig vil nødvendig opprettholdelse av kvalitetskrav satt fra myndighetenes side samt økt etterspørsel etter ulike helsetjenester, medføre behov for flere aktører som kan tilby helsetjenester inn under forvaltning av offentlig sykehus.

Besanko et al. (2007) presenterer videre ufullstendige kontrakter og relasjonsspesifikke investeringer som hovedkilde til transaksjonskostnader. Utgangspunktet vårt er dermed å vurdere hvorvidt RHG grunnet begrenset rasjonalitet, spesifikasjons- og kontrollproblemer og asymmetrisk informasjon kan utforme fullstendige kontrakter. Videre vil det være grunnlag for å bli utsatt for opportunistisk atferd dersom RHF foretak relasjonsspesifikke investeringer. Vi vil derfor foreta en analyse av kontrakter og kontraktforhold, og hvordan dette gir opphav til transaksjonskostnader ved outsourcing til private aktører.

Før vi går nærmere inn på en analyse av selve transaksjonskostnadene som er forbundet med kontraktsinngåelse mellom RHF og private tjenestetilbydere, vil vi kort presentere utviklingen i kontraktfestede avtaler mellom RHF og transaksjonsmotparter. Dette gjør vi for å analysere utviklingen og videre vurdere hvorvidt dagens situasjon gir opphav til transaksjonskostnader.

4.2.5.1 *Utviklingen i kontrakter mellom RHF og private tjenestetilbydere*

Før sykehusreformen trådte i kraft fra og med 2002 hadde fylkeskommunen avtaler med flere private røntgeninstitutt, samt ulike laboratorier. Etter sykehusreformens inntog ble disse avtalene i første omgang overført til de regionale helseforetakene uten endringer. I perioden etter sykehusreformen har det skjedd en økning i antall avtaler, og en økning i ressurser som brukes til å gjennomgå avtalene, særlig frem til og med 2006 (Hagen et al. 2007).

Det ble foreslått i Norges offentlige utredninger 2003:1 at det skulle være større åpenhet og mulighet for langsiktige kontrakter. Samtidig skulle avtaler som tidligere var inngått med fylkeskommunen nå komme på lik linje med andre kontrakter innenfor helsetjenester inngått med RHF. Dette medførte også større mulighet for pasienter til å bli henvist til private sykehus og spesialister som RHF hadde avtale med. Hensikten med fritt sykehusvalg som ledd i sykehusreformen bidro til å stimulere til økt pasientflyt for å lette presset mot sykehus. Sykehus med begrenset kapasitet kan med andre ord benytte seg av den ledige kapasiteten som finnes i markedet for helsetjenester i større grad etter sykehusreformens inntog.

Helse Midt- Norge RHF og Helse Sør- Øst RHF har kontraktfestede avtaler med private sykehus innenfor plastikk kirurgi, ortopedi og øre nese- hals. Helse Nord RHF har inngått avtaler med private sykehus som gjelder spesifikke prosedyrer og diagnoser fra 1. februar 2009 til 31. desember 2010. Leverandørene her er klinikk Stokkan- Tromsø private sykehus, Aleris ishavsklinikk og Teresklinikken. De private sykehusene kan også ha kontraktfestede avtaler på andre områder gjennom ordningen Raskere tilbake. Helse Vest RHF har fornyet avtaler av april 2010 med Bergen Kirurgiske Sykehus, en del av Teresgruppen, samt Aleris Helse, Fana medisinske senter, Colloseumklinikken og privatsykehuset Haugesund. Den totale verdien av kontraktene er på 92 millioner kroner hvert år i to år.

4.2.5.2 *Organisering av helsetjenester*

For å analysere transaksjonskostnader som oppstår gjennom RHF's bruk av outsourcing ønsket vi i første rekke å avklare hvordan RHF utfører sin rolle som bestiller av helsetjenester. Dette vil være utgangspunktet for en videre analyse av kontrakter og kontraktsforhold, og hvilke kostnader som vil oppstå i transaksjoner mellom RHF og private tilbydere av helsetjenester. Vi antok i utgangspunktet at organiseringen ville skje i tre hovedformer: organisering via datterforetak, det vil si intern organisering, organisering via anbudskonkurranser og organisering via forhandlinger. Vi utformet derfor spørsmål om RHF's utøvelse av bestillerfunksjon, og resultatet oppsummeres i tabell 4.7.

Tabell 4.7. RHF's organisering av helsetjenester.

Helseforetak	Organisering via datterforetak	Anbudskonkurranse	Forhandlinger
RHF 1	Nei	Ja	Ja
RHF 2	Ja	Ja	Ja
RHF 3	Nei	Ja	Nei
RHF 4	Nei	Ja	Ja

Alle RHF benytter anbudskonkurranse i organisering av helsetjenester. Dette fremkommer av våre respondenter som konsekvens av lovverk og reguleringer. Lov om offentlige anskaffelser legger klare føringer for at anskaffelsesprosedyrer må følge regelverk. Formålet er å sikre mest mulig effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser, og skal bidra til økt verdiskapning i samfunnet

Forhandlinger benyttes også av tre av fire foretak, og det opplyses om at anbudskonkurranser og forhandlinger benyttes i en kombinasjon. Dette begrunnes med stor grad av kompleksitet i kontrakter. Forhandlinger har vist seg å være nyttig for å kunne spesifisere nettopp innhold i kontrakter før selve oppgaven blir fullstendig outsourcet til en ekstern aktør.

Kun en av fire organiserer i følge våre resultater helsetjenester via datterforetak. Dette er nok et resultat som skyldes et noe uklart spørsmål. Respondenten kan ha oppfattet spørsmålet som hvordan de organiserer kjøp av private helsetjenester, og ikke hvordan alle helsetjenester innenfor RHF organiseres.

Hvordan RHF organiserer sin bestillerfunksjon vil danne grunnlag for analyse av kontrakter og kontraktsforhold, samt relasjonsspesifikke investeringer og opportunistisk atferd. Vi velger derfor først å presentere denne formen for organisering av outsourcing for deretter å analysere hvordan dette foregår i praksis.

▪ **Anbudsprosesser**

Lov om offentlige anskaffelser legger klare føringer for at anskaffelsesprosedyrer. I følge denne loven er formålet å sikre mest mulig effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser, og skal bidra til økt verdiskapning i samfunnet. Regelverket legger klare rammer og skal bidra til at offentlige sykehus opptrer med integritet slik at allmennheten har tro på at slike anskaffelser skjer på en positiv og optimal måte med tanke på ressursfordeling.

I anbudskonkurranser vil det være viktig at type tjenester, omfang og kvalitet blir godt definert. Dette er for å kunne lage best mulig kontrakter med tanke på gjennomførelse. Uavhengige aktører konkurrerer om kontrakt med RHF som gir den aktuelle aktøren enerett til leveransen eller gjennomførelsen over en avgrenset periode (Bay et al. 1999). Ettersom vi har fått bekreftet at RHF benytter seg av anbudskonkurranse i utvelgelsen av private leverandører av helsetjenester, må de regionale helseforetakene uavhengig kunne vurdere hvilke tjenester som skal kjøpes, hvilken type privat aktør det er mest lønnsomt å inngå avtale med, det økonomiske omfanget av avtalen, samt antall avtaler og geografisk beliggenhet. Siste punkt referer til at det kan være hensiktsmessig å inngå avtaler med private tilbydere i andre regioner for å sikre konkurranse.

Fordelen med bruk av anbudskonkurranser er at utlyste oppdrag gjennomføres av den leverandøren som kan fremlegge best tilbud for utøvelse av tjenestene. Bevilgningen til produsenter som vinner anbudskonkurransen vil i større grad samsvare med de faktiske kostnadene ved utførelse. Dette er da det ofte er de beste tilbyderne i form av pris og kvalitet som vinner anbudskonkurransen. Det kan være et resultat av flere behandlede pasienter og utførte operasjoner, noe som resulterer i lavere enhetspris grunnet læringskurveeffekt og effektivisering. Dette kan være med på å redusere transaksjonskostnader i form av mindre behov for oppfølging og kontroll av tilbyder fra RHF.

Hvordan RHF organiserer sin bestillerfunksjon vil danne grunnlag for analyse av kontrakter og kontraktsforhold, samt relasjonsspesifikke investeringer og opportunistisk atferd. Fra spørsmål om hvilke konsekvenser outsourcing kan medføre for RHFene fremkommer det ikke å være kostnader ved kontraktsforhandlinger og kontroll av kontrakt. Samtidig mener ingen av våre respondenter at kontraktfestede avtaler gir redusert fleksibilitet. Dette er resultater som ikke er å forvente for foretak som gjør transaksjoner i markedet. Dette fordi slike transaksjoner nødvendiggjør kontraktstyring. Det er videre vanskelig å utforme fullstendige kontrakter, og kontraktsforhandlinger og kontroll av kontrakt vil forventes å medføre kostnader i form av tids- og ressursforbruk.

Vår mistanke om at resultatene ikke nødvendigvis gjenspeiler virkeligheten fikk vi bekreftet ved oppfølgingsintervju både av de fire regionale helseforetakene, samt intervju av private aktører på markedet. Årsaken til misvisende resultat fra spørreundersøkelsen kan være at respondentene våre i større grad fokuserer på administrative kostnader generelt ved outsourcing, samtidig som også gevinstene til en viss grad vil overskygge kostnader. Resultatene kan videre gi oss en indikasjon på at helsevesenet ikke fokuserer på økonomisk teori og økonomiske insentiver i særlig grad.

Vi vil videre foreta en analyse og diskusjon av våre resultater med utgangspunkt i teori av Coase (1937) og Besanko et al. (2007).

4.2.5.3 *Kontrakter og kontraktsforhandlinger*

RHF benytter seg av en bestiller- utfører modell ved bestilling av tjenester til spesialisthelsetjenesten. Denne formen for modell bygger videre på kontraktstyring mellom de ulike partene. I kontrakt med ulike aktører er det nødvendig å spesifisere hvilke mål som ønskes oppnådd, samt krav og hvilke regler som er gjeldende. Tjenestene må koordineres på best mulig måte slik at private tilbyders utførelse stemmer overens med de spesifiseringer som RHF er underlagt og skal gjennomføre. I denne prosessen er kontraktsutforming viktig for å skape gjensidig forståelse for kontraktsforhold og implikasjoner. Det kommer klart frem fra alle våre kilder at lover og regler legger føringer for dette, og at disse følgelig overholdes av alle fire regionale helseforetakene.

Det vil være ønskelig for begge parter i en kontraktssammenheng at det utformes en fullstendig kontrakt som gir fullgod beskyttelse mot opportunistisk adferd. En fullstendig kontrakt vil følgelig stipulere rettigheter og ansvar for alle mulige hendelser som er av relevans for denne transaksjonen, samtidig som det ikke foreligger noen "smutthull" i kontraktsteksten som en av partene kan utnytte. Dette er likevel en vanskelig oppgave å gjennomføre ettersom begrenset rasjonalitet foreligger hos enhver person. Ingen kan forutse alle hendelser og ta alle mulige forbehold til en situasjon, samtidig som spesifikasjons- og kontrollproblemer vanskeliggjør kvantifisering og måling av alle kontraktsforhold. Asymmetrisk informasjon er en tredje faktor som gjør det vanskelig å gjennomføre fullstendige kontrakter. Asymmetrisk informasjon foreligger der hvor en av kontraktspartene har mer informasjon enn annen part vedrørende transaksjonen, og kan benytte seg av denne informasjonen.

RHF's organisering av kontraktsforhandlinger og utforming av kontrakter vil analyseres for å vurdere i hvilken grad RHF kan og har mulighet til å utforme fullstendige kontrakter. Dette vil gjøres ut ifra hvilke faktorer RHF anser som viktige ved kontraktsforhandlinger.

- **Begrenset rasjonalitet**

Det kan være problematisk å utforme en fullstendig kontrakt ettersom man ikke kan forutse alle tenkelige forhold og utfall som en kontrakt i utgangspunktet skal spesifiserer. Det er dermed viktig at man i enhver kontrakt som foreligger mellom RHF og private tjenestetilbyder presiserer etter beste evne alle mulige forhold. Dette vil innebære forhold som vil kunne foreligge dersom en av partene blir nødt til å endre forutsetninger for kontraktsforholdet, som eksempelvis lengde på kontrakt, en eventuell utvidelse av ansvarsområdene for private tjenestetilbydere i form av utvidet omfang og lignende.

Private sykehus bestreber seg på å tilby kortest mulig ventetider for offentlige oppdrag. Det er imidlertid et vilkår i kontraktfestede avtaler mellom regionale helseforetak og private sykehus at oppdragsmengden skal fordeles jevnt over året. På grunnlag av slike avtaletekniske forhold kan det dermed oppstå lengre ventetid enn ønskelig fra både private aktørers og pasienters ståsted. Dette kan sees i sammenheng med begrenset rasjonalitet i den forstand man ikke kan forutse en slik etterspørsel etter helsetjenester over tid. En mulig løsning er at det i større grad legges inn mulighet for private å tilpasse tilbudet ettersom behov oppstår. Dette henspiller også til at selve oppdragsmengden muligens burde vært mer fleksibel, og er noe man kunne tatt høyde for i kontrakter. Dette er imidlertid forhold som er under statlig regulering og er å anse som utenfor RHF's kontroll.

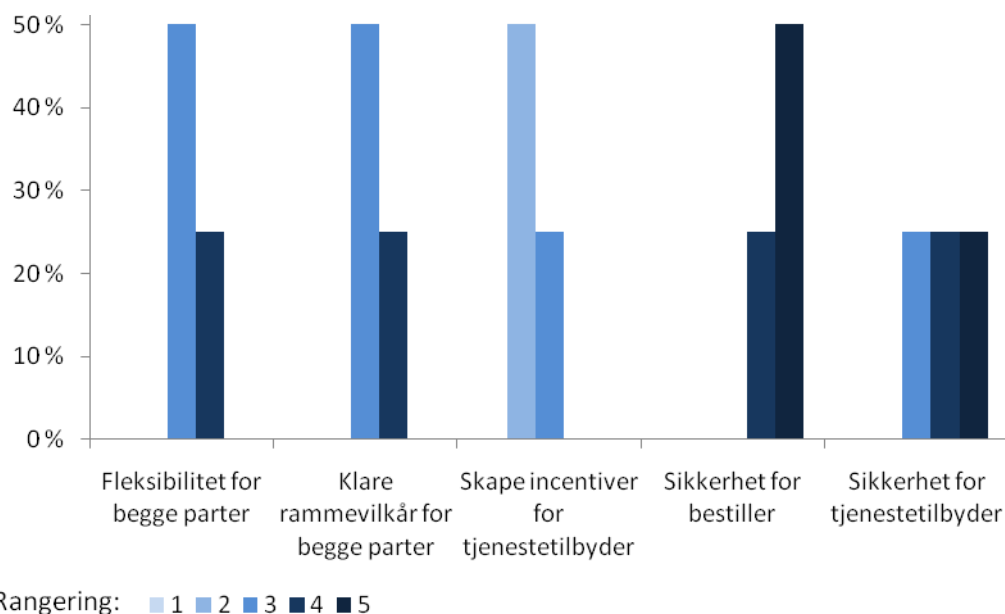
Hvilke hensyn som ligger bak en kontraktinngåelse vil herved nødvendigvis være av relevans, og videre kunne påvirke transaksjonskostnader for RHF. Hvilke hensyn som vektlegges vil kunne påvirke hvordan kontrakten utformes. Dette for å kunne forutse mulige hendelser i etterkant av kontraktsinngåelsen.

De ulike RHF ble derfor spurt om å rangere 5 hensyn ved kontraktinngåelse med uavhengige tjenestetilbydere. De hensyn som skulle rangeres er:

- *Fleksibilitet for begge parter*
- *Klare rammevilkår for begge parter*
- *Skape insentiver for tjenestetilbyder*
- *Sikkerhet for bestiller*
- *Sikkerhet for tjenestetilbyder*

De ulike alternativene representerer ulike konsekvenser for kontraktsforhandlinger og styring gjennom kontrakt. Vi ville med dette få anledningen til å kunne analysere hvilke insentiv RHF har ved avtaleinngåelser. Resultatene fra RHF's rangering av kontraktsrelevante hensyn presenteres i tabell 4.8. Alternativene skulle rangeres fra 1 til 5, der 5 er viktigst.

Tabell 4.8. RHF's rangering av kontraksrelevante hensyn



Merk: Tabellen viser at ingen har krysset av for at hensyn rangeres til verdi 1. Dette er ikke grunnet feil i tabellen, men i stedet at ingen av respondentene har tillagt noen hensyn verdi 1. Samtidig er andre alternativer benyttet flere ganger. Kun tre av fire respondenter har rangert alternativene.

Det første vi legger merke til ved svarene fra RHF er at ingen av respondentene gir noen hensyn verdi 1, det laveste. Dette gir oss en pekepinn på at hensyn vi har presentert for dem er av relevans for deres kontraktinngåelse. Gjennom spørreskjemaet fikk vi uheldigvis kun en svarprosent på 75 % på dette spørsmålet, og dermed har 3 av 4 RHF svart på dette spørsmålet.

Fra tabellen ser vi at 50 % av de spurte RHF har tillagt sikkerhet for bestiller verdi 5. Med andre ord er sikkerhet for RHF ansett som svært viktig. Samtidig ser vi at klare rammevilkår for begge parter samt fleksibilitet for begge parter er tillagt høye rangeringer, og er rangert til 3 eller 4 av våre respondenter. Sikkerhet for tjenestetilbyder fremkommer også som viktig, og rangeres til 3, 4 og 5 av våre respondenter. Med andre ord fremgår disse hensynene som viktigst for RHF ved kontraktsforhandling med private aktører. Dette peker oss inn på at sikkerhet i den forstand at begge parter opprettholder sine avtaler er avgjørende for gode kontrakter.

Denne konklusjonen støttes opp av administrerende direktør i de ulike RHF samt private aktører på markedet. Det fremkommer gjennom direkte kontakt med både RHF og private sykehus at klart definerte rammer og sikkerhet for både bestiller og utfører er viktigste elementer ved avtaleinngåelse. Dette for å best mulig utforme fullstendige kontrakter, samt på best mulig måte kunne kvantifisere og verifisere forholdene i etterkant.

Det vektlegges altså i stor grad å sørge for sikkerhet for bestiller og utfører, og derigjennom å skape fullstendige kontrakter. Imidlertid vil ikke dette i sin helhet begrense problemet med begrenset rasjonalitet. Det er vanskelig for RHF å kartlegge alle tenkelige forhold som kan oppstå i etterkant av kontrakter. Beste måten å redusere dette problemet på er å legge så klare rammer i kontrakten som mulig, og ikke benytte standardkontrakter som RHF gjør i dag. I stedet kan det være aktuelt å utforme tilpassede kontrakt for hver enkelt avtale. Dette vil imidlertid medføre større kostnader ved utforming av kontrakt i form av tidsforbruk.

▪ **Asymmetrisk informasjon**

Dersom en av partene besitter mer transaksjonsrelevant informasjon som den ikke deler med motparten under kontraktinngåelse, vil dette begrense muligheten til å utforme fullstendige kontrakter. Utforming av fullstendig kontrakt nødvendiggjør at kontraktsmotpartene besitter samme informasjon vedrørende transaksjonen, noe som blant annet betyr at begge partene er klar over hverandres kvalifikasjoner.

En konsekvens av anbudskonkurranser kan være at den kvalitet man oppnår ved outsourcing kan avvike fra den kvalitet RHF anser som optimal. Dette kan begrunnes ut ifra asymmetrisk informasjon. I følge NOU 2003:1 kan det være flere grunner til at oppnådd kvalitet avviker fra optimal kvalitet. For det første kan det oppstå en seleksjonseffekt, med andre ord at konkurransen tiltrekker seg tjenestetilbydere som vektlegger kvalitet på en annen måte enn de regionale helseforetakene. For det andre kan det oppstå problemer med at anbudsvinneren underrapporterer de faktiske kostnadene ved å opprettholde kvaliteten i sitt bud. Dette vil være tilfelle av moralsk hasard i den forstand kontraktsmotparten tilbakeholder informasjon i etterkant av en kontraktsinngåelse.

Det fremkommer av Bergens Tidende 2. Mai 2010 at private aktører mener Helse Vest RHF ikke vurderer kvalitet når de velger private leverandører. Artikkelen i Bergens Tidende trekker videre frem at det for Helse Vest RHF til enhver tid vil være beste tilbudet i forhold til pris som vil være avgjørende i valg av tjenestetilbyder. Private klinikker og sykehus i Helse Vest RHF regionen reagerer

med andre ord på det manglende fokuset på kvalitet som er i regionen i forhold til de resterende regionene. Både Eystein Hauge og Tom Ørner ved Bergen Kirurgiske sykehus uttaler at dette i stor grad er underlig. Alle mennesker foretar selektering og utvelgning ved elementære situasjoner, som ikke bare omfatter pris. Eksempelvis vektlegger mange kvalitet fremfor pris på en gitt vare, men synes at dette er paradoksalt når det ikke gjøres ved kirurgiske operasjoner hvor liv kan stå på spill.

Ingvild Rugland for Bergens Tidende skriver at det er en annen praksis ved Helse Nord RHF og Helse Sør- Øst RHF. Dette bekrefter også vår kontaktperson i Helse Nord RHF, som uttaler at det benyttes private leverandører der det private leverer gode tjenester, ikke bare for å supplere egen virksomhet. Samtidig bekrefter også administrerende direktør Herlof Nilssen ved Helse Vest RHF dette, og konstaterer at hovedfokuset for outsourcing fra det respektive regionale helseforetaket er å supplere det eksisterende tilbudet, samt å utnytte kapasitet hvor Helse Vest RHF har begrenset kapasitet. Dermed ser vi at det er motsigelser innenfor samme RHF, noe som kan være på grunnlag av at kvalitet vektlegges ulikt. Private aktører er i stor grad den parten som siteres gjennom den aktuelle artikkelen, mens RHF er av annen oppfatning enn hva som vises til i artikkelen.

Helse Midt- Norge RHF ber på den annen side om referanser vedrørende nøkkelpersoners spesialiteter, samt hvilken erfaring disse personene har. Dette kan være med på å redusere asymmetrisk informasjon. RHF vil på denne måten være klar over forhold ved kontraktspartnern i forkant av en kontraktinngåelse, og vil være mindre utsatt for ugunstig utvalg.

Medisinsk direktør Eystein Hauge ved Teres Medical Group bekrefter at det likevel er visse krav som må være oppfylt for å kunne delta i anbudsrunder, men at kravene på langt nær er så strenge som vi har fått bekreftet at Helse Vest RHF mener er tilfellet. De krav som stilles er først og fremst dokumentasjon på kvalitet og ulike sertifikater som private må legge frem i forkant av en eventuell kontraktinngåelse. Imidlertid er det ikke nødvendig at dokumentene er nye og oppdatert. Med andre ord kan det hevdes at nyeste utgave av dokumenter kan avvike fra det som er faktisk tilfelle. Hauge viser til at enkelte helseregioner belønner slike sertifikat ut ifra hvor dyktig man er til å beskrive klinikken/ sykehuset på papiret. Med andre ord belønnes man for skriveferdigheter og lengde på dokumentet, og hvor bra disse er gjennomført. Dette gir helt klart opphav til asymmetrisk informasjon og tilfeller av ugunstig/ skjevt utvalgt i den grad private tjenestetilbydere besitter informasjon som RHF ikke sjekker i stor nok grad. Private tjenestetilbydere kan med andre ord sminke på sannheten vedrørende kvaliteten på den respektive klinikken/ sykehuset. Det foretas lite kontroller for å faktisk verifisere private sykehus og klinikkers dokumentasjon.

Dermed kan man si at kvalitetskravet som Helse Vest RHF og de resterende RHF viser til ikke er like strenge som de selv hevder. Ettersom RHF tilsynelatende ikke fortar kontroller i stor nok grad, kan dette imidlertid ikke å være noe RHF anser som nødvendig. På den annen side uttaler Herlof Nilssen at enkelte regionale helseforetak benytter matrisesystemer for å klargjøre og hvilke krav som må oppfylles for private aktører for å få avtale med regionalt helseforetak. Matrisene vil også legge føring for kontroll og oppfølging av kontrakter med private aktører. Dette taler for at de respektive RHF faktisk ønsker å gjøre grundige kontroller av private aktører. Dette kan dog foregå som en sjekklister som private aktører kan benytte i sine anbudsprospekter for å spesifisere de forhold RHF vektlegger, og vil ikke nødvendigvis fjerne asymmetrisk informasjon. Private tilbydere kan benytte dette systemet for å fremlegge nødvendig informasjon til RHF, vil ikke nødvendigvis medføre at private fremlegger korrekt informasjon ettersom RHF faktisk ikke kvalitetsjekker denne.

Privates engasjement i denne saken kan nok en gang tyde på at det er et ønske om mer kvalitetsfokus innenfor helse Norge, samt at ønsket om å avvike fra kontrakter er lite utbredt. På den annen side kan dette være et strategisk valg av private aktører for å oppnå mediedekning, slik at argumentet er noe diffust. Dersom ønsket om mer fokus på privates utførelse derimot er ønskelig, vil dette tyde på at de ikke har noe å skjule. Dette resulterer i at asymmetrisk informasjon er mindre aktuelt. Dette gir oss samtidig en indikasjon på at realisert kvalitet fra privates side tvert i mot er bedre enn hva man kunne forventet, nemlig at RHF og private aktører vektlegger hva som ligger i begrepet kvalitet ulikt. Det foregår lite sannsynlig avvik innenfor beskrevet og gjennomført kvalitet da dette er en viktig indikator for pasienter og RHF i valg av valg av privat sykehus/klinikk.

Man kan ikke si noe om hvorvidt asymmetrisk informasjon eksisterer i stor eller liten grad mellom RHF og private tjenestetilbydere. Men at det kan være ett problem basert på liten kontroll av dokumenter og kvalifikasjonskrav er vi sikre på. Det er i størst grad de private som kan holde tilbake eller fremskaffe annen informasjon enn det som er tilfelle. Dette ser likevel ikke ut til å være verken aktuelt eller problematisk for RHF ettersom RHF bekrefter at de ikke anser dette som ett problematisk forhold.

Det kan tyde på at anseelse og tidligere erfaringer er med på å spille inn på hvorvidt det private får sjansen til å fornye kontrakt med RHF. Med andre ord kan ikke asymmetrisk informasjon være av stor aktualitet. Dersom det hadde blitt avdekket at det var tilfelle med asymmetrisk informasjon, ville etter all forventning ikke den aktuelle private aktøren få mulighet til å inngå kontrakt med RHF på ny. Vi har fått bekreftet at private tjenestetilbydere i stor grad baserer sin omsetning på kontraktfestede avtaler med RHF. De har dermed et sterkt ønske om å fornye kontrakter, og vil derfor ikke fra kontraktsbestemmelser.

På denne bakgrunn kan kvalitetsaspektet til en viss grad sies å være tilfredstilt, ettersom sykehus og klinikker som vinner anbudsrunder antas å være gode, og gjerne best, på nettopp det de vinner anbudet på. Likevel kan vi se eksempler på det motsatte. Ulriksdal sykehus i Bergen har i flere år utført ryggoperasjoner for Helse Vest RHF. Det fremkommer fra Bergens Tidende 4. mai 2010 at de ved siste anbudsrunde ikke var billigste tilbyder av slike tjenester, og fikk dermed ikke ny kontrakt. I denne runden var det Aleris Helse som fikk tildelt kontrakt da de kunne vise til lavere pris.

Helse Vest RHF har i senere tid blitt kritisert for å benytte pris som tildelingskriterium. Bergen Kirurgiske sykehus og Eystein Hauge er bekymret over denne utviklingen da også de mener Ulriksdal Sykehus er per i dag best på ryggoperasjoner i regionen. Ved å basere seg i stor grad på pris som tildelingskriterium kan imidlertid problemet med asymmetrisk informasjon reduseres. Private aktører i et marked med sterk konkurranse ha liten mulighet til å være annet enn pristakere. Dette bekreftes av Cecilie Galtung Gundersen fra Aleris Helse AS. Asymmetrisk informasjon i forhold til pris vil dermed være av liten relevans, mens det derimot er lettere å manipulere kvalitet, endre på den faktiske sannhet. Private aktører vil i kunne benytte seg av lovord og dokumentasjoner hva kvalitet angår, noe som ikke nødvendigvis er sann informasjon. Kvalitet er vanskelig å dokumentere noe som åpner for asymmetrisk informasjon.

Det fremkommer i vår samtale med Teres Medical Group, samt artikkel i Bergens Tidende referert til ovenfor, at lite kvalitetsfokus frustrerer private aktører. Flere private aktører på dette markedet mener kvalitetsfokuset er for dårlig. Private klinikker ønsker mer fokus på kvalitet og bevisstgjøring fra RHF sin side, noe som også kan redusere asymmetrisk informasjon. Dette indikerer også at private tjenestetilbydere ønsker konkurranse på kvalitet fremfor pris. Dette vil i følge økonomisk teori også føre til en mildere form for konkurranse da priskonkurranse har en tendens til å konkurrere bort all profitt. Det vil være mer heldig å konkurrere på kvalitet ettersom blant annet media utfører markedskontroll av private sykehus og klinikker hva gjelder kvalitet. Dette bidrar også til å redusere asymmetrisk informasjon i den grad private klinikker ikke vil bli tatt for å holde tilbake eller manipulere faktiske forhold.

På den annen side rettfærdiggjør Helse Vest RHF deres fokus på pris gjennom å poengtere at de private aktørene som deltar i anbudskonkurranse på forhånd må være offentlig godkjent. Man skulle med dette anta at godkjente sykehusene tilfredstilte de nødvendige kvalitetskrav. Våre undersøkelser tilsier imidlertid at dersom RHF ikke gjennomfører oppfølging og ulike kontrollformer vil asymmetrisk informasjon i form av både ugunstig utvalg og moralsk hasard kunne forekomme og dermed gjøre utforming av fullstendige kontrakter vanskelig.

På den annen side uttaler private aktører vi har hatt samtale med at de ikke er villige til å la kvalitet gå på bekostning av pris. Prisen presses så langt ned til absolutt nivå for å kunne konkurrere i anbudsrunder. Således vil de mest effektive med tanke på pris/ kostnadsforhold vinne anbudskonkurransene. Dette fordi private klinikker og sykehus i stor grad besitter spesialisert kompetanse. Tidsforbruk per operasjon kan synke som følge av spesialisert kompetanse og hyppigere operasjoner og behandling. Flere kan operasjoner utføres innenfor gitt tidsperiode, og legen som utfører operasjonen vil følgelig kunne bli dyktigere ettersom hyppigheten øker. Dette kan videre medføre en gevinst for den private klinikken eller sykehuset i form av mer inntekter, noe som videre gir mulighet til å konkurrere bedre og mer aggressivt på pris. Med andre ord vil bare inntektene genereres dersom etterspørselen er stor nok, noe som er tilfelle dersom omdømmet og kvaliteten er god. På denne måten kan man likevel si at kvaliteten blir tilfredsstillt gjennom priskonkurranse i anbudskonkurranser, og at asymmetrisk informasjon ikke er av problem selv om det muligens eksisterer.

Man kan på denne bakgrunn bekrefte at det kan være stor grad av asymmetrisk informasjon i relasjonene mellom RHF og private aktører. De ulike partene kan vektlegge kvalitet ulikt, samtidig som alle forhold ved kontrakten er vanskelig å ha full visshet om. Private oppgir at de svært gjerne skulle hatt mer fleksibilitet i kontrakten, da helst med tanke på prisreguleringer og muligheten for å endre prisforholdet ettersom tiden går, slik at denne justeres med tiden og de påløpte kostnadene. Dette kan dog være problematisk ettersom dette kan åpne opp for at informasjon tilbakeholdes eller forhold vedrørende pris fremkynnes og utvides for egeninteresser. Med andre ord kan slik fleksibilitet være problematisk med tanke på asymmetrisk informasjon i fremtiden.

▪ **Spesifikasjons- og kontrollproblemer**

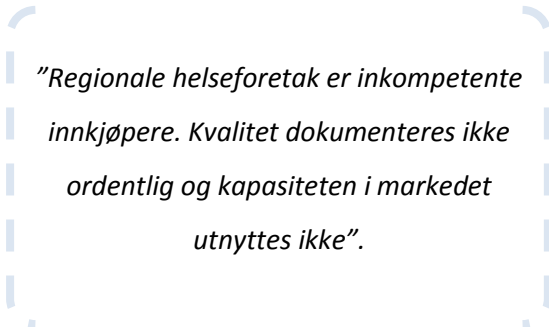
Det kan være vanskelig å spesifisere alle mulige forhold ved en kontrakt. Det kan være vanskelig å spesifisere hva enkelte momenter vil innebære for den private aktøren, med andre ord det kan være ulike betydninger hos de to partene hva et område anligger. Eksempelvis vil det kunne være problematisk dersom RHF og private tjenestetilbydere har ulik oppfatning hva tilfredsstillende kvalitet innebærer". Som konsekvens vil dette gi uklare retningslinjer ved uforutsette hendelser.

Det vil følgelig være i RHF's interesse å legge ved ekstra beskrivelse av ulike ansvarsområder og hva som konkret outsources. Administrerende direktør Herlof Nilssen ved Helse Vest RHF bekrefter derimot at det ikke er problemer vedrørende dette, at det ikke er tradisjon for slike problemer da

kontrakten i stor grad er såpass standardisert som den er. De ulike kontraktene er så langt det er mulig presisert etter beste evne, mener Nilssen.

Kontrollproblemer kan oppstå der det er vanskelig å kontrollere forhold som inngår i kontrakten. Det kan være vanskelig å kvantifisere forhold i de ulike kontraktene, samt forhold som er beskrevet i kontraktene både under kontraktens varighet, og i etterkant.

Enkelte vi har vært i kontakt med underveis i utredningen er imidlertid lite imponert over offentlige innkjøpsorganer innen somatiske helsetjenester. Enkelte går så langt som å uttale følgende:



”Regionale helseforetak er inkompetente innkjøpere. Kvalitet dokumenteres ikke ordentlig og kapasiteten i markedet utnyttes ikke”.

Dette til tross virker det som om RHF tar konkurransen i markedet på alvor, da det i noen grad tas hensyn til hvor mange leverandører det er på markedet, samt at pris blir en avgjørende faktor for mange RHF. Dette kan gi oss en pekepinn på at det er mye konkurranse i markedet. Cecilie Galtung Gundersen fra Aleris Helse AS uttaler dessuten at prisene i markedet presses ned på absolutt laveste nivå. Dette kan imidlertid gjøre det enda vanskeligere å kontrollere at nødvendig kvalitet er til stede, da fokus fra kvalitet til pris ser ut til å være en trend.

Oppfølging av kontrakt vil kreve ressurser til å bearbeide data, samt gjøre revisjon. Helse Vest RHF påpeker at det i stor grad er kostnader og tidsbruk forbundet med kontroll og oppfølging av kontraktsforholdene med private tjenestetilbydere. Helse Sør- Øst RHF utformer kontrakt og avtaler som pålegger private leverandører av helsetjenester å utarbeide og levere rapporter og statistikk etter gjeldende regler. Dette vil etter alt å dømme gjelde alle tilbyderne de ulike RHF har avtale med, ettersom lover og regler gjelder dem alle. Kontrakten er videre utformet slik at etter gjennomgang av de ulike rapportene kan partene møtes for å evaluere avtalen og praksis. Det fremkommer at det i avtaleperioden skal være til stede minst ett slikt møte.

Private aktører vi har kommet i snakk med som leverer tjenester til RHF gjennom kontraktfestede avtaler, kommenterer at en slik oppfølging i liten grad kan være prioritert fra RHF sin side. Erfaringer

det vises til er da en representant fra RHF, ofte en jurist, kommer til den respektive klinikken eller sykehuset for oppfølging. Selve oppfølgingen foregår som en vennlig samtale over en kopp kaffe, i stedet for en grundig gjennomgang av rutiner, dokumenter etc. Dette er i følge private aktører å anse som lite profesjonelt, og det er ikke den nødvendige kontrollen det kan forventes at pasienter skulle ønske var til stede ved det sykehuset de oppsøker.

Gründer Tom Ørner ved Bergen Kirurgiske Sykehus synes dette er bekymringsverdig. Han reagerer på at de regionale helseforetakene tilsynelatende ikke evaluerer og bedømmer de tjenestene som har vært levert over lang tid fra en privat leverandør. RHF kan måle klagesaker i mye større grad, samt ventetid og utviklingen her, reoperasjoner og infeksjonsrate ved det aktuelle sykehuset som påtar seg oppgaver fra offentlige sykehus. Det paradoksale er at alle de fire regionale helseforetakene sier at kvalitet kommer i første rekke som en del av sørge for- ansvaret, mens private aktører etterspør mer fokus på kvalitet versus pris. Det kan med andre ord spekuleres i hvorvidt kostnadsaspekter går på bekostning av kvalitet ved outsourcing av helsetjenester fra offentlige sykehus til private aktører.

Normal kontraktslengde oppgis av samtlige vi har vært i kontakt med å være 2+1+1 år, det vil si to år med mulighet for forlengelse i ett pluss ett år. Denne opsjonen er det RHF som innehar. Toårs avtaler muliggjør hyppig utbytte av tjenesteleverandører. Man kan spekulere i at 2 års kontraktslengde som basis er nødvendig for å se hvorvidt en utvalgt privat aktør tilfredsstillt nivået og kravene i etterkant av en kontraktsinngåelse, slik at dersom RHF er fornøyd utvides perioden, men dersom ikke fornøyd vil kontraktsforholdet opphøre etter 2 år. Etter endt avtaleperiode vil det foretas ny anbudsrunde som er påbudt etter lov, slik at den tid og kostnad det er forbundet med å få en ny tilbyder av tjenestene vil være påbudt. avtaler i gjennomsnitt og vanlig kutyme er en 2 års periode er det som legges til grunn.

Både Aleris og Teresgruppen bekrefter at for å kunne forleng og/ eller fornye en kontrakt med RHF er det kvaliteten som i første rekke blir bedømt. Dette vil med andre ord si at dersom en privat tilbyder ikke tilfredsstillt de nødvendige kravene om kvalitet som satt av offentlige sykehus, vil det ikke foreligge en ny avtale. Når det gjelder underrapportering vil det dermed være i RHF's interesse å sjekke opp og kontrollere de aktuelle leverandørene for å kunne avdekke slike tilfeller. Dersom underrapportering og avvik var ett problem eller av bekymring burde RHF foretatt bedre og hyppigere kontroller på nettopp dette. Med andre ord er ikke dette å anse som problematisk da heller ikke asymmetrisk informasjon er av stor bekymring.

Ett annet argument for at dette ikke er å anse som problemfullt er at ettersom private tilbydere i stor grad baserer sin omsetning på kontraktfestede oppdrag fra RHF, vil de ha lite insentiver til å avvike

fra dette og begå mangelfull innsats. Kontrakten spesifiserer oppgavene, og inntekten følger deretter.

Dersom det er liten grad av kontroll av avtaleforhold vil dette kunne skape problemer i form av avvikende oppførsel. Dersom det ikke foretas kontroll av den klinikken/ det sykehuset som har avtale med RHF, vil dette kunne resultere i at forhold ved kontrakten ikke blir opprettholdt, og man kan ikke være sikker på at den tjenesten som outsources fra RHF faktisk er tilstede hos den private klinikken/ sykehuset. På den annen side bekrefter RHF at dette ikke er problematisk ettersom slike kontroller er spesifisert i avtalen at skal forekomme, slik at enhver privat aktør vil til en hver tid være forberedt på dette. Dette gjør at RHF ikke er redd for at forhold ved avtalen ikke er til stede.

▪ **Oppsummering fullstendige kontrakter**

Fullstendige kontrakter mellom RHF og private tjenestetilbydere er vanskelig å utforme. Ettersom en fullstendig kontrakt skal stipulere alle hendelser i fremtiden som er av betydning for kontrakten, og følgelig ansvarsområder vedrørende dette, vil dette kunne by på problemer. Det er i liten grad mulig å forutse alle mulige hendelser, men det går dog an å ta høyde for en god del av ansvarsområdene. Det er dermed viktig at RHF ikke utformer kontrakter som har huller i kontrakten som private aktører kan utnytte. Med andre ord er det vanskelig å utforme fullstendige kontrakter på bakgrunn av at det foreligger begrenset rasjonalitet og asymmetrisk informasjon. Det er i tillegg vanskelig å spesifisere og kontrollere at alle forhold ved kontrakten, og forsikre seg om at alle forhold er opprettholdt. Det legges imidlertid føringer for at kontroller av avtaleforhold skal forekomme mellom RHF og private aktører, slik at ingen av partene ser dette som særlig problematisk.

Basert på problemer ved begrenset rasjonalitet, asymmetrisk informasjon, samt vanskeligheter med å spesifisere og kontrollere alle forhold ved en kontrakt, kan dette åpen for opportunistisk adferd. Private aktører kan dra nytte av dersom det foreligger huller i en kontrakt, ved å prøve å tilrive seg en større del av kvasirenten enn det som er spesifisert i kontrakten, ved å bryte kontrakten. Imidlertid er slike samarbeidsavtaler av så stor viktighet for både private aktører som belager store deler av sin omsetning på oppdrag fra RHF, men også RHF som skal øke sitt behandlingstilbud ved hjelp av slike avtaler. Dette er begrunnelser for at det ikke rapporteres om problemer vedrørende opportunistisk adferd ved slike kontraktsforhold.

4.2.5.4 Relasjonsspesifikke investeringer og opportunistisk atferd

Relasjonsspesifikke investeringer er en investering for å kunne gjennomføre en bestemt transaksjon, og som med kun store kostnader og/ eller stort produksjonstap kan tilpasses alternative anvendelser (Fjell 2009). Det kan være nødvendig at RHF gjør transasjonsspesifikke investeringer for å kunne outsource enkelte aktiviteter. Dette kan åpne for en innlåsing av en eller flere parter i avtaleforholdet. Lokalspesifikke investeringer samt investeringer i fysisk- og humankapital er investeringer som vil ha liten eller lav alternativverdi for den innlåste parten, og vil ha påvirkning for kontraktsutforming. Det er også en grunnleggende utfordring å sikre at kontrakten er utformet på en slik måte at tjenestetilbyderne ikke gjør mindre innsats på noen områder fordi de er ulønnsomme relativt til andre oppgaver som kontrakten spesifiserer.

Når private tjenestetilbydere forhandler med regionale helseforetak bør behov for utstyr og kapital være ett moment i avtalen. Forhandlingspartene bør videre vurdere hvorvidt det vil være mulig å leie utstyr og lokaler av hverandre. En mulighet er også at tjenester som krever store investeringer kan kjøpes inn som tjeneste fra en tredjepart.

Vi har derfor utformet spørsmål i vår spørreundersøkelse som tar sikte på å avdekke hvorvidt RHF foretar relasjonsspesifikke investeringer som følge av outsourcing. Vi spurte fire regionale helseforetak hvorvidt det kan være dyrt og/ eller tidkrevende å bytte tilbyder dersom det er inngått kontraktsavtale med privat uavhengig tjenestetilbyder. 75 %, tre av fire RHF, respondenter opplyser om at dette ikke vil være tilfelle. En av fire respondenter svarer ikke på dette spørsmålet.

De ulike regionale helseforetakene sier altså at de ikke foretar noen spesifikke investeringer som følge av avtale og kontrakt med private aktører. Dette virker også virkelighetsnært da RHF skal ha utført oppgaver, og ikke selv er de som "kjemper" om ett oppdrag. RHF påpeker at de kun legger frem hvilke behov de trenger å få oppfylt, og at de private deretter må tilpasse sitt tilbud for å kunne tilfredsstille RHF. Private tjenestetilbydere vi har kontaktet forteller at heller ikke de foretar relasjonsspesifikke investeringer av særlig grad. Vi har fått bekreftet at det ikke nødvendigvis investeres i mye nytt utstyr som følge av en kontraktsinngåelse, men at det i stedet er forutsatt at nødvendig utstyr er til stede før kontraktsinngåelse. Alle sykehus eller klinikker bør på forhånd investere i nødvendig utstyr, ikke nødvendigvis som ledd i kontraktsinngåelse eller avtale, men som en del av deres spesialiseringsområde. Det foretas altså som regel større investeringer som følge av eget initiativ enn grunnet relasjonsspesifikke krav, men dersom spesielle krav stilles bør disse imidlertid oppfylles for å kunne tilfredsstille RHF sine behov, og for å kunne delta i anbudskonkurransen. Tidligere administrerende direktør Reidar Tessem ved Helse Nord RHF bekrefter dette i oppfølgingsintervju, men påpeker at ved sykehusreformens start var nødvendig for

flere private aktører å investere i nytt utstyr for å kunne delta i anbudsrunderne om å få kontrakt med RHF.

Tessem påpeker videre i oppfølgingsintervjuet i at de for røntgeninstitutter har inngått avtaler med 3 års varighet, i stedet for 2 år, nettopp på grunnlag av ”investeringens størrelse og vedvarende lange ventelister i nordre del av regionen”. Dette er en aktivitet vi ikke anser som spesielt kravstor med hensyn til lokaler, men som til gjengjeld krever mye utstyr. På den annen side er ikke dette en irreversibel investering da utstyret kan selges i etterkant. På personalsiden dreier det seg om høyt kompetent personell som er tilgjengelig hos vikarbyrå. Vurderingen var med andre ord at på dette området kan man i prinsippet drive virksomhet i tre år, og så selge om man ikke får fortsette uttyper Tessem videre.

Flere RHF påpeker i oppfølgingsintervju at investering i dyrt utstyr krever mer forutsigbarhet, 2 års avtaler gir ikke nok trygghet. Dersom det kan benyttes lengre avtaleperiode vil dette medføre lengre avskrivningstid for investeringen som er foretatt. Denne investeringen vil kunne gi pasienter ett bedre tilbud, noe som videre vil kunne føre til økt kundemasse. Dermed kan kontrakter med korte avtaleperioder skape problemer for private aktører med tanke på avskrivningstid. Lengre avtaler, følger lengre avskrivningstid, og kan dermed medføre bedre utstyr og lignende fra det private ståsted, ved en kontraktsinngåelse med RHF.

Oppsummert kan vi konkludere med at RHF i liten eller ingen grad foretar relasjonsspesifikke investeringer i transaksjoner med private aktører. Private må imidlertid foreta mer investeringer, men er sjelden en direkte konsekvens av avtaler som inngås. RHF vurderer i stedet hvilken kapasitet og kompetanse de ulike private aktører besitter før beslutning om outsourcing og inngåelse av kontrakt. Dermed vil ikke private som må foreta investeringer for å få tildelt kontrakt bli vurdert som mulige utførere.

▪ **Opportunistisk adferd og muligheter for skvis**

Opportunistisk adferd og skvis forekommer der en av partene fremmer egeninteresser på bekostning av hva kontrakten spesifiserer, og der hvor en part stanser en transaksjon og gjennom reforhandling søker å tilrive seg mer profitt på den annen parts bekostning. Mulighetene for skvis foreligger dersom en kontrakt er ufullstendig, og det foreligger kvasirente.

Da RHF i liten grad foretar relasjonsspesifikke investeringer skulle det ikke være grunnlag for at RHF utsettes for opportunistisk atferd. Vi vil likevel analysere denne muligheten nærmere. Vi vil da vise til

hvilke vurderinger RHF gjør i forhold til konkurranseforhold i markedet i forkant av outsourcing. Dersom det forekommer relasjonsspesifikke investeringer, og/ eller forekommer opportunistisk adferd vil dette helt klart påvirke kostnadene i forbindelse med transaksjonen mellom RHF og private tjenestetilbydere

Dersom kvasirenten er større enn null, med andre ord dersom differansen mellom planlagt fortjeneste og fortjeneste i beste anvendelse, er lik null, vil det i ethvert marked vær mulighet for opportunistisk adferd. Vi spurte derfor våre respondenter om antall kvalifiserte leverandører i markedet og pris på tjenester i markedet vurderes før outsourcing. Resultatet oppsummeres i tabell 4.9.

Tabell 4.9. RHF's vurdering av konkurranseforhold i markedet.

Helseforetak	Vurderes antall kvalifiserte leverandører i markedet?	Vurderes pris på tjenester i markedet?
RHF 1	Til en viss grad	Nei
RHF 2	Ja	Ja
RHF 3	Til en viss grad	Ja
RHF 4	Vet ikke	Ja

Pris synes å være en viktigere beslutningsvariabel for RHF enn antall kvalifiserte leverandører i markedet, dermed er det grunnlag for at RHF kan være utsatt for opportunistisk atferd. Når konkurransen ikke vurderes i større grad med tanke på antall kvalifiserte leverandører er RHF mer låst til leverandør. Private tjenestetilbydere kan da stoppe opp transaksjonen for å eksempelvis fremme nye krav.

RHF er utsatt for skvis dersom private tilbydere ser fortjeneste ved å bryte ut av kontraktssamarbeidet.. For å unngå ett slikt problem kan RHF i større grad fokusere på å utforme en samarbeidskontrakt og legge klare føringer for sanksjoner. Dersom aktørene derimot ser muligheter for å utnytte eksisterende forhold ved å prøve tilrive seg en del av ekstra fortjeneste, vil det te kunne gi opphav til opportunistisk adferd.

Dette til tross foreligger det ikke opportunistisk adferd som noen av RHF er klar over. Dette medfører at slik adferd ikke er ett problematisk forhold for de ulike RHF. RHF vi har snakket med bekreftet at det ikke er en kjent problematikk å forholde seg til opportunistisk adferd. Dette er nok i stor grad bunnet ut til avhengighetsforholdet som foreligger mellom de to partene- private tjenestetilbydere

og RHF. Private tilbydere ser mer fordeler med å ha en slik kontrakt med RHF både i form av omdømme og inntjening, og er derfor ikke interessert i å bryte denne kontrakten da sjansene for fornyelse da antakeligvis er liten. Samtidig er det viktig for RHF å ha kontrakter med private tilbydere for å kunne støtte opp om sørge for-ansvaret.

Samtidig bekrefter Aleris Helse og Teres Medical Group at de ikke har vært utsatt opportunistisk adferd fra RHF side. Det mest nærliggende er dog korte frister ved opsjonsutøvelse på en kontrakt. Eystein Hauge nevner at det ofte kan by på problemer når Helse Vest RHF bare en måned før kontraktens utvider kontrakten med ett års ekstra varighet. Dette kan skape problemer med tanke på tilstedeværende kompetanse. Dersom eksempelvis Bergen Kirurgiske sykehus har en kontrakt med tredjepart for å levere personell, og som tar utgangspunkt i kontrakten mellom Bergen Kirurgiske Sykehus og Helse Vest RHF kan dette bli problematisk med tanke på kompetansepersoneell. Dersom kontrakten om personell fra tredjepart utgår ved opprinnelig kontraktslutt mellom de BKS og Helse Vest RHF, kan BKS på grunn av kort frist ha problemer med å skaffe kompetente leger og spesialister til å gjennomføre operasjoner spesifisert i kontrakten med RHF. Private tjenestetilbydere har behov for å kunne planlegge sin virksomhet. Blant annet kan ikke kostbare investeringer i utstyr foretas uten en forsikring og trygghet for inntekter over lengre tid. Det er med andre ord behov for enda mer stabile rammebetingelser, og det er behov for mer fleksibilitet i den forstand at endringer varsles i god tid. Dette er samtidig noe de fleste private aktørene er klar over, men dog ikke mindre problematisk av den grunn.

Kontraktslengden kan med andre ord være med på å avgjøre hvorvidt det forekommer opportunistisk adferd fra private tilbydere mot RHF. Vi spurte våre respondenter om hva som er å anse som normal kontraktslengde ettersom vi da videre kan analysere hvorvidt kontraktslengden er med på å spille inn på privates insentiver til opportunistisk adferd.

Normal kontraktslengde viste seg i følge spørreundersøkelsen til de fire ulike RHF å være mellom 1-5 år. 75 % av respondentene svarte dette, noe som tilsvarer at 3 av 4 RHF anser dette som normal kontraktslengde mellom RHF og uavhengige tjenestetilbydere. En av respondentene oppgir ingen spesifikk tidsperiode da kontraktslengden tilsynelatende varierer avhengig av hvilken type avtale det er snakk om.

Private leverandører vi har vært i kontakt med, som eksempelvis Aleris Helse, bekrefter at dette er tilfellet. De forklarer videre at en typisk kontrakt har varighet på 2 år, men innebærer en opsjon for RHF til å forlenge 1 år ekstra i to omganger, totalt 4 år. Dette er uten de privates samtykke vell å merke, og slike forlengelser kan komme så sent som bare 1 måned før kontrakten opprinnelig utgår

med andre ord i slutten av en 2 års periode, med forlengelse for ett år ekstra. Dette viser til RHF sin forhandlingsmakt ved avtaleforhold, og kan åpne opp for opportunistisk adferd fra private tilbydere dersom de ikke er fornøyde med avtaleforholdet. Private tilbydere må etter en kontrakt er inngått i stor grad føyer seg etter RHFenes ønsker og krav. Likevel opplyser de private at de ikke blir utsatt for opportunistisk adferd. Kontrakten står ved like, og de private er tross alt informert om 2+1+1 års kutymen ved avtaleinngåelsen.

Ut i fra ett teoretisk ståsted er det fornuftig med korte kontrakter. For lange kontrakter derimot vil kunne skape agentproblemer samt redusert kontroll over egen drift. Lange kontrakter vil også kunne medføre at partene er låst til den andre som vil kunne gi rom for opportunistisk adferd. Man vil dermed kunne oppleve å være låst til kontrakt ved uforutsette hendelser, og kan dermed føre til kostbare reforhandlinger.

Konkurransetilsynet har imidlertid i gjennom høringsuttalelse 2003 ytret innvendinger mot korte kontrakter. Tilsynet mener lengre avtaler vil kunne støtte opp om mer konkurranse i det private markedet. Dette vil igjen kunne påvirke både bedre prisforhold tilbytt til RHF, samt økt fokus på bedre kvalitet for å vinne anbudskonkurranser. I Konkurransetilsynets høringsuttalelse – finansiering av spesialisthelsetjenesten (2003) kan vi lese:

"Mer langsiktighet for de private aktørene vil bedre muligheten for de private til å satse ressurser i kampen om å få kontrakter om utføring av helsetjenester. Konkurransen blir følgelig styrket".

Videre følger det at korte avtaler gir dårlig kontinuitet i forhold til personell og det å holde kvaliteten oppe. Ett RHF som ønsker å dekke ett forventet kortsiktig behov vil ønske en kontrakt av kortere varighet ut ifra en fleksibilitetsbetraktning. Likevel erkjenner flere RHF at avtaleperiodene er for korte i forhold til det man vet at private aktører ønsker. Fleksibilitet, i forhold til endringer av kontraktsforhold som ved lengde, pris og omfang er nødvendig for å kunne redusere ventelistene og å dekke ett behov så fort som mulig. Dette må sees i sammenheng med hvilken rolle de private

tilbyderne har i forhold til RHF's sørge for- ansvar, først og fremst som ett supplement, og i mindre grad som ett alternativ. RHF ønsker kortere avtaler for å kunne evaluere behov fortløpende.

Gjennomføringen av hyppige anbudskonkurranser krever en del ressurser, og vil følgelig medføre en del ekstra kostnader knyttet til administrasjon. Er kostnadene høye vil det være mer aktuelt å gjennomføre anbudskonkurranser med lengre intervall enn hva er tilfelle ved lave kostnader. Helse Nord RHF sier i oppfølgingsintervju at de har valgt lengre avtaleperioder grunnet nettopp slike høye administrative kostnader. Problemene knyttet til fleksibilitet har de løst gjennom kontraktsutforming. Dette vil si at Helse Nord RHF har spesifisert i kontrakt at dersom behovet endrer seg i avtaleperioden, er det mulig for dem å bestille andre prosedyrer innenfor eksisterende kontrakt. Helse Midt Norge understreker dette ved å øke kontraktslengden til fire år med mulighet for prolongering. Det påpekes ytterligere at fleksibilitet er viktig da markedet kan skifte såpass hyppig.

Ved økt konkurranse mellom private tjenestetilbydere vil kravene som stilles i anbudskonkurranser oppnås i større grad enn tidligere. Hagen- utvalget (Norges offentlige utredninger 2003-1) anbefalte også at det skulle legges tilrette for langsiktighet ved avtaleinngåelser. Det er med andre ord de private tjenestetilbyderne som er størst utsatt for opportunistisk adferd ettersom RHF har mulighet til å utvide avtalelengden ved hjelp av prolongering. Både RHF og private tilbydere bekrefter at relasjonsspesifikke investeringer ikke eksisterer i stor grad. Det samme er tilfellet hva angår opportunistisk adferd. Ingen av partene rapporterer problemer med avvik fra avtalen og opportunistisk adferd, men at det dog er vanskelig å verifiseres og observeres slik adferd.

▪ **Avtalespesialister**

Kontrakt med avtalespesialister gjennomføres under regulerte bestemmelser. Det legges føringer for kontrakt som kan være i favør avtalespesialistene, og kontraktsforhold slik som hensyn bak relativt hyppige kontraktsinngåelser og konkurransemessige utfordringer som diskutert ovenfor vil ikke være av like stor relevans. Vi vil se nærmere på slike avtaler for å se nærmere på slike føringer. Vi har utformet spørsmål som retter seg mot begrunnelse for slike avtaler, kontraktsutforming samt hvilke konsekvenser særskilte regler medfører for kontraktsmotpartene.

Avtalespesialistene er spesialister innen psykiatri, psykologer, samt legespesialister. Helse Sør Øst har eksempelvis om lag 1100 avtalespesialister, og uttaler at disse står for en stor del av poliklinisk virksomhet i regionen. Avtalespesialistene er også utbredt i de andre helseregionene, og alle regionale helseforetak bekrefter i spørreskjemaet at de benytter seg av og har avtaler med disse.

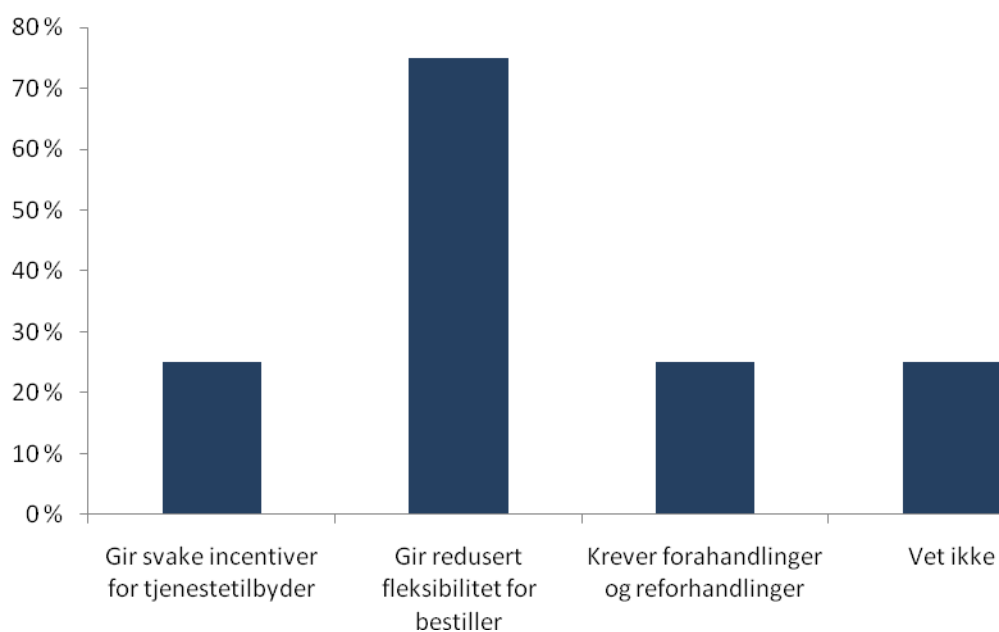
Samtlige fire RHF meddeler at de har avtaler med avtalespesialister. Slike avtaler inngås i første rekke for å sikre stabilitet og kvalitet i tilbud. 50 % av respondentene oppgir stabilitet i tilbud som begrunnelse for avtale med avtalespesialister, mens 25 % oppgir kvalitetshensyn som begrunnelse. Det kommenteres i tillegg at formålet er å øke samlet tilbud i spesialhelsetjenesten, samt å desentralisere spesialisthelsetjeneste og sørge for effektivt tilbud av polikliniske undersøkelser. De resterende 25 % representerer en av fire RHF som ikke har besvart dette spørsmålet, men uttaler videre at dette er benyttet for å øke samlet tilbud til befolkningen. Med andre ord ser det ut til å være en positiv holdning til avtalespesialistene.

Kontraktslengde med avtalespesialister er normalt satt til spesialist fyller 70 år, dvs. tilnærmet ubegrenset tid. Avtalespesialistene deltar ikke i anbudskonkurranser, mye grunnet deres lange avtaler som ligger til grunn for deres praksis. Avtalespesialister er ofte enmannsforetak av leger som tidligere inngikk avtale med fylkeskommunen, uten skriftlig avtaler, men med vedtak som gjør at de har avtale med andre rammevilkår enn andre private aktører.

Avtalespesialistene er underlagt egne regler vedrørende kontraktsinngåelse og varighet. Helse Nord RHF henviser til at avtaler med avtalespesialister er regulert i rammeavtale mellom de aktuelle partene, eksempelvis mellom lege- og psykologiforeningen og RHF. Slike avtaler løper til spesialisten er 70 år, eller har nådd pensjonsalder. De resterende regionale helseforetakene bekrefter at dette er tilfelle gjennom oppfølgingsintervju. Før sykehusreformen tredde i kraft var disse avtalene bare regulert gjennom vedtak. Etter 2002 ble disse avtalene skriftlig, men med små endringer. Avtaleperioden og omfanget var i stor grad allerede fastlagt i vedtakene slik at dette forble uendret.

Slike langvarige avtaler, med varighet ut spesialistens pensjonsalder kan være problematisk sett ut i fra ett konkurransemessig perspektiv, ok kan være problematisk med tanke på insentiver hos avtalespesialisten. Vi utformet spørsmål vedrørende dette i spørreundersøkelsen nettopp for å kunne analysere hvilke konsekvenser slike langvarige kontrakter og avtaler kan medføre for kontraktspartene. Langsiktige avtaleforhold defineres i spørreundersøkelsen som avtale over 5 år. Resultatene presenteres i tabell 4.10.

Tabell 4.10. RHF's respons på spørsmål om konsekvenser av langsikte avtaleforhold.



25 % av respondentene i spørreundersøkelsen bekrefter at slike langvarige kontrakter kan gi svake insentiver for tjenestetilbyder, mens 75 % av respondentene sier at deres hovedbekymring med slike langsiktige kontrakter er at det medfører redusert fleksibilitet for bestiller, altså RHF. Dette er forståelig ettersom det ikke vil bli tildelt nye avtaler til andre aktører dersom den aktuelle avtalespesialisten allerede har en avtale, og det vil følgelig ikke være konkurranse mellom de ulike spesialistene med og uten avtale med RHF. Konkurranse mellom avtalespesialister og private aktører er heller ikke tilstedeværende.

Avtalespesialistene deltar som nevnt ikke i anbudsprosesser, på samme måte som heller ikke private ideelle tjenestetilbydere gjør. Men det er dog viktig med slike spesialister da de er å anse som en del av det fulle og hele tilbudet i markedet for helsetjenester til pasienter, og er en viktig del av spesialisthelsetjeneste tilbudet. Helse Vest RHF påpeker at de gjerne skulle være ønskelig med en kortere avtaleperiode for avtalespesialistene, men at dette ikke er aktuelt ettersom vedtakene står ved like. Dette sies videre å være en vanskelig sak å styre. Det er ikke ønskelig fra RHF sin side med livslange avtaler, men til tross for hva man gjerne skulle tro jobber slike avtalespesialister effektivt, i følge Herlof Nilssen ved Helse Vest RHF.

Det er her flere fordeler med en kortere avtaleperiode, som gjør at RHF sitt ønske om en kortere periode står ved lag. Det er eksempelvis ønskelig med en avtaleperiode på 10 år i stedet for til spesialisten er 70 år. Hyppigere konkurranser mellom spesialister vil muligens kunne øke insentivene

til å gjøre en bedre jobb både med tanke på kvalitet og effektivitet, som er ett mål for fullverdige og gode kontraktsinngåelser.

▪ **Oppsummering av kontraktsforhold med avtalespesialister**

Avtalespesialister er underlagt egne regler hva kontraktsforhold angår. Kontraktfestede avtaler med avtalespesialister foreligger til spesialisten er 70 år. Dette kan selvsagt by på problemer ettersom RHF ikke kan endre på slike forhold, slike avtaler er fastlagt ettersom de kom til før sykehusreformen. Problemet med ufullstendige kontrakter foreligger ettersom RHF har begrenset rasjonalitet i forhold til alle forhold som avtalespesialisten er klar over, med tanke på at RHF ved avtaleinngåelse ikke kunne forutse hva som kan skje 50 år frem i tid. Problemet med asymmetrisk informasjon foreligger også ettersom avtalespesialisten besitter mer informasjon etter som tiden går, og også hva gjelder forhold som muligens er til stede før kontraktinngåelsen. Slike forhold kan være så mangt. Når det gjelder kontrollproblemer er dette mer usikkert. RHF kan på lik linje med avtaler med andre private kommersielle tjenestetilbydere utføre kontroll av klinikken, men Herlof Nilsen ved Helse Vest RHF bekrefter at avtalespesialister er mer effektive enn hva man kanskje skulle tro med tanke på deres langvarige kontrakter, slik at det ikke er nødvendig med stor grad av kontroll. Det vil derimot være på lik linje med andre private mulighet for å utføre slike kontrollrutiner.

Relasjonsspesifikke investeringer forelå ikke ved kontraktsinngåelsens tidspunkt, da RHF overtok kontrakten fra fylkeskommunene ved sykehusreformens start. Opportunistisk adferd er ikke rapportert som å være av tilfelle, og dette vil ei heller være av relevans da avtalespesialistene tross alt har avtale til ut pensjonsalder, og det ikke vil være nødvendig og i liten grad mulig å bryte slike avtaler uten rimelig grunn. Avtalespesialister har svært fordelaktige avtaler med RHF slik at å bryte disse vil ikke være rasjonelt eller ønskelig fra deres ståsted

Med andre ord kan vi konkludere med at det i liten grad foreligger særlige transaksjonskostnader mellom RHF og avtalespesialister, grunnet deres lange avtale periode som ikke heller gir rom for særlig administrative kostnader.

▪ **Private ideelle tjenestetilbydere**

Private ideelle tjenestetilbydere er som tidligere nevnt tilbydere av helsetjenester som har ett ideologisk fundament i sin drift. Diakonhjemmet er ett klart eksempel på ett ikke- profitt aksjeselskap som er heleid av diakonhjemmet, men som igjen er en stiftelse innenfor Den Norske

kirke. Sykehuset har inngått driftsavtale med Helse Sør- Øst RHF. Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus er begge lokalisert i Oslo, det fremkommer videre av nettside til de respektive ideelle aktørene at de har det samme verdimessige grunnlaget og samme ideelle engasjement som plattform som Haraldsplass Diakonale sykehus i Bergen. Bergen diakonale sykehus, Haraldsplass leverte tidligere tjenester til fylkeskommunen som ble finansiert av staten. Denne utviklingen er tilsynelatende lik for alle private ideelle aktører. Dagens Haraldsplass er ett moderne sykehus som behandler omkring 20 000 pasienter årlig sykehuset har avtale med Helse Vest RHF om å ha sektor ansvar for indremedisinske pasienter i Bergen og Nord- Hordaland. I tillegg har sykehuset en kirurgisk avdeling som tar seg av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, samt en del venteliste pasienter for Helse Vest RHF. Private ideelle sykehus er organisert gjennom driftsavtaler med RHF slik at dette vil i større grad være intern organisering, og ikke outsourcing. Disse sykehusene har driftsavtale på lik linje med helseforetak underlagt RHF og inngår i de samlede vurderingene de ulike RHF gjør i forbindelse med sørge for- ansvaret.

Dermed kan man se bort i fra transaksjonskostnader vedrørende slik organisering. Intern organisering forutsetter at ressursene utnyttes internt for best mulig nå målene satt av RHF.

Ettersom private ideelle sykehus har opptaksområder får disse sykehus en budsjetttramme tilsvarende som andre offentlige sykehus i Norge. Slike private ideelle sykehus får i tillegg oppdragsdokument og en driftsavtale som redegjør for hva som skal gjennomføres og til hvilken pris, med andre ord hvor mye ett slikt ideelt sykehus får for å gjennomføre slike oppdrag fra RHF. Slike avtaler foreligger hvert år, og innehar ikke de store endringene. Private kommersielle sykehus som i motsetning til private ideelle sykehus, inngår en mer stykkpris- basert kjøpsavtale for helsetjenester.

Private ideelle sykehus deltar ikke i anbudsrunder med private kommersielle sykehus, men deres kapasitet skal benyttes i henhold til RHF sitt oppdrag.

4.2.5.5 *Oppsummering transaksjonskostnader*

Ingen av våre fire respondenter i spørreundersøkelsen henviser til store problemer tilknyttet problemet vedrørende ufullstendige kontrakter. Dette har mye med deres ønske og fokus på å utforme kontrakter som innebærer klare rammer og sikkerhet for bestiller og utfører. Ettersom som formen for organisering av outsourcing foregår gjennom anbudsprosesser, er slike prosesser underlagt lovreguleringer som gjør at ulike kvalitetskrav og dokumentasjonskrav må være oppfylt fra private tjenestetilbyderes side. Derimot er kvalitetsaspektet ikke fullt ut tillagt så stor vekt som man gjerne skulle ønsket fra privates ståsted. Ettersom pris og kostnadsforhold er i så stor grad ett viktig

element, og at kostnader i forbindelse med transaksjonene mellom privat og offentlig aktør er å anse som minimert fra RHF sin side, burde muligens flere aspekter ved spesialisthelsetjenesten fått økt fokus. Sørge for- ansvaret begrunner økt bruk av private tjenestetilbydere med økt ventetid og spesialiserte tjenester.

På den annen side etterspør det private markedet og de private tjenestetilbyderne som levere helsetjenester til RHF mer fokus på kvalitet. Dermed kan det med stor sannsynlighet fastslås at private leverandører av helsetjenester står for god kvalitet. Private aktører vil ha ett økt fokus på kvalitet slik at pasienter kan vurdere det respektive sykehuset eller klinikken i forhold til en rangering på en mulig kvalitetskala, noe som dermed kan være med på å øke tilbudet til pasienter i form av bedre kvalitet på behandlingen. Dette kan gi en videre positiv effekt på pris dersom kvaliteten er rangert bra, ved at flere pasienter dermed velger det aktuelle sykehuset under fritt sykehusvalg, og inntjeningen vil øke som dermed gjør sykehuset mer konkurransedyktig under anbudsrunder.

Transaksjonskostnadene vedrørende kontrakt med private aktører kan med stor sannsynlighet anses å være minimert ettersom verken relasjonsspesifikke investeringer foretas i stor grad, ei heller at opportunistisk adferd er ett problem. Kostnadene er forbundet med selve kontraktsutforming, men ettersom sørge for- ansvaret ligger til grunn i Norsk helsevesen vil det være optimalt å benytte private aktører der kapasiteten ikke strekker til på norske offentlige sykehus, slik at disse kostnadene er å anse som nødvendige.

4.2.6 Oppsummering fordeler og ulemper ved outsourcing

Befolkningens økende bruk av private helsetilbud tvinger frem et bedre tilbud og bedre organisering i de offentlige sykehusene. Offentlig sektor har ett stort behov for spesialisert arbeidskraft og kompetanse, og dette er spesielt tilfellet i helsesektoren. Som bestiller av helsetjenester fastsetter offentlige myndigheter krav til omfang av tjenestetilbudet og følgelig også til kvalitet. Myndighetens rolle som bestiller og finansierende myndighet kobles sammen ved at det stilles krav til resultatoppnåelse, eller at produksjonen knyttes til størrelsen på bevilgningene til sykehusene.

På denne bakgrunn kan resultater fra spørreundersøkelse og intervjuer forstås. RHF's motivasjon for outsourcing fremstår i all hovedsak å være oppfyllelse av sørge for- ansvaret. Strategiske vurderinger utelates da man har politiske retningslinjer å følge. Mangel på kompetanse og kapasitet fremkommer i stedet som viktige hensyn ved outsourcing da dette er viktige variabler for å kunne tilby et godt helsetilbud til landets befolkning.

På bakgrunn av vår analyse vil det likevel være rom for bedre ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten. Dette fordi private kan tilby spesialisert arbeidskraft og lavere kostnader enn de offentlige helseforetakene. Det er imidlertid viktig å peke på at det er vanskelig å bevise at outsourcing vil være lønnsomt for RHF med bakgrunn i utnyttelse av stor- og samdriftsfordeler. Vi etterlyser likevel en større bevissthet i helseforetakene hva gjelder outsourcing og hvilke muligheter som foreligger i markedet.

Videre fremgår prinsippal – agentproblematikk i RHF i hovedsak å være representert ved avveininger mellom økonomiske og kvalitetsmessige hensyn. Det er grunnlag for at outsourcing kan bidra til å redusere agentkostnader i form av større fokus på kvalitet og effektivitet, samt gjøre kontroll av motivasjon og insentiver enklere. Imidlertid fremkommer ikke prinsippal – agentproblematikk fra spørreundersøkelse og intervjuer å være av betydning i RHF da helseforetakene beskrives som ryddige organisasjoner med klare mål for kvalitet og kostnader. Det vil alltid være en viss prinsippal – agentproblematikk i store og uoversiktelige organisasjoner, og uklare retningslinjer kan forekomme. Imidlertid er vår konklusjon at agentkostnader i seg selv i liten grad taler for outsourcing.

Outsourcing kan bidra til å redusere påvirkningskostnader, men effekten fremkommer som liten. Dette fordi RHF ikke outsourcer hele avdelinger, men kun enkelte aktiviteter hvor kompetanse og kvalitet internt er mangelfull, og det er kamp om ressurser mellom avdelinger og profesjoner som først og fremst er opphav til påvirkningskostnader i RHF. Dessuten vil outsourcete aktiviteter stå for et lite volum av totale aktiviteter, og outsourcing slik det gjennomføres i dag er dermed ikke tilstrekkelig til å redusere påvirkningskostnader. Påvirkningskostnader fremkommer heller ikke fra spørreundersøkelse eller intervjuer som et særlig problem, og er dermed ikke noe som tas med i vurdering av outsourcing.

Koordinering av tjenester mellom RHF og private tjenestetilbydere viser seg å ikke være problemfullt, og dermed ikke medføre de store kostnadene for RHF. Dette anses som en konsekvens av at det outsources fullverdige tjenester og ikke deltjenester til private aktører. RHF henviser pasienter til private som deretter får fullstendig ansvar for pasienten. Koordinasjonskostnader vil dermed ikke være noe RHF må ta stilling til ved outsourcing, og bekreftes i spørreundersøkelse og oppfølgingsintervju.

Det er å forvente at RHF ikke har mulighet til å utforme fullstendige kontrakter. Grunnet RHF's forhandlingsmakt har det imidlertid vist seg å ikke oppstå transaksjonskostnader i særlig grad grunnet ufullstendige kontrakter. Hva gjelder kontroll og oppfølging av kontrakt uttaler RHF at dette vil medføre en del kostnader for foretakene. Likevel har det vist seg at private aktører mener RHFS

kontrollrutiner er bekymringsverdige. RHF på sin side sier det ikke er nødvendig med utfyllende kontroller ettersom asymmetrisk informasjon og opportunistisk atferd ikke er et problemområde.

Outsourcing kan nødvendiggjøre investeringer spesifikke for relasjonen mellom to kontraktsmotparter. Dette kan videre gi opphav til opportunistisk atferd. Vi var derfor interessert i hvordan RHF vurderer konkurranseforholdene i markedet. Det fremkom gjennom spørreundersøkelsen at pris er viktigste tildelingskriteriet i anbudskonkurranser, og RHF vurderer i mindre grad antall kvalifiserte leverandører i markedet. Dette kan åpne for problemer vedrørende både asymmetrisk informasjon og opportunistisk adferd. Dette har imidlertid vist seg ikke å være tilfellet i kontraktsforhold mellom RHF og private aktører. Verken RHF eller private aktører utsettes for opportunistisk atferd fra kontraktsmotpart. Dette må sees i sammenheng med liten grad av relasjonsspesifikke investeringer både fra RHF og private aktørers side.

Utnyttelse av stor- og samdriftsfordel og reduserte samdriftsfordeler fremkommer ut i fra rammeverket til Besanko et al. (2007) som fremste fordel ved outsourcing. Samtidig vil outsourcing bidra til å rette fokus mot kvalitet så vel som pris, og dermed kunne bidra til å redusere agentkostnader i RHF. Dette er imidlertid ikke noe som RHF anser som fordeler ved outsourcing.

4.3 Teknisk kontra agenteffektivitet

Outsourcing av aktiviteter må gjøres på bakgrunn av en vurdering av teknisk- og agenteffektivitet i RHF, og hvorvidt outsourcing kan bidra til å forbedre denne. Som beskrevet i teori vil dette normalt kreve avveininger da teknisk effektivitet kan gå på bekostning av agenteffektivitet og omvendt, men muliggjør likevel en optimal tilpasning og organisering av foretakene. Vi vil nedenunder diskutere teknisk- og agenteffektivitet med bakgrunn i overstående analyse, og vurdere i hvilken grad RHF's strategi for outsourcing teknisk- og agenteffektivitet

Teknisk effektivitet kjennetegnes av effektiv utnyttelse av innsatsfaktorer, dette vil si størst mulig produsert kvantum fra gitte ressurser, eller lavest mulig kostnader for et gitt produksjonsvolum. Agenteffektivitet innebærer minimering av koordinasjons-, agent- og transaksjonskostnader for gitt produksjonsvolum. Ut i fra vår analyse samt spørreundersøkelse og intervjuer, synes det å være størst potensial for å øke den tekniske effektiviteten ved outsourcing. Agenteffektivitet er ut i fra vår analyse i større grad realisert i RHF. Ved ekstern utførelse er ikke transaksjonskostnader av særlig størrelsesorden, selv om det ut ifra vår analyse kanskje bør legges inn en større innsats i utvelgelse av private aktører og ved kontraktsinngåelse. Uansett vil det ikke være nevneverdige innslag av relasjonsspesifikke investeringer, og relasjonsspesifikk produksjonskapital kan sies å være fraværende. Samtidig er kostnader relatert til koordinasjon av tjenester små, da helsetjenester ikke har innslag av såkalte designattributter, eller andre karakteristika som må koordineres, men outsources i sin helhet. Ved intern utførelse vil det på den annen side være tilstedeværelse av agentkostnader, men på bakgrunn av overstående analyse konkluderes det med at agentkostnader er liten betydning for RHF og er dermed ikke motivasjon for outsourcing.

For å optimalisere organisering av helsetjenester kan det derfor være aktuelt å rette fokus på den tekniske effektivitet i foretakene, for derigjennom å minimere summen av teknisk- og agenteffektivitet. Relatert til sykehusproduksjon vil teknisk effektivitet referere til forholdet mellom bruk av arbeidskraft, medisiner og medisinsk utstyr og samlet aktivitet/sykehusproduksjon (Kaarbøe 2004). I 2003 kunne Helse- og Omsorgsdepartementet rapportere en positiv utvikling i teknisk effektivitet for perioden 1992-2001, og skriver i NOU 2003: 1, at sykehusene fikk "større produksjon ut av sine innsatsfaktorer i 2001 enn det de fikk i 1992.". Det samme gjør SAMDATA i sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste for perioden 2003 - 2006. I denne perioden økte effektiviteten med 1,3 %, og forklares med en relativ økning i aktivitet i forhold til personalinnsats. Det er imidlertid ingen tall for 2007 og 2008.

Til tross for denne utviklingen er det basert på vår analyse av stor- og samdriftsfordeler fremdeles grunnlag for å bedre den tekniske effektiviteten ved sykehus. Forbedring av effektiviteten ved

sykehus har også vært et fokusområde for RHF, og da særlig teknisk - og kostnadseffektivitet. I rapporten "Helse 2020, Strategi for helseregionen" (2007) beskriver Helse Vest RHF tiltak for å oppnå bedre effektivitet. Helse Vest RHF har målsetning om å oppnå en optimal organisering av verdikjeden, og vil derfor blant annet arbeide for å samle komplekse og sjeldne tjenester på færre steder, samordne støttetjenester og effektivisere arealbruk.

Under analyse av kjennetegn ved sykehusproduksjon diskuteres private aktørers mulighet til å oppnå stordriftsfordeler i form av spesialisering og som følge av en forsterkende læringskurveeffekt. Representanter fra private sykehus mener private får mer ut av ressursinnsatsen enn hva offentlige sykehus gjør, og kan derigjennom bidra til en bedre teknisk effektivitet i utførelse av helsetjenester. Det forklares med bedre effektivitet grunnet større grad av spesialisering, samt færre administrative oppgaver som opptar tid for leger og annet helsepersonell. Det synes imidlertid ikke å være store effektivitetsgevinster relatert til optimalt volum og fallende enhetskostnader, eller gjennom reduserte delbarhetsproblemer.

RHF kan på bakgrunn av overstående analyse bedre den totale effektiviteten i helseforetakene ved å rette fokus mot den tekniske effektiviteten. En mulig løsning for å forbedre den tekniske effektiviteten er å i større grad la private aktører utføre tjenester hvor private kan utføre samme helsetjenester med lavere ressursinnsats, og dermed også lavere kostnader. Dette vil også frigjøre ressurser til å behandle flere pasienter. Det er imidlertid verdt å nevne problemstillingen angående tilbud og etterspørsel. Jo bedre tilbud vi har av helsetjenester dess mer vil befolkningen etterspørre og dess "sykere" blir befolkningen.

4.4 Styring ved outsourcing

Outsourcing av aktiviteter vil kunne medføre styringsmessige følger for foretaket. På bakgrunn av teori presentert av Gottfredson et al. (2005) er det først og fremst å forvente at outsourcing medfører større fokus på foretakenes kjernevirksomhet internt, implisitt at støtteaktivitet og ikke kjerneaktivitet outsources. Samtidig vil armlengdes transaksjoner stille store krav til kontrakt da alle krav og rettigheter må fremlegges (Fjell 2009). Dette kan imidlertid medføre større bevissthet rundt kostnader og kvalitet i utførelse av aktiviteter. Videre vil outsourcing kunne gjøre det lettere å endre utilfredsstillende forhold i verdikjeden, da det forventes å være enklere å erstatte eksternt tilbyder enn å ta opp problemer internt. Imidlertid kan outsourcing gi redusert kontroll over drift, da kontroll gjennom eierskap må erstattes av kontroll gjennom kontrakt. I tillegg fremlegger Naryanan & Raman (2004) samkjøring av incentiver som et potensielt problem ved styring gjennom kontrakt. Styringsmessige følger av outsourcing vil imidlertid variere avhengig av hva som outsources, lengde på kontrakt og forhold mellom aktører i verdikjeden. I vår spørreundersøkelse ba vi RHFene gjøre rede for mulige konsekvenser på drift om følge av outsourcing. Resultatene oppsummeres i tabell 4.10.

Tabell 4.11. Outsourcing og konsekvenser for drift.

Helseforetak	Økt fokus på kjernevirksomhet	Bevisstgjøring av kvalitet	Bevisstgjøring av kostnader	Lettere å endre utilfredsstillende forhold	Redusert kontroll av drift
RHF 1	Nei	Nei	Nei	Nei	Nei
RHF 2	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei
RHF 3	Ja	Nei	Ja	Nei	Nei
RHF 4	Nei	Ja	Ja	Nei	Nei

RHF 1 opplyser i tillegg at problemstillingen er lite relevant for helseforetakene i deres region. RHF 2 supplerer på den annen side med informasjon om at outsourcing gir økt fokus på internprising, og at det gir dessuten grunnlag for benchmark på kvalitet. RHF 2 synes dessuten å være det foretaket som opplever flest styringsmessige implikasjoner ved outsourcing.

Resultatene avviker noe fra våre antakelser basert på teoretiske tilnærminger for outsourcing. Kun to av fire RHF mener outsourcing gir økt fokus på kjernevirksomhet, og resultatet er det samme i spørsmål om outsourcing medfører bevisstgjøring av kvalitet. Hva gjelder bevisstgjøring av kostnader svarer imidlertid tre av fire at dette er en konsekvens av outsourcing. Dette er også noe som benyttes aktivt av RHF 2 da outsourcing benyttes som benchmark for kvalitet og kostnader. Outsourcing synes

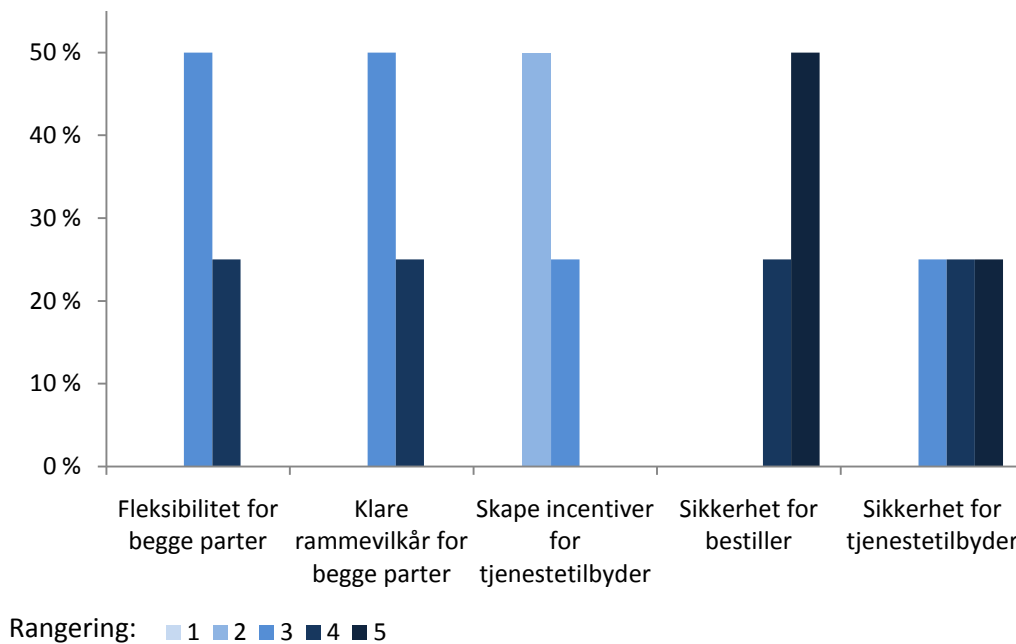
i liten grad å ha innvirkning på RHFenes kontroll av drift eller mulighet til å endre utilfredsstillende forhold. Kun en av fire representanter mener outsourcing gjør det lettere å endre utilfredsstillende forhold, og ingen mener outsourcing medfører redusert kontroll over drift.

Samkjøring av insentiver fremlegges av Naryanan & Raman (2004) som viktig for å oppnå kontroll og effektiv styring av den vertikale kjeden. Hvilke hensyn RHF vektlegger ved kontraktsinngåelse vil kunne påvirke grad av fleksibilitet ved kontraktstyring samt mulighet for samkjøring av insentiver i verdikjeden. RHF ble derfor spurt om å rangere 5 hensyn ved kontraktingåelse med uavhengige tjenestetilbydere. Resultatene er tidligere presentert under kapittelet om transaksjonskostnader i tabell 4.9, men vil oppsummeres her i tabell 4.12. De hensyn som skulle rangeres er:

- *Fleksibilitet for begge parter*
- *Klare rammevilkår for begge parter*
- *Skape incentiver for tjenestetilbyder*
- *Sikkerhet for bestiller*
- *Sikkerhet for tjenestetilbyder*

Alternativene representerer ulike konsekvenser for kontraktsforhandlinger og styring gjennom kontrakt. Alternativene skulle rangeres fra 1 til 5 der 5 er viktigst. Resultatene oppsummeres i tabell 4.12.

Tabell 4.12. RHFes rangering av kontraksrelevante hensyn, der 5 er viktigst.



Merk: Tabellen viser at ingen har krysset av for at hensyn rangeres til verdi 1. Dette er ikke grunnet feil i tabellen, men i stedet at ingen av respondentene har tillagt noen hensyn verdi 1. Samtidig er andre alternativer benyttet flere ganger. Kun tre av fire respondenter har rangert alternativene.

Y-aksen representerer andel av respondenter i prosent, og x-aksen representerer vurderingshensyn. Sikkerhet for bestiller og tjenestetilbyder synes å være viktigste vurderingshensyn, da disse som eneste alternativer er ranger til 5 av henholdsvis 50 % og 25 % av respondentene.

Vi vil videre analysere resultatene fra tabell 4.10 og 4.11.

4.4.1. RHFes kjernevirksomhet og motivasjon for outsourcing

Det er kun to av fire RHF som støtter hypotesen om at outsourcing muliggjør økt fokus på kjernevirksomhet. Dersom helseforetakene outsourcer støttevirksomhet skulle en naturlig konsekvens nettopp være økt fokus på kjernevirksomhet. Imidlertid er det ikke mulig å sette en klar definisjon for RHFenes kjerneaktivitet eller hvilke aktiviteter som outsources. Dette synes å være årsak til resultatene som fremkommer. RHFenes definisjon av kjernevirksomhet omfatter pasientbehandling, forskning og utvikling, og omfavner dermed de fleste helsetjenester innenfor RHF. Samtidig er det ingen klar strategi om å ta utgangspunkt i kjerneaktivitet for å vurdere outsourcingskandidater. Dermed er det vanskelig å hevde at outsourcing gir økt fokus på

kjernevirksomhet. Da likevel to av fire RHF mener dette er tilfellet, synes dette å grunne i at en god del av aktiviteter som outsources faktisk kan kategoriseres som støtteaktivitet, og tillater dermed helseforetak som outsourcer støtteaktivitet å rette økt fokus mot kjerneaktivitet. Det kan dermed ikke hevdes at resultatene strider mot teoretiske forventninger da resultatene først og fremst er en konsekvens av hva RHF outsourcer.

Resultatene kan også tenkes å ha sammenheng med privates aktørers rolle i spesialisthelsetjenesten. Private aktører skal først og fremst være et supplement til det offentlige helsetilbudet, og ikke opptre som erstatter innenfor enkelte aktiviteter. En slik definisjon av privates rolle vanskeliggjør outsourcing som middel for å rette fokus på kjernevirksomhet. Outsourcing skal supplere RHF's tilbud i spesialisthelsetjenesten, og ikke erstattet deler av tilbudet.

Videre oppgir 50 % av respondentene bevisstgjøring av kvalitet som et resultat av outsourcing, mens 75 % oppgir bevisstgjøring av kostnader som resultat. Dessuten nevnes økt fokus på internpriser og benchmark på kvalitet som konsekvens. Dette er resultater som til tross for RHF's motivasjon for outsourcing og definisjon av privates rolle i spesialisthelsetjenesten, likevel indikerer at outsourcing gir RHF visse fordeler i den økonomiske styringen av foretakene. Således er dette i tråd med våre hypoteser. Dette henger også sammen med tidligere presenterte resultater fra undersøkelsen der kvalitet og kostnader rangeres høyt om beslutningsrelevante hensyn ved outsourcing. I oppfølgingsintervju fremkommer det dessuten at RHF 3 outsourcer også grunnet behov for korrektiv til egen virksomhet. Dette bekrefter vår hypotese om at outsourcing skal gi bevissthet på kostnader og kvalitet, og derigjennom bidra til en bedre styring av helseforetakene. Videre viser det at helseforetakene til en viss grad benytter outsourcing som styringsverktøy, og er bevisst hvilke implikasjoner outsourcing kan ha for foretakene.

Imidlertid er det kun to av fire som mener outsourcing medfører bevissthet på kostnader, og RHF 1 mener hele problemstillingen er irrelevant for helseforetaket. Dette er et noe overraskende resultat, især da RHF 2 gir inntrykk av at temaet er av betydning og også noe man benytter i den økonomiske styringen av helseforetaket. Det kan dermed synes som representant for RHF 2 er mer bevisst problemstillingen enn de andre representantene for RHF. Vi valgte derfor å ta dette opp under oppfølgingsintervjuer, og fikk da også mer utdypende svar. Både RHF 3 og 4 opplyser i denne sammenheng at foretakene gjør benchmark på kvalitet og kostnader. RHF 4 presiserer dessuten at foretaket driver utstrakt grad av benchmark mellom deres sykehus, og på enkeltfelter også gjør prissammenlikninger mellom RHFet og private aktører.

På denne bakgrunn medfører altså outsourcing bevissthet på kostnader og kvalitet i helseforetakene. Dette som en konsekvens at foretakene benytter private aktørers tilbud og priser som benchmark på egne prestasjoner. Dermed får foretakene noe å måle seg opp mot, og kan være motiverende for å iverksette kostnadseffektiverende tiltak i driften og forbedre kvalitet i utførelse av helsetjenester. Som tidligere diskutert kan det være uvilje innad i helseforetakene mot å sette ut tjenester til private. Bruk av benchmark som styringsverktøy kan imidlertid bidra til å gjøre kostnader mer eksplisitt for agenter, og slik synliggjøre hvilke behov og muligheter som foreligger.

4.4.2 Oppfølging og kontroll av kontrakter

Kun en av fire RHF mener outsourcing gjør det lettere å endre utilfredsstillende forhold i verdikjeden. Da dette strider mot forventet resultat kan det pekes på flere mulige årsaker. Det kan tenkes at det ikke er vanskelig å endre utilfredsstillende forhold internt og at outsourcing dermed ikke representerer noen endring, at slike forhold er vanskelig å avdekke, eller at RHF ikke anser dette som relevant problemstilling.

Våre resultater tilsier ikke hvorvidt det er enkelt å endre utilfredsstillende forhold internt eller ikke. Imidlertid har det i vår analyse av agent- og påvirkningskostnader fremkommet det at det kan eksistere interessekonflikter i RHF, og dette kan gi opphav til utilfredsstillende forhold. På den annen side påpeker Herlof Nilssen at RHF er ryddige organisasjoner hvor aktiviteter utføres tilfredsstillende. Det vil bety at det etterstrebes å fungere og yte best mulig. Samtidig kan det tenkes at sanksjonene er såpass store i form av media og eierkontroll, at utilfredsstillende forhold i liten grad eksisterer i RHF. Likevel er det å forvente at RHF vanskelig kan avdekke all form for utilfredsstillende arbeid, da helseforetakene er store og lite oversiktelige organisasjoner hvor kontroll dermed kan være vanskelig. Det er da avdekking av forholdene som er problemet fordi det er vanskelig å dokumentere, ikke nødvendigvis å endre dem. Dette fremkommer imidlertid ikke som problem blant RHFene i oppfølgingsintervjuer. Det er kun interessekonflikter av faglig art som trekkes frem, og det er dermed vanskelig å trekke en endelig konklusjon relatert til avdekking av utilfredsstillende forhold.

Som tidligere diskutert får vi vite gjennom intervju med Eystein Hauge ved Bergen Kirurgiske sykehus, at RHFes kontroll og oppfølging av kontrakt med private er noe mangelfull. Dette kan være en årsak til at de ulike RHF ikke påpeker at det kan være lettere å endre utilfredsstillende forhold internt ved hjelp av outsourcing. Samtidig poengteres det at avdekking av utilfredsstillende forhold er en vanskelig oppgave da kvalitet i utførelse er vanskelig å verifisere. Likevel ønsker Hauge et større fokus

fra RHF på kvalitet. På denne bakgrunn vil ikke outsourcing gjøre endring av utilfredsstillende forhold enklere da slike forhold vanskelig lar seg avdekke.

4.4.3 Kontrakt og RHF's forhandlingsmakt

Gjennom outsourcing vil foretak gå fra styring gjennom eierskap til styring gjennom kontrakt. Intern utførelse av tjenester gir eierskap og kontroll over driften, og dermed også fleksibilitet. I motsetning vil denne kontrollen reduseres gjennom bruk av outsourcing. Det stilles dermed store krav til kontrakt som skal dekke alle forhold eierskapet dekket. Kontraktstyring kan imidlertid resultere i mindre fleksibilitet i styring i forhold til styring gjennom eierskap, da kontrakt vil legge føringer for transaksjonspartene. Samtidig vil stor grad av fleksibilitet i kontrakt medføre stor usikkerhet for partene. Dette vil særlig være aktuelt dersom det oppstår uforutsette hendelser kontrakten ikke har spesifisert retningslinjer for.

RHF benytter en bestiller- utførermodell ved bestilling av tjenester til spesialhelsetjenesten. En slik modell bygger på kontraktstyring. Det skulle dermed være grunnlag for å se visse styringsmessige konsekvenser av outsourcing i form av redusert kontroll og fleksibilitet. Resultater fra spørreundersøkelsen presentert i tabell 4.11 avkrefter imidlertid en slik hypotese. Ingen RHF mener outsourcing gir redusert kontroll over drift. Dette støttes også av administrerende direktør i Helse Vest RHF, Herlof Nilssen. Nilssen mener dette først og fremst er et resultat av helseforetakenes posisjon i forhandlinger med private, der forhandlingsmakten er i favør RHF. I kontrakt mellom RHF og private aktører stipuleres de krav og rettigheter som anses som nødvendige i transaksjoner, og RHF har dessuten makt til å fremlegge krav mot private og konstruere kontrakter på RHF's premisser. Dette fordi RHF er store i forhold til de private aktører som finnes på markedet, og er ikke avhengig av private aktører for å kunne tilby landsdelens befolkning de helsetjenester den har krav på. I motsetning er de private mer avhengig av oppdrag fra det offentlige for å være styrket i konkurransen på det private markedet for helsetjenester. Det fremkommer også fra tabell 4.12 at sikkerhet for bestiller tillegges større vekt av RHF enn sikkerhet for tjenestetilbyder. Alle RHF som rangerte alternativene har rangert sikkerhet for tjenestetilbyder til 4 eller 5. Når fokuset i stor grad er å gi RHF sikkerhet samtidig som forhandlingsmakten tilfaller RHF, kan det altså være årsaken til at RHF ikke opplever redusert kontroll over drift. Det settes strenge krav til de private, det er klare premisser for avtalene, og private har alt å tjene på å tilfredsstille RHF for å kunne fornye avtaler.

Samtidig kan dette sees i sammenheng med normale kontraktslenger, som tidligere presentert i avsnittet om transaksjonskostnader. Normal kontraktslengde oppgis i spørreundersøkelsen samt i diverse intervjuer å være 1-5 år, vanligvis 2+1+1. Grunnet stor forhandlingsmakt har RHF mulighet til

å legge inn den grad av fleksibilitet de selv måtte ønske i kontraktene. Flexibilitet og klare rammevilkår for begge parter blir også rangert til 3 eller 4 i tabell 4.12. Dette synes dermed å være noe RHF bestreber etter i kontraktsforhandlinger, og er årsak til kontraktens korte varighet. Korte kontraktsperiodene vil i mindre grad enn langsiktige kontrakter gi redusert kontroll og fleksibilitet. Korte kontrakter gjør det lettere å skifte utfører av tjenester oftere ved utilfredsstillende forhold på grunn den korte avtaleperioden. Dette gir dermed RHF en viss fleksibilitet da RHF til tross for styring gjennom kontrakt har mulighet til å endre kontraktsbetingelser og utførere hyppig, vanligvis etter to år. Dette tilsier imidlertid kun fleksibilitet i favør RHF. Private aktører vi har snakket med bekrefter dette, og etterspør større fleksibilitet for private. Dette bekrefter også at RHF oppnår stor grad av kontroll og fleksibilitet i transaksjoner med private. Imidlertid kan hyppige forhandlinger eller reforhandlinger medføre visse administrasjonskostnader. Dette er også noe som fremkommer fra oppfølgingsintervju med representanter fra RHF, men dette synes ikke for våre representanter å være av særlig betydning.

Til tross for dette er det likevel å forvente at outsourcing til en viss grad gir redusert kontroll og fleksibilitet over drift. Ved å sette ut tjenester til eksterne aktører vil helseforetakene miste noe kontroll over aktivitetene, rett og slett fordi aktivitetene utføres eksternt og gir redusert kontroll over selve utførelsen. Ved intern utførelse har RHF kontroll over alle rettigheter, både dem man kan forutse behov for og dem man ikke kan forutse behov for. Ved kjøp i markedet må slik kontroll kontraktfestes, men fullstendige kontrakter er vanskelig å utforme. Oppfølging av private aktører kan gi bedre kontroll, men slik oppfølging har som tidligere beskrevet vært mangelfull.

Selv om RHF derfor til en viss grad er utsatt for redusert kontroll av drift, kan likevel andre mekanismer minimere mangelen på kontroll. Private aktører er utsatt for sterk markeds kontroll, og denne kontrollen vil være overlegen eierkontroll. Private aktører er stadig i søkelyset fra både offentlige og private foretak og enkeltpersoner, og dette kan bidra til at RHF kan være trygg på at private utfører aktiviteter som beskrevet i kontrakt. Oppsummert kan vi derfor hevde at RHF i liten grad vil oppleve redusert kontroll og fleksibilitet ved outsourcing.

4.4.4 Samkjøring av incentiver

Samkjøring av incentiver fremlegges av Naryanan & Raman (2004) som viktig for å oppnå kontroll og effektiv styring av den vertikale kjeden. Resultatene fra spørreundersøkelsen presentert i tabell 4.12 tilsier også at RHF til en viss grad bestreber å balansere incentiver til RHF og private. Likevel synes ikke

dette å være av prioritet for RHF. Å skape incentiver for tjenestetilbyder rangeres til 2 og 3 av henholdsvis 75 % og 25 %, og samtidig har en av respondentene valgt å ikke rangere alternativene.

Resultatet fra spørreundersøkelsen kan forstås på bakgrunn av uttalelser i oppfølgingsintervju. Det fremkommer her at RHF i kontrakter definerer klare mål og behov, hvilke krav som stilles, tidsaspekter og lignende. Samtidig mener RHF det er lite private kan argumentere for eller imot, og korte kontraktsperioder vil gjøre det enkelt for RHF å endre kontraktspartner dersom det skulle oppstå problemer grunnet manglende eller feilaktige incentiver hos tjenestetilbyder. Det er dermed lite rom for problemer relatert til informasjonsasymmetri, da private aktører har incentiver til å utføre tilfredsstillende arbeid for å utvide sine kontrakter med RHF. Dette er videre noe som gir RHF god kontroll over kontraktspartner. Dette støttes av våre resultater fra tabell 4.12. der klare rammevilkår for begge parter rangeres til 3 og 4 av henholdsvis 75 % og 25 %.

Det er også viktig å utforme gode incentivsystemer for å oppnå samkjøring av incentiver. Imidlertid vil ikke klare rammevilkår være fullverdig erstatter gode incentivsystemer for. Samkjøring av incentiver innebærer at risiko, kostnader og gevinster er rettferdig fordelt i verdikjeden. Dette kan ikke sies å være tilfellet ved RHF's outsourcing av helsetjenester. De private overføres det meste av risikoen da det er RHF som har opsjon til å forlenge kontakt med kort forvarsel, og det er de private som må tilpasse seg for å levere tjenester til ønsket kostnadsnivå og kvalitet fastsatt av RHF. Premissene ligger i det store og det hele på RHF's side. Dette kan gi opphav til misnøye, og private aktører vi har snakket med mener RHF ikke tar mye hensyn til private med tanke på kontraktslengde og forlengelse av kontrakt. Samtidig mener de private RHF vanskelig kan ha full kontroll over tjenestetilbyderne, da RHF's kontroll som tidligere diskutert er mangelfull. Dette kan imidlertid også gjøre samkjøring av incentiver vanskelig, da RHF har liten kontroll over hvordan private aktører handler.

Det er likevel rom for bedre samkjøringen av incentiver, og dette kan gjøre transaksjoner mellom RHF og private mer effektiv da det kan oppnås et bedre samarbeid og vil unngå suboptimale handlinger, både fra RHF's og privates side. Da RHF ikke anser samkjøring som viktig ut i fra våre undersøkelser, synes dette å bunne i deres forhandlingsmakt over private, samtidig som private disiplineres av markedet for å levere gode helsetjenester til RHF.

4.4.5 Oppsummering implikasjoner for styring ved outsourcing

Outsourcing forventes i følge teori å gi foretak mulighet til å rette fokus mot kjernevirksomhet, og samtidig ha styringsmessige konsekvenser. For RHF vil outsourcing i hovedsak ha fordeler for

helseforetakenes bevissthet rundt kostnader og kvalitet i utførelse av aktiviteter. Dette fordi outsourcing tillater RHF å sammenlikne seg opp mot private aktører, og kan sådan gjøre kostnader og kvalitet mer eksplisitt for ansatte i helseforetakene. Dessuten vil områder og aktiviteter hvor det er forbedringspotensial i større grad synliggjøres. Dette er også noe som RHF bevisst benytter seg av i den økonomiske styringen av foretakene.

Som middel for å rette fokus mot kjerneaktivitet er derimot outsourcing av mindre betydning, og har sammenheng med hvilke aktiviteter som outsources samt RHFenes motivasjon for outsourcing. Private aktører skal i første rekke supplere RHFes virksomhet, og kan tilby spesialkompetanse så vel som kapasitet innenfor støtteaktiviteter.

På grunn av RHFes forhandlingsmakt og de privates rolle i spesialisthelsetjenesten, vil ikke outsourcing medføre redusert kontroll over drift av særlig betydning. Det fremgår også fra vår undersøkelse at RHF bestreber seg etter å legge inn klare rammevilkår for transaksjonsmotpartene i kontrakter og sørge for sikkerhet for bestiller.

Outsourcing vil heller ikke gjøre endring av utilfredsstillende forhold i verdikjeden enklere. En mulig årsak er at RHFene er ryddige organisasjoner hvor utilfredsstillende forhold er lite fremtredende. Dermed er det ikke grunnlag for å hevde at outsourcing i særlig grad kan medføre forbedringer på dette området. Samtidig fremstår RHFes kontrollrutiner i følge private aktører som mangelfulle, og gjør det dermed vanskelig å oppdage utilfredsstillende forhold hos ekstern tjenesteutfører. Det må likevel poengteres at kontroll av private er en vanskelig oppgave, og kvalitet er vanskelig å verifisere.

RHFes forhandlingsmakt har imidlertid resultatet i et manglende fokus på samkjøring av incentiver. Forhandlingsmakt og markedsdisiplinering medfører at samkjøring av incentiver er av mindre betydning, men private aktører etterlyser likevel et bedre samarbeid og balansering av incentiver.

Totalt sett medfører ikke outsourcing konsekvenser for styring og kontroll av RHF som klart taler for eller mot outsourcing. Den viktigste konsekvensen fremstår å være økt fokus på kvalitet og kostnader, og dermed også aktivt bruk av benchmark på kvalitet og kostnader. Dette vil gjøre RHF mer bevisst på alternativer som foreligger i markedet og hvilke muligheter som foreligger for økt kvalitet og reduserte kostnader. Større bevissthet kan videre redusere aktivitet for å beholde outsourcingkandidater internt i RHF.

5 Metode

5.1 Metodevalg

Metoden vi har lagt til grunn for å kunne analysere vår problemstilling er i første omgang kvantitativ metode i form av spørreundersøkelse. Vi har samlet inn informasjon ved hjelp av spørreskjema utformet i Questback.

Ved å benytte kvantitativ metode finner vi informasjon vi lettere kan måle og sammenligne. I kvantitative undersøkelser vil de eller det som blir undersøkt kalt enheter, mens hva som undersøkes er variabler og verdier. Vi har tatt utgangspunkt i fire enheter representert ved de fire regionale helseforetakene i Norge: Helse Vest RHF, Helse Nord RHF, Helse Midt- Norge RHF og Helse Sør- Øst RHF. Det som undersøkes er outsourcing fra RHF til private uavhengige tjenestetilbydere.

I etterkant av spørreundersøkelsen har vi gjennomført kvalitativ undersøkelse i form av oppfølgende intervju. I første omgang var vår tanke å ha oppfølgende intervju med dem vi allerede hadde som respondenter i vår spørreundersøkelse, men grunnet resultater fra spørreundersøkelsen fant vi det i stedet mer hensiktsmessig å intervju administrerende direktør i hvert RHF. Vi foretok oppfølgende intervju med de RHF vi ikke kunne oppsøke personlig, mens vi foretok personintervju der vi hadde mulighet til å oppsøke administrerende direktør personlig.

Vi valgte også å foreta to dybdeintervju av private aktører. Ett av intervjuobjektene fikk vi møte personlig, mens det andre dybdeintervjuet foregikk over telefon.

I følge Johannessen et al. (2004) er kvalitative forskningsintervju en samtale med struktur og et formål. Strukturen er knyttet til rollefordelingen mellom intervjuobjektet og intervjueren. Vi foretok beskrivende spørsmål for å få svar på konkrete hendelser og handlinger, samt fortolkende spørsmål for å avdekke hvordan intervjuobjektet oppfatter og fortolker ulike hendelser og handlinger. Vi forventet på denne måten få maksimalt utbytte av intervjuene.

5.2 Valg av design

5.2.1 Spørreundersøkelse

Kvantitativ metode mener vi er hensiktsmessige for å fremskaffe informasjon fra ulike respondenter som vi kan måle og analysere opp mot hverandre. Spørreskjemaet var utformet med ønske om å få ut en gitt mengde informasjon fra de ulike deltakerne, og for å kunne linke informasjonen til teori.

Samtidig ønsket vi at respondentene skulle få mulighet til tenke igjennom svarene og ha mulighet til å og oss tilbakemeldinger i form av utfyllende kommentarer. Vi mener dermed den beste metoden for å innhente informasjon og gjøre konstruktiv analyse var å utforme spørreskjema med god teoriforankring. Det var også viktig for oss at respondentene hadde mulighet til besvare spørsmålene med anonymitet. Dette kunne også bidra til å øke svarprosenten. Vi gjorde det derfor mulig å skjule identitet. Da ett RHF ytret ønske om å være anonym valgte etterkant å henvise til tilfeldig nummererte RHF i analysen.

5.2.2 Intervju av RHF

Det fremkommer av Johannessen et al. (2004) at kvalitativ metode i form av intervju har til hensikt å få frem intervjuobjektets hverdag, og beskrivelse av denne for å kunne tolke betydningen av outsourcing. Vi ville få frem hvordan de ulike intervjuobjektene forholdet seg til problemstillingen vår i deres hverdag, for deretter å kunne analysere bruk av outsourcing i henhold til økonomisk teori.

Intervjuene vi gjennomførte tok utgangspunkt i spørreundersøkelsen tidligere gjennomført, og bygget opp rundt temaer vi ønsket dypere forklaring rundt eller som vi ikke fikk svar på gjennom spørreundersøkelsen. Samtidig ønsket vi utfyllende svar fra alle intervjuobjektene.

Ved forespørsel om ønske om anonymitet sa alle intervjuobjektene seg villige til å bli referert til.

5.2.3 Intervju av private aktører

Vi intervjuet private aktørene for å få frem hvorvidt offentlige helseforetak og private aktører representerer ulike interesser og synspunkter hva gjelder outsourcing av helsetjenester. Med andre ord for få en motvekt til uttalelser fra RHF og for å kunne se vår problemstilling fra ulike innfalsvinkler.

Private aktører deltok ikke i vår spørreundersøkelse. De intervjuer vi foretok var dermed av nye intervjuobjekter. Intervju med private ble gjennomført i etterkant av intervju med RHF, og vi kunne dermed konfrontere de private intervjuobjektene med uttalelser fra RHF. Således kunne uttalelser fra de private bidra med utfyllende informasjon til vår analyse, og vi fikk også mulighet til å avdekke forhold og hendelser som ikke fremkom i spørreundersøkelsen eller intervju med RHF

Da vårt fokus i oppgaven ikke er private aktører, og vi hadde heller ikke mulighet til å gjennomføre en bred undersøkelse blant private aktører. Vi valgte derfor å intervju to store aktører i form av markedsandeler innenfor somatiske helsetjenester.

Ved forespørsel om ønske om anonymitet sa alle intervjuobjektene seg villige til å bli referert til.

5.3 Valg av kilder/ respondenter

5.3.1 Spørreundersøkelsen

Vi valgte å legge oss på et konsernnivå når det gjelder valg av respondenter. Dette fordi vi ønsket svar på forhold på bedriftsnivå; innkjøp og organisering av sykehustjenester. Vi sendte dermed ut spørreskjema til personer med mest relevant kunnskap hos de respektive regionale helseforetakene.

Vi har valgt våre kilder basert på telefonsamtaler med regionale helseforetak. Ved å gå via administrasjonen hos de respektive RHFene ble vi, etter å ha forklart vår situasjon, henvist til dem med mest kompetanse innen området for vår problemstilling. Dette var ofte personer i innkjøpsorganer eller økonomiansvarlige i de ulike RHF. Vi la deretter frem vår problemstilling og hva vi ønsket å analysere og spurte om tillatelse for å sende spørreskjema til dem via e-post. Responsen var overraskende god; alle sa seg villige til å gjennomføre spørreundersøkelsen.

Til tross for god tilbakemeldingen i telefon krevdes det flere påminnelser og oppfølging fra vår side for å oppnå tilstrekkelig svarprosent. Etter påminnelse fikk vi likevel en svarprosent på 100 %.

5.3.2 Intervjuprosessen

Når det i neste omgang kom til oppfølgingsintervju bød ikke dette på de store problemene. Vi kontaktet denne gang administrerende direktør ved hver RHF. Vi valgte å kontakte administrerende direktør ved de ulike RHF ettersom våre respondenter fra spørreundersøkelsen ikke ga oss tilstrekkelig informasjon. Vi antok dermed at administrerende direktør i større grad kunne gi oss den informasjonen vi hadde behov for. Per telefon kontaktet vi de fire RHF, og ble videre satt over til administrerende direktør. Helse Midt- Norge RHF henviste oss til tidligere administrerende direktør. De sa seg alle villige til å besvare oppfølgingsspørsmål relatert til samme tema som i spørreundersøkelsen. Vi fikk snakke personlig med representant fra alle RHFene, samt foreta dybdeintervju med administrerende direktør i Helse Vest RHF. Vi intervjuet her administrerende direktør Herlof Nilssen i Helse Vest RHF's lokaler i Stavanger.

Da vi i etterkant av dette ville intervju private tjenestetilbydere, tok vi direktekontakt med ledelsen hos de respektive sykehusene. Som representant for Bergen Kirurgiske sykehus fikk vi kontakt med medisinsk direktør Eystein Hauge hos Teres Medical Group, og informasjonssjef i Aleris Helse AS,

Cathrine Galtung Gundersen. Eystein Hauge representerte både Teresgruppen og Bergen kirurgiske sykehus som har avtaler med Helse Vest RHF. Cecilie Galtung Gundersen representerte Aleris sine kontraktsforhold med alle fire RHF, ettersom Aleris leverer tjenester over hele landet og har driftsavtale med alle RHF.

Vi gjennomførte dybdeintervju med BKS/ Teres Medical Group, og telefonintervju med Aleris grunnet lokalisering i annen by.

5.4 Design av spørreskjema og intervju

5.4.1 Spørreskjema

I utforming av spørreundersøkelsen var det et mål for oss at spørsmålene skulle tolkes likt av alle respondentene. Dette for å kunne sammenligne respondentenes svar og reduserer tilfeldige målefeil, det vil si at vi ville hindre at folk misforstod spørsmålene på en tilfeldig måte (Ringdal 2001). Vi standardiserte derfor intervjusituasjonen, noe som innebærer at alle svarpersonene var eksponert for akkurat de samme spørsmålene. Spørsmålene presenterte vi i den samme rekkefølgen og på samme måte for hver enkelt respondent.

Vi designet også spørreskjemaet slik at svarpersonene ble ledet gjennom skjemaet på en effektiv og korrekt måte. Effektiv navigering innebærer i følge Statistisk sentralbyrå at respondentene skal ledes gjennom skjemaet på raskest mulig måte. Korrekt navigering handler om at svarpersonene bare skal presenteres for de spørsmålene de skal svar på, og at spørsmålene presenteres i riktig rekkefølge. Vi utformet spørsmålene slik at det ble en god flyt og en naturlig rekkefølge på spørsmålene.

Vi valgte også å konsekvent benytte oss av en form for automatiske navigasjonspiler. Det innebærer eksempelvis at dersom en respondent svarer "ja" på et spørsmål vil denne automatisk bli navigert til et følgespørsmål, noe respondent som svarer "nei" følgelig ikke vil. Dette ville skape gjenkjennelse og forutsigbarhet gjennom spørreskjemaet.

Vi prøvde også å utforme skjemaet slik at respondentene ble motivert til å besvare skjemaet. Dette er fordi personer raskt gjør seg formening om skjemaer. Vi utformet derfor en innledning som skulle motivere respondenten og påpekte deres deltakelse var viktig og nødvendig for vårt videre arbeid. Dette ville også påvirke kvaliteten på svarene vi fikk.

Videre valgte vi å ikke gjøre noen av spørsmålene obligatoriske. Det vil si at det ikke var nødvendig å besvare spørsmål for å navigere seg videre i spørreskjemaet. Dette var motivert ut ifra kilder i

Questback som kunne informere om obligatoriske spørsmål ikke ville øke svarprosenten, men heller redusere den.

Vi benyttet oss av nummererte spørsmål, slik Dillman (2000) anbefaler. Vi mener dette gjør det lett for respondentene å navigere seg igjennom spørsmålene. Dette baserer seg videre på kort og godt prinsippet.

Avstanden mellom spørsmålene er større enn mellom de ulike komponentene i et spørsmål, dette er gjør spørreskjemaet mer oversiktlig. Videre skiller vi skriften og tykkelsen på skriften i spørsmålene fra svaralternativene. Dette er for å ikke skape forvirring, og klart skille spørsmål fra svaralternativer. Dette viser til å få frem et hierarki i spørsmålene jamfør Dillman.

Vi har i store deler av spørreskjemaet også valgt å benytte oss av vertikaldelte svaralternativer, slik hovedregelen i følge Dillmann tilsier (2000). Avkrysningsbokser er plassert med lik avstand og med lik størrelse, og det er brukt samme fargekombinasjoner igjennom hele skjemaet.

5.4.2 Intervju

Intervjuene vi gjennomførte med RHF og private aktører har bakgrunn i intervjuets logikk. Ettersom vi analyserer et tema innenfor et komplekst system, er det lettere å avdekke flere relevante forhold gjennom intervjusituasjoner som tillegg til spørreundersøkelse. Vi ville da få frem flere nyanser og dybde i svarene. Vi hadde klart prestrukturerte skjemaer med spørsmål, men dette var for vår del ment som retningslinjer for å strukturere intervjuet og for å kunne sammenlikne svar i etterkant. Vi gjennomførte intervjuene som ustrukturert intervju i form av en samtale. I følge Johannessen et al. (2004) er dette en intervjusituasjon som tilpasses intervjuobjektet, hvor det er åpne spørsmål innenfor et avklart tema.

Spørreundersøkelser har ofte feilkilder knyttet til seg. Vanlige feilkilder er i følge Johannessen et al. (2004) ofte delt inn frafall, registerfeil, utvalgsvei og målefeil Disse feilkildene kan gi utslag i form av data som er vanskelig eller ikke mulig å analysere, og kan medføre at analyse av resultater ikke er gyldig.

Frafall er en vanlig feilkilde som er knyttet til utvelging av enheter. Det er vanskelig å vite hva som skiller de respondentene som ikke har svart på undersøkelsen fra de som har svart. Dette var derimot ikke relevant for vår del ettersom vi fikk en svarprosent på 100 prosent.

Registerfeil oppstår dersom vi har benyttet feil utvalg av respondenter til spørreundersøkelsen. Det kan være problematisk dersom det er respondenter som ikke er representative for populasjonen eller for formålet med analysen. Dette var heller ikke et relevant punkt for oss. Før publisering av spørreundersøkelsen hadde vi god oversikt over hvilke regionale helseforetak som var representative.

Målefeil var derimot en feilkilde vi måtte ta hensyn til. Målefeil oppstår dersom det er feil i spørreskjemaet, respondentenes informasjon eller tolkning av spørsmålene. Vi prøvde å avdekke slike forhold ved å sende ut en pilotundersøkelse til et lite utvalg personer som representerte ulikt kunnskapsnivå og ulike sektorer, og hadde også ulik bakgrunn. På denne måten ønsket vi å avdekke forhold ved spørreundersøkelsen som kunne være misvisende, uforståelige eller fremstå som unødvendige.

Vi ønsket å styrke påliteligheten knyttet til undersøkelsens data, og gjorde dette ved å gi respondentene en inngående beskrivelse av konteksten og hensikt. Dette gjorde vi for å prøve å få flest mulig til besvare spørreundersøkelsen slik at vi fikk en troverdig og pålitelig undersøkelse.

Det var viktig for oss å få valide svar fra våre respondenter ettersom vi da kunne måle det vi har til hensikt å måle i henhold til vår problemstillingen. Det er nettopp derfor det er viktig for at vi linket spørsmålene til teori for å kunne konkludere med teori i bakgrunn. Vi kan skille mellom intern og ekstern validitet.

Intern validitet dreier seg i følge Johannessen et al. (2004) om "hvorvidt en metode undersøker det den har til hensikt å undersøke". Vi var dermed interessert i å finne de svarene og observasjonene som i størst mulig grad avspeiler det vi vil få svar på. Johannessen et al. (2004) peker videre på at finnes teknikker for å øke sannsynligheten for å frembringe troverdige resultater. Vi har i stor grad fulgt disse teknikkene gjennom hele oppgaveskrivingen, nettopp for å skaffe oss best mulig informasjon. En av teknikkene er vedvarende observasjon, og innebærer at vi tok oss tid å bli kjent med helsevesenet og spesialisthelsetjenesten i Norge, hvordan systemet fungerer er strukturert. På denne måten kan vi lettere skille mellom relevant versus ikke relevant informasjon. Det er lettere å forstå et fenomen dersom man kjenner konteksten.

Metodetriangulering er en annen teknikk som beskrives av Grønmo (1996) og anbefales i forhold til intern validitet. Dette innebar at vi under selve feltarbeidet benyttet ulike metoder, i vårt tilfelle spørreundersøkelse og intervju.

For å skape troverdighet lot vi våre intervjuobjekter lese over og godkjenne utsagn vi benyttet i analysen. Dette bidro til å skape en god intervjusituasjon i den grad intervjuobjektet fikk uttale seg fritt uten hemninger, men med viten om at objektet selv kunne kvalitetsjekke.

Ekstern validitet innebærer i hvilken grad vårt materiale kan videreføres til liknende fenomener. Vi ønsker selvsagt at det kan trekkes slutninger og sammenhenger mellom vårt analyseområde og andre felt, men ser at dette kan være vanskelig ettersom Helse - Norge er komplekst, og dermed også skiller seg fra andre områder. Til tross for dette kan vi også si at de fleste offentlige virksomheter er organisert via bestiller - utførermodellen. Det vil dermed være en viss overførbarhet.

Vi valgte å benytte oss av Questback som utformingsverktøy for vårt spørreskjema. Dette legger klare retningslinjer for utforming, og gir samtidig spillerom for egne valg. Det var også viktig for oss at verktøyet muliggjorde anonymitet.

Vi fant Questback svært hensiktsmessig og lærerikt, og håpet våre respondenter anså dette som et profesjonelt verktøy.

5.5 Gjennomføring av datainnsamling

Før vi sendte ut spørreskjemaet til de respektive regionale helseforetak, foretokk vi to runder med pilotundersøkelse/ prestudie av spørreundersøkelsen. Vi plukket ut totalt 10stk * 2 grupper som kunne ta spørreundersøkelsen i forkant av utsendelse. Vi foretokk med andre ord to ulike prestudier, den siste basert på tilbakemeldingene fra første runde. Dette valgte vi å gjøre for å teste forståelse, lesbarhet, avdekke eventuelle vanskeligheter ved undersøkelsen, samt for å få konstruktive tilbakemeldinger.

Det første vi gjorde var å samle inn kontaktinfo fra regionale helseforetak i Norge. Deretter ringte vi de fire regionale helseforetakene for å komme i kontakt med rett person for vår spørreundersøkelse. Vi fikk dermed registrert nødvendig informasjon i form av navn og kontaktinfo for våre respondenter.

Vi sendte ut selve spørreundersøkelsen via Questback 1. mars 2010. Vi hadde etter en uke fått svar av 2 av 4 respondenter, og sendte derfor ut påminnelse til de resterende to RHF 15. mars 2010. Et par dager senere hadde vi oppnådd svar fra alle respondentene til spørreundersøkelsen, og kunne påbegynne strukturere resultater og analysere disse.

5.6 Metode for analyse

Analysen er relatert til resultater fra spørreundersøkelsen og intervjuer samt teori for outsourcing. Vi mener dette vil skape en klar link til den teori som er relevant for å analysere outsourcing.

Vi valgte å gå igjennom resultatene fra spørreundersøkelsen for deretter å koble dette opp mot teori. Dette muliggjorde en kobling mellom resultater, teori og diskusjon av ulike fenomener vedrørende outsourcing fra RHF til private tjenestetilbydere.

Vi gjennomgikk svar fra spørreundersøkelsen, samt intervju med RHF og diskuterte outsourcing basert på dette og så på eventuelle motsetningsforhold fra privates ståsted.

6 KONKLUSJON

Somatiske helsetjenester er et kollektivt gode og underlagt politiske reguleringer. Det er dermed grunnlag for å argumentere for at slike tjenester ikke bør produseres og fordeles i et fritt marked. Regionale helseforetak bør da sørge for å ivareta slike kollektive goder. Dette er også tankegangen bak regionale helseforetaks eier- og sørge for- ansvar. Regionale helseforetak skal kunne tilby likeverdige og gode helsetjenester til folket, uavhengige av private aktører. Etter sykehusreformens inntog gjøres pasientbehandling og utredning av pasienter av private aktører i de tilfeller det foreligger kontraktfestede avtaler mellom RHF og private tjenestetilbydere, og hvor det ikke medfører ekstra kostnader for pasienten. En liten del av helsetjenester outsources med andre ord til private tjenestetilbydere hvor dette bidrar til å oppfylle regionale helseforetaks sørge-for ansvar.

Vi finner i vår utredning potensial for bedre samhandling mellom offentlige og private tjenestetilbydere for å bedre imøtekomme etterspørsel etter helsetjenester i markedet. Dersom private i større del innlemmes i de regionale helseforetaks sørge for- ansvar, er det mulighet for bedre effektivitet i utførelse samt muligheter for bedre kostnadseffektivitet. Utredningen legger klare føringer for hvilke fordeler det er ved outsourcing, og disse fordelene mener vi i dag ikke benyttes fullt ut. Samtidig finner utredningen at det er forbedringspotensialet relatert til regionale helseforetaks vurdering av kvalitet ved outsourcing, til tross for politiske bestemmelser som nettopp legger klare føringer for dette.

Det har vist seg i at grad av outsourcing fra regionale helseforetak til private aktører er trendsmessig diskutert blant politikere. Tidligere Helse og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen, åpnet i sin i periode 2008-2009 for en mer fleksibel bruk av private sykehus til spesialisthelsetjeneste. Dette var ment som middel for å korte ned ventekøene i helsevesenet. Likevel har det ikke vært radikale endringer. Utredningen viser at regionale helseforetaks bruk av outsourcing er lite utbredt. Det er imidlertid et spørsmål om hva som skyldes hva; er lange ventekøer et resultat av et godt tilbud eller mangel på tilbud? Tilbud skaper etterspørsel.

Regionale helseforetak besitter betydelig forhandlingsmakt i kontraktsforhandlinger med private tjenestetilbydere. Dette påvirker i hvilken grad regionale helseforetak opplever kostnader i forbindelse med kontraktsutforming og oppfølging som følge av outsourcing. Til tross for dette mener vi regionale helseforetak i større grad kan benytte seg av sin posisjon i forhandlinger med private, og således i større grad sikre kvalitet i tilbud enn hva tilfellet er i dag. Helse- og omsorgsdepartementet som eier av regionale helseforetak har klare retningslinjer for organisering av helsetjenester, og dette begrenser regionale helseforetakenes handlingsrom. Dette resulterer i manglende bevissthet blant

regionale helseforetak om muligheter som er tilstedet i det private markedet, og hvordan helseforetaket kan benytte dette.

ETTERORD

Arbeidet med denne masterutredningen har vært spennende og ikke minst lærerikt, og læringskurven vår har vært bratt. Vi sitter igjen med mye nyttig kunnskap og en bredere forståelse vedrørende regionale helseforetaks tilnærming til outsourcingproblematikken, samt hvilke hensyn og retningslinjer som er lovpålagt å følge.

Vi har møtt på utfordringer underveis i forbindelse med innsamling av relevant og aktuell informasjon. Vi oppdaget tidlig i prosessen hvor komplisert og komplekst dagens helsevesen i Norge er driftet. Dette gjorde oss imidlertid enda mer interessert i å fordype oss i temaet. Det medførte også at vi måtte begrense oppgaven mer enn først antatt, da vi i utgangspunktet også ville analysere outsourcing fra RHFenes datterforetak, HFene. Det ville innebære analysering av outsourcing av driftstjenester ved sykehus. Vi oppdaget at dette ville bli for omfattende, og kunne dessuten vanskelig sammenliknes med RHFenes outsourcingpolitikk.

Vi har vært heldige i den grad det finnes mye informasjon om organisering av sykehustjenester i Norge. Utfordringen lå i å strukturere informasjon og samle inn førstehåndskilder.

Samarbeidet oss i mellom har fungert over all forventning, noe vi tror bunner ut i like interesser for både fag og dagsaktuelle tema. Vi har møtt utfordringer underveis i utredningen, men føler vi stod bedre rustet til å møte disse som ett team.

Masterutredningen mener vi belyser outsourcing ved regionale helseforetak på en nyansert måte, og vi mener det kan trekkes klare paralleller til andre offentlige institusjoner i Norge.

KILDER

Bøker

Besanko et al. (2007), *Economics of strategy*, John Wiley & Sons, New York, kapittel 2,3 og 4.

Grønmo, S. Holter, H. Kalleberg, R. (1996): Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen. *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo Universitetsforlaget.

Johannessen, Asbjørn, Kristoffersen, Line og Tufte, Per Arne (2004). *Forskningsmetode for økonomisk- administrative fag*. Abstrakt forlag as

Porter, Michael E. (1985): *Competitive Advantage. Creating and sustaining superior Performance*. New York: The Free press, s. 328. 1998 edition.

Artikler / Rapporter

Alchian, Armen og Demsetz, Harold (1972). Production, Information costs, and economic Organization. *American Economic Review*, American Economic Association, vol. 62(5), side 777-795, December.

Andersen, Christian et al. (2006): Konkurransen i spesialisthelsetjenesten?, SNF rapport 25/06, http://www.konkurransetilsynet.no/iKnowBase/Content/425220/060928_SPESIALISTHELSETJENESTEN.PDF , (27.10.2010).

Akerlof, George (1970): The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 84, No. 3, s. 488-500.

Bjørvatn, Afsaneh et al. (2002): Incentivbaserte finansieringssystemer for helseforetak. SNF rapport 34/02, http://bora.nhh.no/bitstream/2330/445/1/R34_02.pdf (25.04.2010).

Bjørnenak, Trond og Nyland, Kari (2000): Kompleksitetens økonomi. En bred kartlegging av sykehusenes økonomiske situasjon, skriftserie 2000: 2, vedlegg 10, 27.03.2000, http://www.hero.uio.no/publicat/2000/Bakgrunnsnotat/Vedlegg10_Kompleksitetens_ekonomi.pdf, (10.06.2010).

Bragelien, Iver (2005): 10 bonustabber Hvordan lære av teori og praksis?, *Praktisk økonomi og Finans* nr. 2, 2005, 25-35.

Coase, Ronald H. (1937): The Nature of The Firm. *Economica*, Vol. 4 No 16, s. 386–405.

Danielsen, Å. et al. (2009): Hvordan kan sykehus få bedre resultater? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 10, 14. mai 2009, http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1836064, (30.01.2010).

Dixit, Avinash (2002): Incentives and organization in the public sector: An interpretative Review. *The Journal of Human Resources*. Vol. 37, No. 4, s. 696- 727, <http://links.jstor.org/sici?sici=0022-166X%28200223%2937%3A4%3C696%3AIAOITP%3E2.0.CO%3B2-N> (10.06.2010).

Eilertsen, Roar (2003): Når sykehus blir butikk, Om etablering av et sykehus marked i Norge. *Kunnskapssenteret for fagorganiserte*, september 2003, <http://www.polis.no/Paper/sykehusrapporten.pdf> (11.06.2010).

Gottfredson et al. (2005): Strategic Sourcing – from periphery to core, *Harward Business Review*, 83(2), s. 132 – 139.

Hagen, Terje P. et al. (2001): Sykehusenes effektivitetsutvikling 1992–1999: Hvilke effekter ga Innsatsstyrt finansiering? HERO Skriftserie 2001: 5. Oslo: Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram, http://www.hero.uio.no/publicat/2001/HERO2001_5.pdf (10.06.2010).

Hagen, Terje P. et al. (2007): Laboratorie- og røntgenvirksomheten i kjølvannet av sykehusreformen: Mer privatisering og lavere kostnader?. HERO Skriftserie 2007: 2: Universitetet i Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram, http://www.hero.uio.no/publicat/2007/HERO2007_2.pdf, (16.01.2010).

Helse- og omsorgsdepartementet (2004): Styringsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest RHF, <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Bestillerdokument/styringsdokument%20Helse%20Vest.pdf>, (20.03.2010).

Helse- og omsorgsdepartementet (2007): Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest RHF, <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/red/2004/0006/ddd/pdfv/303959-vest.pdf>, (20.03.2010)

Helse- og omsorgsdepartementet (2010): Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF, http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Styret/Oppdragsdokument/Oppdragsdokument_2010_fra_HOD_til_Helse_Nord_RHF.pdf, (20.03.2010).

Helse Vest RHF (2007): Strategi for helseregionen, visjon og mål, strategi og handlingsplan, http://www.helse-vest.no/omoss/strategier/Documents/Strategi_for_helseregionen_NETT.pdf, (10.06.2010).

Helse Vest RHF (2008): Årsrapport, http://www.helse-vest.no/omoss/rapporter/Documents/aarsrapport_2008_web.pdf (14.06.2010).

Helse Midt-Norge RHF (2010): Eierstrategi for Helse Midt-Norge, versjon 1.0, 30.05.2006, <http://www.helse-midt.no/Helse-Midt/Dokumenter/2006/Eierstrategi%20Helse%20Midt-Norge.pdf>, (05.05.2010)

Kaarbøe, Oddvar (2004): Notatserie i helseøkonomi – egenandeler og effektivitet, nr. 04/04. Program for helseøkonomi i Bergen, http://heb.rokkan.uib.no/publications/files/117-Notat04_04.Kaarboe.pdf (10.05.2010).

Kjekshus, Lars Erik (2007): Modernisering av norske sykehus –Organisasjonsutvikling fra 1999 til i dag. POLIS-seminar, <http://www.polis.no/Seminars/polismolde/Kjekshus.ppt> (13.03.2010).

Kjerstad, Egil og Olsen, Trond (2002): Finansiering av helsetjenester basert på relative prestasjoner. SNF-rapport nr. 41/02, http://bora.nhh.no/bitstream/2330/437/1/R41_02.pdf , (28.04.2010).

Kvaløy, Ola og Olsen, Trond (2009): Endogenous Verifiability and Relational Contracting, American Economic Review, 99(5), s. 2193–2208.

LO (2001): Regjeringens sykehusreform – fellesløsning i endring, nr 12/01.

Melberg, Hans O. (2009): Why is there such a gap between health expenditures and outcomes in Norway compared to Finland? Working paper (10)2009. University of Oslo. http://www.hero.uio.no/publicat/2009/2009_10.pdf, (01.06.2010)

Midtun, Linda (2007): SAMDATA, Private spesialisthelsetjenester: utvikling og geografiske forskjeller. Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006, 3/07, http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/Sektorrapport_somatikk_2006/Rapport%203-07_Kap_4_Private_spesialisthelsetj-utvikling_og_geografiske_forskjeller.pdf, (20.03.2010).

Narayanan, V.G. og Raman, Ananth (2004): Aligning incentives in supply chains, Harvard Business Review, 01.2004, s 94-102.

NHH- siluetten, 01-2007: Helseøkonomi, <http://nhh.no/no/om-nhh/nhh-bulletin/2007.aspx>, (28.04.2010)

Pedersen, Marit (2007): SAMDATA , Effektivitetsutvikling 2003-2006. Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006, 3/07, <http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/SAMDATA-2006/Sektorrapport-Somatisk-spesialisthelsetjeneste-2006/Effektivitetsutvikling-2003-2006/>, (20.03.2010).

Jonassens, Rune N. (200): Foretaksreform, ledelse og intern informasjonsflyt i helseforetakene. ATM-serie, nr. 12 2008, http://www.polis.no/Publikasjonsserien/ATM-serie%2012-2008_RNJ.pdf (15.06.2010).

Skjøld, Monica J. (2009): Mellom profesjon og reform - Om fremveksten og implementering av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen. Handelshøyskolen BI -Institutt for ledelse og organisasjon, nr. 2/2009, [http://web.bi.no/forskning/papers.nsf/349b2672a809db42c1256e620044a25f/abf47d2c5b7b0778c12575eb0034c872/\\$FILE/2009-02-skjold-johansen-del-I.pdf](http://web.bi.no/forskning/papers.nsf/349b2672a809db42c1256e620044a25f/abf47d2c5b7b0778c12575eb0034c872/$FILE/2009-02-skjold-johansen-del-I.pdf) (11.06.2010).

SMN- rapport (2001): Diagnostikk med ultralydi primærhelsetjeneste, nr 4/2001, <http://www.helse-bergen.no/NR/rdonlyres/eo2xqyjb3bifrbcmxmzrkfyr6jc5r2acdkxq5pvqwkujwqbjyjetdi7x6ah57oic6rien34htl7kyb/Rapport402.pdf>, (15.06.2010).

Stabell , Charles B. og Fjeldstad, Øystein D. (1998): Configuring value for competitive advantage: On chains, shops, and Networks. Strategic Management Journal, Vol. 19, s. 413–437, http://www.agbuscenter.ifas.ufl.edu/5188/miscellaneous/configuring_value.pdf, (07.06.2010).

Tirole, Jean og Aghion, Philippe, 1994. Normal and real Authority in Organizations. Working papers 94- 13. Massachusetts Institute of Technology (MIT), Department of Economics.

Vareide P.K. (2001): Sykehusreformen – et hamskifte i styring av helsetjenester. SINTEF rapport STF78. Trondheim: SINTEF Unimed, 2001.

Øgar, P. (2001): Statlige sykehus – hva så? Tidsskrift for Den norske legeforening, nr 18, 10. august 2001, http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=370606, (25.01.2010)

Internettkilder:

Amesto (2009): Viktig med klar strategi for outsourcing, Outsourcingmagasinet nr 6-2009, <http://www.amesto.no/getfile.php/FELLES/Filer/Outsourcing%20Magasin/Artikler/OutsourcingMagasinet%20nr.%206%20-%20%202009.pdf>, (15.06.2010).

Dagens IT (2009): Spår prisfall på opptil 20 prosent, (24.03.2009), <http://www.dagensit.no/bransje/article1636979.ece> , (15.02.2010).

Farbot, Audun (2009), Norsk helsevesen dårligere enn antatt, forskning.no <http://www.forskning.no/artikler/2009/mai/221178>, (15.03.2010).

Health Consumer Powerhouse: Press release. Brussel, 28. September 2008, <http://www.healthpowerhouse.com/files/Norway.pdf>

Helse- og Omsorgsdepartementet, <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod.html?id=421> , (15.01.2010).

Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 1997: 2: Pasienten først!, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-2/6/7.html?id=342806> , (30.01.2010).

Helse- og Omsorgsdepartementet, NOU 2005: 3: Fra stykkevis til helt, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03/9/1/7.html?id=373458> , (30.01.2010).

Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 2005: 3, Fra stykkevis til helt, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03/6/7.html?id=373407>, (30.01.2010).

Helse og omsorgsdepartementet, NOU 2003:1, Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten,

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2003/nou-2003-1/4/5.html?id=453877>
(10.06.2010).

Konkurransetilsynet (2003): Høringsuttalelse – Finansiering av speialisthelsetjenetsen, 28.02.2003,
http://www.konkurransetilsynet.no/documents/uttalelser/H2003-26_speialisthelsetjenesten.pdf,
(11.02.2010).

Konkurransetilsynet (2010): Konkurranseloven: Det relevante marked, 15.04.2010,
http://www.konkurransetilsynet.no/Global/Faktaark/RELEVANT_MARKED.pdf, (10.05.2010).

Lovdata: Lov om helsetjenester i kommunene, LOV-1982-11-19-66 ,<http://www.lovdatab.no/all/nl-19821119-066.html>, (20.02.2010).

Lovdata: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61,
<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html>, (20.02.2010).

Lovdata: Lov om årsregnskap m.v. (regnskapsloven). LOV-1998-07-17-56,
<http://www.lovdatab.no/all/nl-19980717-056.html>, (20.02.2010).

NHH Siluetten, nr 1, 2007: Helseøkonomi,
<http://www.nhh.no/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2FFiles%2FFiler%2FNHH+Bulletin%2Fsilhuetten-1-07.pdf>, (15.04.2010).

OECD (2009): Health at a Glance,
http://www.oecd.org/document/23/0,3343,en_2649_37407_44216846_1_1_1_1,00.html,
(07.06.2010).

Rønningen og Hanssen, (2008): DRG forum 28. 02. 2008:
www.drgforum.no/.../drgforum/.../Hanssen_DRG_og_ISF_for_somatisk_poliklinisk_virksomhet.pdf, (20.02.2010).

SAMDATA på nett (2008): Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten.

<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Nokkeltall-for-spesialisthelsetjenesten-2008/Ressursutnyttelse/Somatikk/Private-sykehus/>, (18.04.2010).

Statistisk sentralbyrå: Spesialisthelsetjenesten – StatRes. http://www.ssb.no/helse_statres/, (15.01.2010).

Velferdstinget (2005), VT-sak 72/05, http://org.ntnu.no/vt/moter_og_saker/sakspapirer/2005/2005-72,%20SiT%20Omorganisering.doc (23.03.2010).

Vestre Viken HF (2010): Gjenåpning av fødetilbudet ved Kongsberg sykehus. 15.04.2010.

http://www.blefjellsykehus.no/modules/module_123/proxy.asp?iInfold=4178&iCategoryId=193&iDisplayType=2, (01.06.2010)

Totalitet: Outsourcing eller gjøre selv – er *det* spørsmålet?,

<http://www.totalitet.no/Totalitet/Artikler/outs.htm>, (10.02.2010)

TV2 - nyhetene (2010): Kongsberg sykehus stenger føden etter at barn døde. 29.01.2010:

<http://www.tv2nyhetene.no/innenriks/helse/kongsberg-sykehus-stenger-foeden-etter-at-barn-doede-3122199.html>, (29.01.2010).

Forelesningsnotater

Fjell, Kenneth (2009): Forelesningsnotater i faget BUS 438: Strategisk outsourcing og franchising.

Birkeland, Sigbjørn (2008): Forelesningsnotater i faget SAM 463: Eksperimentell økonomi.

Avisartikler

Bergens Tidende, torsdag 22 April 2010: "skruer ned varmen for å spare penger". Forfatter: Kjersti Mjør, Marianne Bårdsgjernde. Foto: Odd Nerbø.

Bergens Tidende, søndag 2. mai 2010: "Billigst best i Helse Vest RHF". Forfatter: Ingvild Rugland.

Dagens NæringslivN 3. mai 2010: "Vi trenger byråkratene". Forfatter: Jan Grund.

Dagens Næringsliv 24.mars.2010: "Helse – lær av USA!". Forfatter: Kjerstin Fyllingen, Konserndirektør i Trygg Vesta.

Rogalands Avis. Tirsdag 6. April 2010: "Motivasjon for helseledelse". Fofatter: Arne Helseth (AP). Helse og Omsorgskomiteen. Stortinget.

Stavanger Aftenblad, tirsdag 23 februar 2010. Del 1, side 14: "SUS får rekordstraff". Forfatter: Margunn Ueland.

Stavanger Aftenblad, onsdag 24 februar 2010. Del 3, side 2-3: "SUS sliter med å få tak i spesialister". Forfatter: Odd Rune Askeland. Foto: Jon Ingemundsen.

Annet

Helse Sør-Øst RHF (2010): Årlig melding 2009, 4. mars 2010 .

Helse Sør-Øst (2009): Årlig melding 2008, 26. februar 2009.

Helse Sør-Øst RHF (200??): Rammeavtale mellom de regioanel helseforetak og norsk psykologforening om spesialpraksis i klinisk psykologi, www.helse-sorost.no/stream_file.asp?iEntityId=4737.

Helse Vest RHF (2008): Årsrapport 2008.

Helse Vest RHF (2010): Hese i vest, økonomi og kostnadeseffektivitet. Nr 1, 2010.

Vedlegg 1: Spørreskjema

Undersøkelse av sykehustjenester i Norge

Dette er en spørreundersøkelse i forbindelse med masterutredning ved Norges Handelshøyskole, NHH.

Masterutredningen skal belyse organisering av sykehustjenester i Norge.

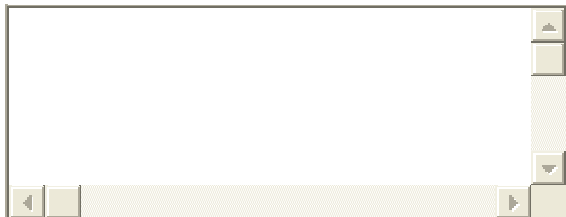
Jeg vil skjule min identitet

1) Hvilken helseregion representerer foretaket

- Helse Vest RHF
- Helse Sør-Øst
- Helse Midt-Norge
- Helse Nord RHF

Kjerneaktiviteten er foretakets primæraktivitet. Det er aktivitet som foretaket utfører bedre og billigere enn andre foretak.

2) Hva er datterforetaks kjerneaktivitet(er)?



Uavhengige tjenestetilbydere er aktører utenfor helseforetaket som tilbyr tjenester til helseforetaket

3) Bestiller helseforetaket tjenester av uavhengige tjenestetilbydere?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Bestiller helseforetaket tjenester av uavhengige tjenestetilbydere? - Ja

4) Hvordan organiserer helseforetaket bestilling av tjenester?

- Organisering via datterforetak
- Åpen anbudsrunde
- Forhandlinger
- Annet, spesifiser her

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Bestiller helseforetaket tjenester av uavhengige tjenestetilbydere? - Ja

5) Hvilke tjenester bestilles av uavhengige aktører?

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Bestiller helseforetaket tjenester av uavhengige tjenestetilbydere? - Ja

6) Hvorfor bestiller helseforetaket tjenester av uavhengige tilbydere?

- Mangel på medisinsk spesialisering
- Samle volum
- Besparelser i lagerhold
- Redusere intern konkurranse om ressurser
- Bedre ressursfordeling
- Redusere mangelfull innsats
- Annet, spesifiser her

7) Hvilke konsekvenser mener helseforetaket bruk av uavhengige tjenestetilbydere medfører?

- Kostnader ved koordinering av tjenester
- Deling av sensitiv informasjon med tilbyder
- Kostnader ved kontrakforhandlinger
- Kostnader ved kontroll av kontrakt
- Redusert fleksibilitet ved kontraktfestede avtaler
- Ingen
- Annet, spesifiser her

8) Hvordan vurderes følgende faktorer ved bestilling av tjenester fra uavhengige tilbydere? Ranger alle fra 1 til 5 hvor 5 er viktigst.

	1	2	3	4	5
Politikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venteliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostnader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Hvordan påvirkes helseforetakets drift ved bestilling av tjenester fra uavhengige tilbydere?

- Økt fokus på kjernevirksomhet
- Bevisstgjøring av kvalitet
- Bevisstgjøring av kostnader
- Lettere å endre utilfredsstillende forhold
- Redusert kontroll av drift
- Annet, spesifiser her

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Bestiller helseforetaket tjenester av uavhengige tjenestetilbydere? - Ja

10) Hva er normal kontraktslengde mellom helseforetaket og uavhengige tjenestetilbydere?

- Under 1 år
- 1-5 år
- 6-10 år
- Over 10 år
- Det varierer

11) Hvordan vurderes følgende faktorer ved kontrakt med uavhengige tjenestetilbydere? Ranger alle fra 1-5 hvor 5 er viktigst.

	1	2	3	4	5
Fleksibilitet for begge parter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klare rammevilkår for begge parter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skape incentiver for tjenestetilbyder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sikkerhet for bestiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sikkerhet for tjenestetilbyder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Kan kontrakt med uavhengige tjenestetilbydere gjøre det dyrt og/eller tidkrevende å bytte tilbyder?

- Ja
 - Nei
 - Vet ikke
-

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Kan kontrakt med uavhengige tjenestetilbydere gjøre det dyrt og/eller tidkrevende å bytte tilbyder? - Ja

13) Hvorfor kan bytte av tilbyder være vanskelig?

- Det investeres i utstyr spesifikt for relasjon med tilbyder
 - Det investeres i kunnskap spesifikt for relasjon med tilbyder
 - Det investeres i lokaler i nærhet av tilbyder
 - Annet, spesifiser her
-

14) Vurderes antall kvalifiserte leverandører før bestilling av tjenester fra uavhengige tilbydere?

- Ja
 - Til en viss grad
 - Nei
 - Vet ikke
-

15) Vurderes pris på tjenester før bestilling fra uavhengige tilbydere?

- Ja
 - Til en viss grad
 - Nei
 - Vet ikke
-

16) Har helseforetaket kontrakt med avtalespesialist(er)?

- Ja
 - Nei
 - Vet ikke
-

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:
Har helseforetaket kontrakt med avtalespesialist(er)? - Ja

17) Hvorfor inngås avtale med avtalespesialist(er)?

- Sikre stabilitet i tilbud
 - Sikre kvalitet i tilbud
 - Redusere kostnader
 - Annet, spesifiser her
-

Langsiktige avtaleforhold innebærer kontraktslende over 5 år.

18) Hvilke konsekvenser mener helseforetaket langsiktige avtaleforhold kan medføre?

- Gir svake incentiver for tjenestetilbyder
 - Gir redusert fleksibilitet for bestiller
 - Krever forhandlinger og reforhandlinger
 - Vet ikke
 - Annet, spesifiser her
-

Herlof Nilssen – Administrerende direktør, Helse Vest RHF. 16. april 2010.

Nilssen mener det er økt fokus på økonomi i kjølvannet av sykehusreformen, men dog at fokus på kvalitet ikke svekkes. Han påpeker imidlertid at sørge for- ansvaret ligger til grunn for enhver vurdering regionale helseforetak tar.

Sørge for- ansvaret

Man skal kunne gi gode og likeverdige tilbud. Dette er en plikt uansett hvordan de ulike RHF velger å organisere sine helsetjenester. Lovregulerte plikter samt politiske føringer er med på å påvirke og styre dette i "riktig" retning.

Vertikal grense

Helse Vest RHF har en vesentlig del av sine tjenester ute blant private aktører, også somatiske helsetjenester. Helse Vest RHF går igjennom stab og støttefunksjoner, ser hvor potensial for optimalisering av drift foreligger, men dog er kvalitet hovedfokus. Helse Vest RHF benytter både private ideelle og private kommersielle aktører. Ett viktig fokus er i følge Nilssen at kvalitet går foran pris.

Kostnader og insentiver

Det vil alltid kunne være problemer knyttet til samkjøring av insentiver, men Nilssen påpeker at outsourcing neppe vil nulle ut dette problemet. Økonomiske insentiver kan skape problemer. Men samtidig har det vist seg at økonomiske incentiver resulterer i at flere pasienter blir behandlet. Derfor er det ingen løsning å redusere det økonomiske insentivet.

Stordriftsfordeler/ ulemper

Nilssen uttaler at det er per i dag et begrenset marked av spesialister, og her tydeligvis ligger problemet med bemanning og spesialisert kompetanse. Private må hente bemanning fra det offentlige. Derfor er ikke outsourcing løsning på problemet. Det blir bare å flytte på kompetansen. Dersom de private ikke tilbyr et al.ternativ vil spesialistene være innenfor RHF.

På den annen side eksisterer jo de private. En mulig løsning i følge Nilssen vil være å prøve å samle kompetansen. Men man må huske at RHF skal ha et vidt spekter av tjenester, noe som ikke er nødvendig for private aktører.

Jo bedre tilbud man har dess flere vil etterspørre tjenester. Et derfor ikke nødvendigvis en løsning å benytte flere private og således gi et større tilbud. Herlof Nilssen mener derfor at outsourcing ikke nødvendigvis kan avhjelpe køproblemer.

Nilssen trekker frem eksempelet med snorkeoperasjoner. Ingen studier viser at slike operasjoner gir noen effekt. Helse Vest RHF har derfor fjernet al.le økonomiske insentiver ved slike operasjoner for å redusere aktiviteten.

Kontrakter og transaksjonskostnader

Helse Vest RHF er en stor organisasjon hvor det er vanskelig å peke på eksakte transaksjonskostnader. Nilssen påpeker RHF's forhandlingsmakt overfor de private aktørene på markedet. RHF definerer hva de vil ha, og setter føringer deretter. De private kan komme med tilbud, men har svært liten makt i forhandlinger. RHF ser først på kvalitet, og rangerer så likeverdige kandidater basert på pris.

De private foretar relasjonsspesifikke investeringer, dette gjør ikke RHF i noen særlig grad. Dette henger sammen med Helse Vest RHF's forhandlingsmakt og størrelse. Definerer bare hva de trenger, og legger ut for anbud.

Interne enheter konkurrer ikke med de private, og Nilssen viser til at de organiseres ikke via datterforetak men benytter anbudskonkurransen dersom helsetjenester skal outsources. Helse Vest RHF benytter åpen anbudskonkurransen, noe som tilsier at det må gjennomføres organisatoriske tilpasninger på mange nivå, ikke minst må det sikres et organisatorisk og regnskapsmessig skille mellom interne konkurranseutsatte og interne skjermede enheter. Videre må det introduseres et mye skarpere organisatorisk skille mellom bestillende enhet på RHF nivå og utførende enheter på HF

nivå enn det som er tilfelle i dag. Det er imidlertid god grunn til å tro at det vil ta tid før det blir aktuelt med åpen anbudskonkurranse for alle deler av spesialisthelsetjenesten.

Sist, men ikke minst er det lite hensiktsmessig med konkurranseutsetting så lenge den etablerte tenkingen er å se på hva man har av kapasitet internt før man bestemmer seg for hva som skal produseres eksternt. Å la interne enheter så konkurrere er meningsløst.

Helse Vest RHF representert av Herlof Nilssen konstaterer at benchmarking ikke benyttes i de regionale helseforetakene. Videre forklares det at ingen av de regionale helseforetakene benytter verktøy som tillater systematisk sammenstilling av relativ kostnadseffektivitet. Dermed kan man heller ikke være sikker på at man utnytter samfunnets ressurser på en kostnadseffektiv måte. Det arbeides riktig nok med dette, men det pekes også på betydelige utfordringer med å tilrettelegge et datagrunnlag som tillater slike sammenstillinger.

Avtalespesialister

Disse avtalene er historisk betinget. Det var ingen skriftlige avtaler før 2002! Nå har imidlertid alle skriftlige avtaler. Dette vil per dags dato være typisk enmannsforetak. Avtalespesialistene jobber rimelig effektivt, men kanskje ikke der behovet er som størst. Dette er nok mye grunnet de historisk betingede avtalene. Nilssen viser til at det ikke er en lett sak å styre disse avtalene, og at det er ønskelig fra Helse Vest RHF's side med kortere avtaleperiode, men at det er lite som kan gjøres.

Sørge for- ansvar

Helse Midt- Norge RHF outsourcer helsetjenester for å gi publikum et al.ternativ og være et korrektiv til egen virksomhet, uttaler Tessem. sørge for- ansvaret ligger til grunn for slike vurderinger. Han påpeker imidlertid at effektivitet og lønnsomhet ikke blir vurdert strategisk.

Grad av outsourcing fra RHF

I følge Tessem outsourcer Helse Midt- Norge RHF alle typer varer og tjenester til private aktører. Han refererer til at det respektive regionale helseforetaket bruker 28,5 % til anskaffelse, men at når det kommer til helsetjenester spesifisert er tallet bare 4 %. Med andre ord er dette lite utbredt. Derimot peker Tessem videre på at det er politikerne som til en viss grad legger føringer for drift av sykehus i dag.

Kontraktsforhold med private tjenestetilbydere

Tessem peker på at lov og forskrift om offentlige anskaffelser danner grunnlag i anskaffelsesprosessen hvor private tilbydere konkurrerer om å tilby en tjeneste for RHF. RHF sin makt ligger i å gjøre et godt forarbeid. I selve forhandlingene har private aktører makt uttaler Tessem videre.

Det vises videre til at 4 år med muligheter til prolongering er vanlig kontraktslengde. Flexibilitet er dermed viktig ved kontrakter på 4 år, ettersom markedet skifter hele tiden.

Kostnader/ utfordringer ved kontrakt med private tjenestetilbydere

I følge Tessem har alle faser ved kontrakt med private aktører kostnader. I forhandlingsfasen, reforhandlingsfasen kreves menneskelige ressurser – personer som har ulik kompetanse. Oppfølgingsfasen vil kreve ressurser til å bearbeide data, samt gjøre revisjon.

Det er imidlertid også krevende å utforme kontrakter som gjør at en får ønsket atferd samt kan kontrollere kontrakten/leveransen innenfor en fornuftig bruk av ressurser.

Outsourcing skaper med andre ord kostnader i form av oppfølging av kontrakter samt få private og offentlige aktører til å samarbeide om en ønsker det følge Tessem. En anskaffelsesprosess er i følge Tessem blitt så krevende at en ofte ser seg om etter "innom hus" løsninger.

På den annen side benyttes private aktører som en benchmark, slik at fordelene med outsourcing til disse klart er til stede. Private aktører har vist nye måter å behandle på, nye behandlingsforløpsom kan bedre behandlingstilbudet.

Tessem påpeker at det er viktig å bevare konkurransen innenfor det private markedet. Da bør det være muligheter for flere aktører, men at det kan oppstå styringsmessige utfordringer ved lange kontrakter, slik som eksempelvis avtaler med avtalespesialister.

Sørge for- ansvar

Helse Nord RHF Norge RHF outsourcer i følge Vorland ikke for å supplere egen virksomhet, men bruker private der de leverer gode, rimelige tjenester som vi trenger, som for eksempel innen rus.

Vorland påpeker imidlertid at dette er nok spesielt innenfor støttefunksjoner hvor det nå kjører et stort mulighetsstudie for å se om det lønner seg å outsource eller drive tjenestene selv.

Kontrakt med private tjenestetilbydere

I følge Vorland har Helse Nord RHF- Norge RHF har avtaler med private drivere innen rus for 63 mill pr. år, opptreningsinstitusjoner ca 160 mill, private røntgen og laboratorium for noe over 20 millioner, samt litt småplukk her og der.

Det påpekes imidlertid at som en stor aktør må det respektive RHF være seg bevisst at ikke overkjører andre aktører både ved avtaleinngåelser eller andre forhold som samarbeid og lignende. Hvorvidt vi lykkes må nesten andre svare på i følge Vorland.

I begynnelsen av sykehusreformen inngikk Helse Nord RHF- Norge RHF kontrakter av kort varighet, noe som skapte store problemer for aktører som måtte foreta investeringer for å kunne delta i anbud eller på andre måter å oppfylle kontrakter. Vi har gradvis økt kontraktslengdene. Nå er kontraktslengdene litt varierende, men ofte 2+1+1 år, men det er avtaler som vi nå skal inngå som muligens vil være av lengre varighet opplyser Vorland videre.

Kontroll og oppfølging av kontrakt

Det er en omstendelig prosess med tanke på kontroll av kontrakter i følge Vorland, kanskje spesielt i forbindelse med anbud. Helse Nord- Norge RHF bruker stort sett egne folk med økonomer og jurist. Av og til bes det i følge Vorland om second opinion av eksterne jurister.

I følge Vorland har det respektive RHF etter hvert fått svært god kompetanse på å utforme fullstendige kontrakter, slik at dette ikke er å anse som problemfylt. Anbudsprosessen er derimot svært firkantet og kontrakten må settes opp etter anbudet. Når selve gjennomføringen iverksettes

prøver vi å være fleksibel og Vorland påstår videre dette også er oppfatningen av de private aktører som benyttes.

Kostnader og utfordringer ved kontrakt med private tjenestetilbydere

Helse Nord RHF- Norge RHF uttaler at relativt sett er deres andel av private tjenester liten, og kostnadene forbundet med koordinering svært små.

Det kan derimot være interessekonflikter av faglig art innad i RHF organiseringen hvor personer i RHFet/HFene svært gjerne vil beholde faglige tilbud selv og ikke overlate dem til private aktører. Vorland ser ikke noen andre interessekonflikter av noen betydning.

Vorland uttaler videre at Helse Nord RHF- Norge RHF har et stort fokus på effektivitet og kostnader, men sammenligningen er nok sterkere med andre offentlige sykehus enn de private. Derimot holder Helse Nord RHF- Norge på med en mulighetsstudie og der er benchmark et nyttig verktøy. Det drives også utstrakt benchmark mellom deres sykehus og på enkeltfelter også prissammenlikninger mellom dem og private aktører.

På spørsmål hvorvidt politikerne legger for mye/ lite styring på drift av sykehus i Norge i dag, uttaler Vorland at det er rimelig balansert styring, men oppmerksomheten fra politikerne går mye fra sak til sak. I styringslinjen har vi i prinsippet bare statsråden, samt politikere i styrene til Helse Nord RHF- Norge RHF.

Så langt har det gått relativt greit med livslange avtaler med avtalespesialister i følge Vorland. Derimot er det et problem dersom RHFet ønsker å flytte en praksis geografisk. Dette gjøres ved første ledighet i hjemmelen, eventuelt nyoppretter en hjemmel.

Helse Nord RHF- Norge RHF har problemer med å besette noen spesialiteter så som psykiatere, generelle kirurger, psykologspesialister og enkelte andre spesialiteter, og har av den grunn egne rekrutteringsprogram for en rekke spesialiteter med god effekt, et generelt rekrutteringsprogram for Finnmark for legespesialister samt at de har avtaler med utleiebyrå både hva angår legespesialister og sykepleiere. Helse Nord RHF- Norge RHF setter nå i gang en stor utredning om hvilken kompetanse som trengs og hvordan RHFet skal få fatt i den frem til 2020. I følge Vorland har Helse Nord RHF- Norge ansatt egen utdanningskoordinator for å drive rekrutteringsprogrammene deres og bruker mye midler til programmene.

Sørge for- ansvar

Det benyttes private leverandører i første omgang for å støtte opp om sørge for- ansvaret som RHF besitter. Likevel er det økonomiske vurderinger bak både i forhold til kvalitet og den enkelte tjenestetilbyders evne til å levere. Skumsnes påpeker at det eksempelvis inngås det ikke kontrakter med aktører som er underfinansiert eller ikke kan vise til en økonomisk levedyktig drift. Pris/kostnad avgjør sammen med kvalitet valg og prioritering (rangering ved parallelle tildelinger) i konkurransene. Privates mulighet for stordriftsfordel innenfor visse tjenester vurderes også for enkelte områder - dette påpeker Skumsnes gjenspeiles i tilbyderens enhetsprisning.

Fokus på økonomi i helsesektor har alltid vært høy i følge Skumsnes, men han tror ikke kjøp av helsetjenester har skapt mindre eller større fokus.

Kontrakt med private tjenestetilbydere

Kontraktslengde med private tilbydere er normalt 4 år, og Skumsnes henviser videre til lov om offentlige anskaffelser.

Skumsnes opplyser om at private ideelle har egne styrever og står utenfor styringsstrukturen men behandles for øvrig som helseforetak dette vil si at de tildeles et sørge for- ansvar og finansiere etter samme modell som helseforetakene, og deltar ikke i anbudskonkurranser sammen private kommersielle sykehus.

Eystein Hauge - Medisinsk direktør i Teres Medical Group og styreformann PRISYS. Bergen Kirurgiske Sykehus. 27. april 2010

Teres Medical Group har i overkant av ti privatklinikker i Norge, Danmark og Sverige. Teres Medical Group er 100 % eier av klinikkene, men stiller som krav at det reinvesteres i morselskapet.

Bergen Kirurgiske sykehus inngår i Teres gruppen og utgjør, i følge Hauge, ett duopol i dagens privatmarked for helsetjenester, da sammen med Aleris Helse.

Bruk av private tjenestetilbydere

Innen somatiske helsetjenester går 6 % av omsetningen fra offentlige aktører til privat markedet. Dette er i følge Hauge en nedadgående trend, og viser til at offentlige institusjoner kjøper færre helsetjenester fra private aktører etter sykehusreformen i 2002.

Dette til tross har Helse Vest RHF økt sine kjøp av private tilbydere fra året før, per 2010. men dersom man ser på utviklingen fra 2005 kan dette i følge Hauge neppe være den store økningen å skryte av.

Teres og Aleris utgjør ett slags duopol i dagens privatmarked. Kan dermed bruke mer forhandlingsmakt. Mindre sykehus som Ulriksdal taper anbuds konkurranser mye pga liten grad av stordriftsfordeler. Teres har også økt forhandlingsmakt med leverandører i forhold til mindre aktører.

Kontrakter med Regionale Helseforetak

BKS og Teres gruppen inngår normalt toårs kontrakter med Helse Vest RHF. Slike kontrakter har normalt ett års ensidig, fra RHF, forlengelse. Slike forlengelser blir informert om rett i forkant av kontraktens utløp. I følge Hauge er dette råttent av RHF, rammebetingelsene burde ikke endres på i så stor grad.

Med tanke på dagens prissystem, og ettersom dette er ett såpass rigid system vil det ikke være optimalt med lange kontrakter per i dag. Hauge refererer til at man tross alt skal kunne bygge opp ett fagmiljø, og dette er vanskelig dersom utvidelse og forlengelse av kontraktsforhold skjer i den grad det gjøres i dag.

Likevel vil det være ønskelig med lengre kontrakter dersom slike prisforhold og rammeavtalene opprettholdes fra RHF side i større grad. Hauge viser til at det da kunne blitt tilbudt bedre produkter for pasientene. Fleksibilitet med tanke på pris over lengre tid er derimot ønskelig.

Kontroll og oppfølging

Helse Vest RHF sjekker ikke kvalitet ved private aktører gjennom anbudsprosesser sier Hauge. Det er videre ikke eksterne som sjekker kvalitet hos private aktører ved tildeling av kontrakter.

I følge Hauge sier regionale helseforetak at de driver en del tid og kostnader på kontroll og oppfølging, mens dette ikke er dog ikke Hauge og Teres gruppens synspunkt. Det kommer kanskje en jurist en gang i året for å slå seg ned ta en kaffe og "sjekke". Dette er ikke godt nok sier Hauge, som ønsker et økt fokus på kvaliteten hos de private aktørene.

Hauge viser til at det samtidig ikke er lett å kvantifisere kvalitet i anbudskonkurranser. I følge Hauge prøvde Helse Sør- Øst RHF å kvantifisere kvalitet med ulike matriser, men hva som ble beskrevet og måten man beskrev virksomheten, var det som avgjorde god kvalitet mot mindre god kvalitet. Kvalitet ble scoret høyt dersom "god skolestil".

Påvirkningskraft og fremtidsønsker

Bestiller dokumentene til RHF legger føringer for en økt bruk av private aktører dette året. Dette uttaler Hauge at følgelig er positivt. Køene øker, så det er ingen grunn til å *ikke* bruke private for å avhjelpe kapasitetsproblemer.

BKS, Teres og Hauge ønsker mer fokus, alà Danmark, hvor pasienten velger hvem de vil til, uavhengig av kontrakter med RHF. Men dog at sykehus og klinikker skal være godkjent av staten. Private må derimot få ett økt valg blant private aktører.

Hauge peker at utdelingen av anbudsoppdrag er på marginale produkter. Hauge vil ha lik pris på lik behandling, men at de private må få en økt mulighet til å delta i konkurransen om pasienter. Hauge viser videre til at dersom dette hadde vært tilfelle ville tilbudet til pasienter bedres. Samfunnsmessig vil det være en gevinst dersom det ble rettet mer fokus på kvalitet i norsk helsevesen. Operasjonstid kan gå ned som følger av økt spesialisering, og kapasitetsraten synker. Dermed kan sykehus ta flere pasienter, og rehabiliteringstiden går ned for pasienten som følger av spesialisert lege

Hauge peker på at det videre ikke er slik at private aktører tar spesialister fra det offentlige, det er større grad motsatt tilfelle- at offentlige tar fra private. Offentlige er store enheter, noe som videre fører til mye byråkrati, i følge Hauge. Han mener det er ingen økonomiske incentiver, noe som kan eksemplifiseres ved at offentlige leger stryker operasjoner fordi det er sent på dagen etc. Hauge mener Helse Vest RHF hadde vært tjent med å benytte spesialister fra Bergen Kirurgiske Sykehus, BKS.

Aleris Helse er et landsomfattende helse – og omsorgsforetak med virksomheter innen blant annet helse og sykehusdrift.

Kontrakter med Regionale Helseforetak

Gundersen forklarer at kontrakter som inngås med RHF er hovedsaklig innen kirurgi. Offentlige antar DRG poeng og antall pasientbehandling og setter deretter ut til private aktører. Aleris har kontrakt med alle helseregionene. Helse Vest RHF har avtaler med Aleris særlig med tanke på øye- og ryggkirurgi, mens Helse Sør- Øst RHF outsourcer til Aleris innenfor de fleste helsetjenester som blir satt ut på anbud.

Kontraktsforhold

RHF har helt klart forhandlingsmakt ved avtaleinngåelser med private tilbydere av helsetjenester. Ved anbudskonkurranser er det RHFenes prinsipper som gjelder, og det er de som bestemmer. Gundersen viser imidlertid at private aktører kan komme med innspill, men disse blitt lite tatt hensyn til og vektlagt.

Gundersen viser i tillegg til at private tar alt som blir lagt ut på anbud, private skummer ikke fløten som det ofte har blitt uttalt i media. Det er frie markedskrefter som styrer, tilbud og etterspørsel slik at prisen kommer ikke lengre ned enn den er nå. Private tilbydere underbyr hverandre påpeker Gundersen videre. Det vil i så fall være et alternativ å redusere kvaliteten til fordel for pris, men dette er ikke aktuelt! Er heller ikke mulig da private stadig er i søkelyset i ulike media.

Tradisjonen tilsier at det har vært og er som regel 2 års kontrakter. Nå tenderer det mer mot 2- 3 år.

Gundersen tror imidlertid ikke at lengre kontrakter vil bedre effektiviteten. Aleris har god økonomi, men lengre kontrakter vil ikke påvirke kvaliteten isolert sett.

Gundersen og Aleris ønsker lengre kontrakter, og uttaler videre at dette er et generelt ønske for private. Derimot er ulempene dersom man taper en anbudskonkurranse vil det derimot gå lengre tid

før kan delta på ny- dette er ikke ønskelig. Dermed synes Aleris 3-4 år er optimalt, men viser til at muligens konkurrenter av dem vil ønske kontrakter opp mot en ti års periode.

Når det er kortere avtaler er det enklere å komme inn i kampen om anbud mener Gundersen. Dermed vil det bli mer konkurranse. Samtidig er det mindre "sikkerhet" ved korte avtaler pga hyppigere forhandlinger/nye anbud. Imidlertid forstår Gundersen at for små aktører kan derfor lengre avtaler bedre deres konkurransesituasjon.

Relasjonsspesifikke investering og muligheter for skvis

I følge Gundersen foretas det investeringer spesifikke for relasjonen av private tilbydere, men på grunn av korte avtaler er avskrivingsramme også kort. Dette kan være tøft for både Aleris og andre tilbydere presiseres det.

I følge Gundersen er det ikke en generell bekymring med tanke på skvis og opportunistisk adferd i bransjen generelt. Det dukker ikke opp nye elementer under en kontraktsperiode.

Anbudsprosesser

Det er et tak på hvor mange operasjoner private kan gjøre. Gitt antall mange operasjoner er lov. Operasjoner skal justeres over året. I følge Gundersen bygger det seg derfor opp vente lister også her. Dog er det god økonomi for de ulike RHF å kjøpe operasjoner fra private. Det er mer kostnadseffektivt å kjøpe fra private. Dette påpeker Gundersen er på grunn av statlige rammer for økonomien for offentlige sykehus. Offentlige har rammefinansiering + stykkpris. Private har mindre stykkpris (kostnader).

Effektivitet

Gundersen uttaler at Aleris Helse og private aktører generelt sett er helt klart mer effektive enn offentlige sykehus, samtidig at det er rom for mer effektivisering blant offentlige sykehus. Fordelene er at så og si alle har stykkpris, dette gir insitament til mer effektivitet. Nesten alle kirurger på private markedet er også i offentlig. Effektiviteten påvirkes også av søkelyset da det ofte passes på at det ikke skal gå på bekostning av kvaliteten.

Leger kan drive med behandling og ikke masse annet administrativt. Fjerner prosesser som stjeler tid og ressurser.

Gundersen ville gjerne ha økt kvotene som gis til private aktører dersom hun fikk endret noe ved dagens system. Hun viser til at 200 000 nordmenn er til enhver tid i operasjonskø. Dette kan det private i større grad ta seg av.

Private aktører har også et bedre kvalitetsfokus enn hva RHF har mener Gundersen. Private jobber med kvaliteten til enhver tid. Dette gjør også at Aleris er heldig å få tildelt nye kontrakter med RHF påpeker hun videre.