



NORGES HANDELSHØYSKOLE

Bergen, våren 2012

Hvordan offentlige anbudskontrakter påvirker strategiske beslutninger i private sykehus

Selvstendig utredning i masterstudiet i økonomi og administrasjon

Hovedprofil strategi og ledelse

Anne-Elin Hanebrekke

Veileder: Professor Arent Greve

"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 inntår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet."

Sammendrag

Utredningen søker å gi innsikt i hvordan offentlige anbudskontrakter påvirker strategiske beslutninger i private sykehus. Med utgangspunkt i institusjonell teori belyses dynamikken og søker å forklare mekanismene for hvordan private sykehus tilpasser seg og handler, og hvilke vurderinger som ligger bak valget om å være med i konkurransen om anbudskontrakter eller ikke. Utredningen er basert på en kvalitativ studie hvor det er gjort intervju med representanter fra de regionale helseforetakene og ledere i private sykehus.

Forskningsstudien begrenser seg til å se på kirurgiske anbudskontrakter som tildeles private kommersielle sykehus. Studien inkluderer mindre frittstående aktører og større aktører som er del av en kjedevirksomhet, private sykehus som har anbudskontrakter og private sykehus som enten bevisst har valgt å ikke være med i konkurranse om anbudskontrakter eller er blitt utkonkurrert, dette for å belyse flere aspekt ved problemstillingen.

Anbudskontrakter legger noen institusjonelle rammer som har konsekvenser og driver mye av tilpasningen i private sykehus. De private sykehusene er sterkt profesjonsdrevet, hvilket legger en standard for virksomheten, samtidig står de ovenfor krav og forventninger i omgivelsene som har betydning for hvordan de tilpasser seg og handler. De private sykehusene angir at strategiske hensyn og taktikk har større betydning for ønsket om å være med i konkurranse om anbudskontrakter enn rene økonomiske hensikter. Anbudsprosessen, hvilke krav som stilles til de private sykehusene og utforming av anbudskontraktene variere noe i de enkelte regionale helseforetakene. Tildelingskriterier som pris, kvalitet og tilgjengelighet vektlegges i ulik grad grunnet geografiske forskjeller, konkurranseforhold etc., hvor pris ofte blir avgjørende for hvem som får tildelt kontrakten. Hvilket resulterer i sterk priskonkurranse og små marginer på de offentlige avtalene. I tillegg sees utfordringer ved kortvarige kontrakter og usikkert volum som gir dårlig planleggingsgrunnlag, hvilket gjør at de tilstreber å gjøre seg mindre avhengige av offentlige anbudskontrakter.

Forord

Arbeidet med denne masterutredningen har vært en prosess, en spennende og utfordrende læringsprosess, en reise fylt med glede, frustrasjon, inspirasjon, tilfredsstillelse og hardt arbeid. Men fremfor alt har det som anestesisykepleier med flere års erfaring fra offentlig helsevesen vært interessant å få nærmere innsikt i kompleksiteten i det norske helsevesenet og økt forståelse for hvordan anbudskontrakter fungerer, hvordan representanter fra de regionale helseforetakene på den ene siden og ledere i private sykehus på den andre siden tenker og handler.

Utredningen søker å redegjøre for kompleksiteten i samspillet mellom de regionale helseforetakene og de private kommersielle sykehusene. Av det følger at det finnes flere årsakssammenhenger og forklarende faktorer som påvirker hvordan de private sykehusene tilpasser seg. Kompleksiteten fordrer at jeg har avdekket flest mulig relevante forhold som kan gi økt innsikt og forståelse for det spesifikke forskningsspørsmålet. Det poengteres at utredningen representerer min tolkning av empiriske forskningsdata, hvilket ikke må sees som uttømmende.

Jeg er takknemlig for dem som har støttet meg underveis gjennom fem flott år på NHH og i arbeidet med denne utredningen. En stor takk til dem som har vist interesse for min forskningsstudie, venner, familie og ikke minst min veileder professor Arent Greve som har vært et nødvendig korrektiv og en flott støttespiller for nyttige innspill og kommentarer.

Videre vil jeg takke Eystein Hauge, medisinsk direktør i Teres Medical Group for nyttig informasjon og innføring i institusjonelle forhold, spesielt i starten når ting var litt uoversiktlig.

Bergen, Juni 2012

Anne-Elin Hanebrekke

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLING	1
1.2	AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING.....	2
1.3	STRUKTUR - DISPOSISJON.....	2
2	TIDLIGERE FORSKNING OG VALG AV TEORETISK REFERANSERAMME.....	3
2.1	LITTERATUR GJENNOMGANG.....	3
2.2	BESKRIVELSE AV INSTITUSJONELLE FORHOLD	3
2.2.1	<i>Spesialisthelsetjenesten, regionale helseforetak og privat sykehusvirksomhet</i>	<i>3</i>
2.2.2	<i>Private kommersielle sykehus</i>	<i>5</i>
3	TEORETISK TILNÆRMING	8
3.1	INSTITUSJONELL TEORI.....	9
3.1.1	<i>Den regulative pilaren.....</i>	<i>10</i>
3.1.2	<i>Den normative pilaren.....</i>	<i>11</i>
3.1.3	<i>Den kognitive pilaren.....</i>	<i>12</i>
3.2	PROFESJONER SOM INSTITUSJONELLE MIDLER.....	13
3.3	LEGITIMITET.....	15
3.3.1	<i>Kontinuitet versus troverdighet</i>	<i>16</i>
3.3.2	<i>Passiv versus aktiv støtte.....</i>	<i>17</i>
3.3.3	<i>Strategisk og institusjonell tilnærming til legitimitet.....</i>	<i>17</i>
3.3.4	<i>Pragmatisk legitimitet.....</i>	<i>20</i>
3.3.5	<i>Moralsk/legal legitimitet</i>	<i>20</i>
3.3.6	<i>Kognitiv legitimitet</i>	<i>21</i>
3.3.7	<i>Interaksjon mellom ulike typer legitimitet.....</i>	<i>22</i>
3.4	ISOMORFISME.....	22
3.5	STRATEGIER RETTET MOT INSTITUSJONELLE OMGIVELSER	23
3.5.1	<i>Etablere legitimitet</i>	<i>23</i>
3.5.2	<i>Vedlikeholde legitimitet</i>	<i>26</i>
3.5.3	<i>Reparere legitimitet.....</i>	<i>27</i>
3.6	RASJONALITET.....	29
3.7	BEGRENSNINGER I TEORI.....	31
3.8	BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEORI.....	32
4	ANALYSEMODELL OG ANTAKELSER	34
5	METODISK TILNÆRMING	37
5.1	FORSKNINGSDESIGN	37
5.1.1	<i>Variabeldefinisjoner, målemodeller og operasjonaliseringer.....</i>	<i>38</i>
5.2	FORSKNINGSMETODE	41
5.2.1	<i>Kvalitativ metode.....</i>	<i>41</i>
5.2.2	<i>Normer for å besvare empiriske problemstillinger</i>	<i>42</i>
5.3	ETISKE UTFORDRINGER I FORSKNINGSTUDIEN	43
5.4	MIN POSISJON I FORSKERROLLEN	44
5.5	RESPONDENTER OG UTVALGETS OMFANG.....	45
5.6	DATAINNSAMLING	45
5.6.1	<i>Utforming av intervjuguide</i>	<i>45</i>
5.6.2	<i>Intervjuprosessen.....</i>	<i>46</i>
5.7	GYLDIGHET AV FORSKNINGSRISULTAT	48
5.7.1	<i>Validitet</i>	<i>48</i>
5.7.2	<i>Reliabilitet</i>	<i>49</i>

5.8	METODE FOR ANALYSE AV EMPIRISKE DATA	49
5.8.1	<i>Transkribering av intervju</i>	49
5.8.2	<i>Analyse og presentasjon av kvalitative data</i>	50
6	PRESENTASJON AV EMPIRISKE DATA	52
6.1	EMPIRISKE FORSKNINGSDATA FRA DE REGIONALE HELSEFORETAKENE (RHF).....	52
6.1.1	<i>Opplevelse knyttet til anskaffelser av helsetjenester fra private aktører</i>	53
6.1.2	<i>Kvalifikasjons- og tildelingskriterier</i>	54
6.1.3	<i>Pris versus kvalitet</i>	54
6.1.4	<i>Opplevde utfordringer knyttet til anbudskontrakter</i>	55
6.1.5	<i>Forbedringspotensialer</i>	56
6.2	EMPIRISKE FORSKNINGSDATA FRA PRIVATE SYKEHUS	57
6.2.1	<i>Vurderinger knyttet til valget om å være med i konkurransen om anbudskontrakter</i>	58
6.2.2	<i>Opplevelse knyttet til å levere tjeneste til det offentlige</i>	59
6.2.3	<i>Forhold knyttet til pris versus kvalitet</i>	63
6.2.4	<i>Private aktørers innflytelse på samfunnet og omgivelsene</i>	65
6.2.5	<i>Forhold som har betydning for hvordan omgivelsen oppfater private sykehus</i>	66
6.2.6	<i>Hvordan private aktører opplever å opptre i det kommersielle markedet</i>	67
7	DISKUSJON & ANALYSE	70
7.1	ANBUDSKONTRAKTER OG PRIVATE SYKEHUS INNENFOR INSTITUSJONELLE RAMMER.....	70
7.1.1	IMPLIKASJONER AV REGULATIVE FORHOLD.....	71
7.1.2	<i>Implikasjoner av normative forhold</i>	75
7.1.3	<i>Implikasjoner av kulturelle–kognitive forhold</i>	77
7.2	FORHOLDET MELLOM RHF OG PRIVATE AKTØRER	78
7.3	OPPLEVELSE KNYTTET TIL PRIS – KVALITET – EFFEKTIVITET - PRODUKTIVITET	82
7.4	DEN MEDISINSKE PROFESJONEN SOM INSTITUSJONELLE MIDLER	85
7.5	HVORDAN PRIVATE SYKEHUS FORHOLDER SEG TIL OMGIVELSENE OG LEGITIMITET	86
7.6	ISOMORFISME I PRIVAT SYKEHUS MARKED.....	94
7.7	STREBEN ETTER RASJONALITET I PRIVATE SYKEHUS.....	95
8	KONKLUSJON	97
	REFERANSER	I
	VEDLEGG	I
	VEDLEGG 1 INTERVJUGUIDE PRIVATE SYKEHUS.....	I
	VEDLEGG 2 INTERVJUGUIDE RHF	IV
	VEDLEGG 3 INFORMERT SAMTYKKE	VI
	VEDLEGG 4 MELDESKJEMA NSD.....	VII
	VEDLEGG 5 KONKURRANSEGRUNNLAG HELSE MIDT-NORGE	XII
	VEDLEGG 6 AVKLARINGSNOTAT HELSE MIDT-NORGE	XX
	VEDLEGG 7 KONKURRANSEGRUNNLAG HELSE VEST	XXII

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Private kommersielle sykehus har de siste par tiårene i større grad tatt posisjon i markedet for kirurgiske helsetjenester. Sykehusreformen i 2001/2002 hvor staten overtok eieransvaret for de offentlig sykehusene la føringer for at de regionale helseforetakene i kraft av lov om spesialisthelsetjenester, som et supplement for å oppfylle sine forpliktelser knyttet til å sikre spesialisthelsetjenester til befolkningen i regionen, kunne kjøpe helsetjenester fra private aktører. Dette gav de private sykehusene mulighet til å tjene gode penger, hvilket resulterte i mye nyetablering i bransjen. Endrede politiske føringer la noen begrensninger på bruken av anskaffelse fra private kommersielle aktører, kombinert med økt antall private aktører opplevde bransjen hardere tider som resulterte i sammenslåing og oppkjøp. I dag fremstår bransjen med et par tre store dominerende aktører i kjedevirksomheter og flere mindre frittstående aktører. Det private sykehusmarkedet består av tre kommersielle markeder med henholdsvis privatbetalende pasienter, forsikringspasienter og pasienter i offentlige avtaler.

Det offentlige helsevesenet gjør per i dag kirurgiske anskaffelser fra private sykehus svarende til 4-500 millioner kroner per år, organisert gjennom anbudskontrakter, regulert i lov om offentlige anskaffelser. Betingelsene er ikke lenger like lukrative, aktørene opplever en sterk priskonkurrans og en rekke forhold gjør offentlige avtaler mindre forutsigbare. Private sykehus som velger å være med i konkurrans om anbudskontrakter står ovenfor flere forhold som har implikasjoner på drift, inntjeningsgrunnlag og strategiske beslutninger.

Privatisering av helsetjenester er av samfunnsinteresse og et tema som med jevne mellomrom omtales i media. Hvilke utfordringer de private aktørene står ovenfor belyses derimot sjelden, lover og regler legger premisser for hvordan de private aktøren tilpasser seg og handler. Utredningen forsøker å gi noen svar på hvilke vurderinger de private sykehusene gjør i forhold til muligheter og utfordringer knyttet til konkurrans om anbudskontrakter, hvilke implikasjoner det har for virksomhetens totale kommersielle hensikt, omgivelsene etc. Utredningen synes være tidsaktuell og relevant i dagens helse-Norge. Eksempelvis holdt arbeidsgiverforeningen Spekter tidligere i år et seminar hvor de satte søkelyset på at offentlige helseforetak og private leverandører av helsetjenester er gjensidig avhengig av hverandre, og

at de bør samarbeide tettere for å løse utfordringene i helse-Norge i framtiden (Spekter 11.01.2012).

1.2 Avgrensning av problemstilling

Utredningen fokuser på hvilke vurderinger private kommersielle sykehus gjør i forhold til å være med i konkurranse om anbudskontrakter, hvilke muligheter og utfordringer de ser og videre hvordan dette påvirker deres tilpasning og handlinger. Problemstillingen formuleres slik;

«Hvordan offentlige anbudskontrakter påvirker strategiske beslutninger i private sykehus»

Utredningen begrenses til å omhandle anskaffelser av kirurgiske helsetjenester fra private kommersielle sykehus med sykehuskonsesjon. Forskningsstudien gjøres blant utvalgte ledere med beslutningsansvar i private sykehus. Det søkes å avdekke om det er noen fellestrekk ved private sykehus som velger å være med i konkurransen om anbudskontrakter. Er det sykehus med tilgjengelig utstyr og personell som har ledig kapasitet som søker anbud eller er det private sykehus som har solid inntekt fra annen privat virksomhet som søker anbudskontrakt av andre årsaker. Videre tilstrebes det å skape en forståelse av om det er noen fordeler knyttet til å være med i konkurranse om anbudskontrakter. Den empirisk forskningsstudien bør kunne gi en viss forståelse av dette.

1.3 Struktur - disposisjon

Utredningen er delt inn i 8 kapitler, i tillegg kommer referanser og vedlegg.

Kapittel 2 beskriver tidligere forskning, institusjonelle forhold og teoretisk referanseramme

Kapittel 3 redegjør for teoretisk tilnærming

Kapittel 4 redegjør for analysemodell og antakelser

Kapittel 5 redegjør for metodisk tilnærming

Kapittel 6 presenterer empiriske forskningsresultat

Kapittel 7 presenterer analyse og diskusjon av empiriske funn

Kapittel 8 presenterer konklusjon, angir begrensninger i forskningsstudien og mulige fremtidige studier.

2 Tidligere forskning og valg av teoretisk referanseramme

Her beskrives litteratur søk, institusjonelle forhold og videre redegjøres det for en teoretiske tilnærmingen ved institusjonell teori.

2.1 Litteratur gjennomgang

I søken etter relevant litteratur har jeg i hovedsak benyttet NHH bibliotekets søkemotorer som BIBSYS, Bora etc. Ettersom en rekke regulatoriske forhold legger føringer for bruk av offentlige anbudskontrakter har det vært nødvendig å benytte offentlig nettsider for å sikre nøyaktig og oppdatert informasjon. Videre har jeg benyttet de regionale helseforetakenes nettsider som bakgrunnsinformasjon om deres virksomhet, samt anerkjente nettsider som SINTEF. Litteraturen skal si noe om kontekst, men trenger ikke nødvendigvis å støtte antagelser, slike funn må belyses og kan bidra til å gi dybde i forskningsstudien (Saunders et al., 2009). Forskningstemaet er umodent, hvilket innebærer at det finnes lite kunnskap og teori som går direkte på forskningstemaet. Det finnes noe generell litteratur om anbud, men lite som går spesifikt på spesialisthelsetjenesten, her vil empiriske data danne grunnlag for å kunne si noe om hvilke overveielser og tenkemåter som er sentrale, samt avdekke årsakssammenhenger. Utfordringen har vært å finne relevant forskning og studier som ligger såpass nært opptil forskningsspørsmålet at jeg har kunnet dra paralleller. Det har vært nødvendig å være seg bevisst virksomhetskarakteristika ved bransjen som utgjør en forskjell fra litteratur som allerede finnes på området. Kristel Stene ved Universitetet i Bergen har skrevet et masteroppgave i samfunnsøkonomi i 2008, om anbud for kirurgiske tjenester. Hun så inngående på de regionale helseforetakene sine anbud for private kirurgiske tjenester, hvor hovedfokuset var kostnadseffektivitet og få mest mulig ut av hver helse krone, det refereres noe til denne hvor de synes hensiktsmessig.

2.2 Beskrivelse av institusjonelle forhold

Her beskrives institusjonelle forhold, og det redegjøres for kompleksiteten i samspillet mellom de regionale helseforetakene og de private sykehusene. En rekke relevante forhold knyttet til kirurgiske anbudskontrakter beskrives, samt nødvendige begrepsavklaringer.

2.2.1 Spesialisthelsetjenesten, regionale helseforetak og privat sykehusvirksomhet

Det har vært en rekke omorganiseringer i spesialist helsetjenesten det siste tiåret, hvor målet har vært å skape et bedre og mer helhetlig helsetilbud for den norske befolkning. I sykehusreformen 2001/2002 overtok staten eieransvar for de offentlige sykehusene jfr. lov om helseforetak (regjeringen nr.1). Det ble etablert fem regionale helseforetak med ansvar for å planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten: Helse Sør, Helse Øst, Helse Vest, Helse

midt-Norge og Helse Nord. I 2007 ble Helse Øst og Helse Sør slått sammen til Helse Sør-Øst, det innebærer at det i dag er fire regionale helseforetak (regjeringen nr.3). Etter lov om helseforetak, ot.prp. nr 66 (2000-2001) (lovdata 2) har de regionale helseforetakene to hovedoppgaver, et sørge-for-ansvar og et eieransvar. De regionale helseforetakene, heretter kalt RHF, er eiere av sykehus og skal opptre som eiere ovenfor de lokale helseforetakene, men de har også et sørge-for-ansvar ovenfor befolkningen i helseregion som innbefatter en plikt til å sikre befolkningen spesialisthelsetjenester, ikke nødvendigvis bare ved hjelp av egne sykehus, jfr. lov om helseforetak (lovdata 2). Noe av debatten går på hvordan de regionale helseforetakene klarer å ivareta de to rollene. Kritikken går på at de regionale helseforetakene mer og mer opptre som eiere og i for liten grad tenker på sitt sørge-for-ansvar, hvor for mye fokus ligger på egen virksomhet i stedet for å benytte seg i større grad av private aktører. RHF benytter i ulik grad mulighet til å kjøpe kirurgiske helsetjenester hos private aktører. Det er ikke en standard verken for utforming av anbudskontrakter eller for hvilke kvalifikasjons eller tildelingskriterier som skal kunne nyttes. De enkelte RHF gjør en avveining knyttet til pris, kvalitet og tilgjengelighet. Hva som legges ut på anbud, type inngrep og omfang varierer også. Likeledes har det variert hvordan de ulike RHF har betalt de private aktørene, men det synes som de fleste har gått bort fra en omstridt DRG finansiering til mer gjennomsnittlig stykkprisordning, grunnet at DRG var svært uforutsigbare da takstene kunne endres to ganger per år.

Med offentlige anbud menes offentlige anskaffelser som er regulert i Lov om offentlige anskaffelser (lovdata 2) og tilhørende foreskrift (lovdata3), som etter §1 (lovdata 2) har til formål å bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser. Foreskriften får anvendelse på tildeling av offentlige kontrakter om levering av varer, tjenester etc. Det innebærer at aktører konkurrerer om kontrakter på en offentlig arena, der myndigheter definerer og overvåker spilleregler, hvor RHF har all forhandlingsmakt.

En SNF-rapport (Andersen et al., 2006) for konkurransetilsynet belyser hvordan konkurransen i spesialisthelsetjenesten fungerer, og omtaler det som et svært komplekst samspill, av hensyn til utredningens omfang belyses ikke dette nærmere. Heller ikke politiske eller økonomiske utfordringer og konsekvenser av å velge produksjon via anbudskontrakter fremfor ordinær tjenesteproduksjon slik vi kjenner det i tradisjonell offentlig helsevesen vil bli belyst ytterligere. SNF-rapporten (Andersen et al., 2006) definerer egenskaper ved

spesialisthelsetjenesten som omfattende, med en sammensatt og kompleks verdikjede av tjenester der det er ulike former for komplementaritet og tjenestekompleksitet.

Det er foretatt en del endringer siden RHF første gang startet med anskaffelser av helsetjenester fra private aktører i 2002. De har gjort seg noen erfaringer og det tyder på at de strammer til vilkårene i avtalene, sett fra de private aktørene sin side. RHF på sin side ønsker å kjøpe tilfredsstillende tjenester til lavest mulig pris etter en helhetsvurdering av det mest økonomisk fordelaktige tilbudet. Praksis viser at pris ofte blir avgjørende for hvem som får anbudskontrakten. Det gir incentiver til spekulasjon og dumping av pris for å sikre seg en kontrakt, prisdumping er riktignok ulovlig etter konkurranseloven, og angir pris under kostnad. Noen velger å dele opp anbudet i typer inngrep, praksis viser at dette har noen potensielle problem (Stene, 2008).

RHF uttrykker at de er fornøyd med konkurransesituasjonen og at antall tilbydere er relativt høyt. Men at redusert antall tilbydere i de siste anbudskonkurranser, horisontal integrasjon med konsolidering og kjededannelse i markedet, samt stordriftsfordeler kan tyde på at det blir vanskeligere for mindre aktører å konkurrere mot de større aktørene. Stene (2008) antyder at dagens ordning ikke er optimal, og angir at dersom det er sterke synergier mellom tjenester kan det være gunstig med spesielle tilpasninger og koordineringer mellom budgiverne for å komme frem til en optimal allokering av tjenestene (Stene, 2008).

2.2.2 Private kommersielle sykehus

Private sykehus kan i utgangspunktet være både kommersielle og ideelle sykehus. I utredningen sees det kun på anskaffelser av kirurgiske helsetjenester fra private kommersielle sykehus, hvilket er relativt kortvarige kontrakter, som er ment å være et supplement i tillegg til egne sykehus, for at RHF skal kunne ivareta sitt sørge-for-ansvar. Det kommersielle markedet består av selvbetalende pasienter, helseforsikrings pasienter og et marked med offentlige anbudskontrakter.

Lov om helseforetak, ot.prp. nr 66 (2000-2001), 4.1 (regjeringen 2) angir:

«Det foreslås at de regionale helseforetakene skal tillegges ansvaret for å sørge for nødvendig spesialisthelsetjeneste m.m. til befolkningen i sin region. For å kunne ivareta dette ansvaret, kan et regionalt helseforetak enten yte tjenestene selv gjennom sine egne virksomheter, eller kjøpe dem fra andre offentlige tjenesteytere, eller fra private tjenesteytere»

Sykehusreformen 2001/2001 (regjeringen 1) med lov om helseforetak (lovdata 2) gav nye inntekts muligheter for de private sykehusene. I 2003 var en foreløpig høyde for offentlige

anskaffelser av kirurgiske helsetjenester på rundt 580 millioner i følge Eystein Hauge, medisinsk direktør i Teres Medical Group. Med et politisk skifte fra borgerlig regjering til rød-grønn Stoltenberg 1. regjering i 2005 kom en innstramning med et politisk ønske om å begrense bruk av tjenester levert av private aktører. Private sykehus hadde tjente gode penger etter sykehusreformen i 2001/2002, det resulterte i mye nyetableringer i bransjen og videre økt konkurransen om anbudskontrakter. Hvilket medførte overkapasitet i bransjen, sterk priskonkurransen og redusert marginen på offentlige avtaler. I ettertid har en sett en bølge av konsolidering i bransjen som følge av tøffere konkurranse på færre oppdrag og derav svakere økonomi. Motivasjonen for konsolidering er i følge Hauge tradisjonelle stordriftsfordeler og fordeler ved at de blir mindre sårbare, da større enhet enklere kan differensiere risikoen. Når en velger å samle klinikker med litt ulik profil og som gjør litt forskjellige ting gir det eksempelvis flere kirurger å spille på. Videre er det fordeler knyttet til marketing og innkjøp ved å gå sammen. I dag står en ovenfor et par tre store kjede virksomheter og noen mindre frittstående aktører innenfor markedet for private sykehus. De store kjedevirksomhetene legger beslag på størsteparten av de offentlige avtalene, flere mindre private aktører har enten bevisst valgt å ikke være med i konkurranse om anbudskontrakter eller blitt utkonkurrert av store aktører.

Private aktører påtar seg en viss risiko, bindingskostnader og uforutsigbarhet når de inngår anbudskontrakter, samt konsekvenser knyttet til å ikke få fornyet anbud etter utløpt kontraktsperiode (Robertsen, 1999). Private aktører uttrykker frustrasjon knyttet til hvordan anbudskonkurransen praktiseres og understreker ulemper ved dårlig forutsigbarhet. Kontraktsperioder er ofte bare på ett år, maksimalt to år med mulighet for forlengelse i ett år av gangen i inntil to år, hvilket gir dårlig planleggingsgrunnlag og uttrykke ansettelsesforhold for personalet tilknyttet private sykehus (Forum for offentlig anskaffelser nr 3, 2010). I tillegg varierer volumet og type kontrakter fra en anbudsperiode til neste. Type anbud, det vil si hvilke kirurgiske inngrep og behandling det offentlige har behov for å kjøpe fra private aktører er avhengig av hvor køene av ventelistepasienter er størst. Ulike typer inngrep krever ulikt utstyr og muligens også annet medisinsk personell. Dette skaper en *trade off* for de private aktørene, en avveining mellom å investere i kostbart utstyr og risikoen ved å ikke få forlenget kontrakt etter avtaleperioden, den alternative anvendelse verdien av utstyret kan være lav ettersom det ofte er spesialutstyr. Det er også knyttet usikkerhet til tildeling av anbudsavtale. Ved tildeling etter *det økonomisk mest fordelaktige tilbudet* gis det mulighet for å ta i betraktning alternative tilbud, hvilket innebærer at det gis rom for avveining mellom

pris, kvalitet og tilgjengelighet. Dette skaper en *trade off* mellom produksjon, effektivitet og pasientsikkerhet, men det er nødvendigvis ikke bare pris som er avgjørende ved anbud på kirurgiske tjenester som innbefatter menneskers liv og helse.

En rekke år har PRISY vert en samlende fellesorganisasjon for private sykehus i Norge med sykehuskonsesjon. De har primært jobbet for å etablere konkurransedyktige betingelser i forhold til de offentlige sykehusene. De private sykehusene mener å ha spilt en viktig rolle for å korte ned ventelistene, men når helse køene er redusert fornyes ikke avtalen. PRISY jobber primært overfor politikere, myndigheter og media. I følge Hauge, som sitter i styret i PRISY, synes det som PRISY sin rolle er blitt endret og svekket de siste årene. Den konsolideringen som har vært i bransjen har gjort at en har fått et par store dominerende aktører, som til en viss grad har ment at de er vel så godt tjent med å sette sin egen agenda. I tillegg er de mindre aktører i tvil om de har nytte av å være sammen med de store. Dette har skapt et noe anstrengt klima og medlemmene har ikke lenger nødvendigvis sammenfallende interesser. Dette har gjort at PRISY må revurdere sin nåværende form.

3 Teoretisk tilnærming

I utredningen benyttes institusjonell teori som rammeverk for å forklare dynamikken mellom offentlige anbudskontrakter og hvordan de private sykehusene tilpasser seg og handler. Institusjonell teori retter fokus mot organisasjonen og hvordan den tilpasser seg omgivelsene, samtidig som den fanger opp viktige begreper og ideer på tvers av fagområder (Busch et al., 2010). Sykehus er komplekse organisasjoner, på grunn av varierende struktur, misjon og eierforhold, og er interessant i studier av organisasjoner (Mick & Wyttenbach, 2003). Private sykehus som organisasjon står overfor et sterkt ytre press i forhold til sin rolle som leverandør av helsetjenester, og er i stor grad avhengige av legitimitet i samfunnet for å overleve i det kommersielle markedet. Fra et strategisk ståsted refererer legitimitet til en måte organisasjoner bruker symbol for å oppnå støtte i omgivelsene (Mick & Wyttenbach, 2003). Et institusjonelt perspektiv angir en friere holdning og legger vekt på dynamiske kulturelle effekter som genererer virkninger utover en organisasjons målrettede kontroll (DiMaggio & Powell, 1983; Scott, 1992; Meyer & Scott, 1993; Powell & DiMaggio, 1991; Zucker, 1987, i Mick & Wyttenbach (2003)). Knyttet til anbudskontrakter er de institusjonelle omgivelser til private sykehus på mange måter todelt. De private sykehusene har et valg om de ønsker å være med i konkurranse om anbudskontrakter. Dersom de velger å være med i konkurranse om anbudskontrakter, fordrer det at de oppfylle krav og forventninger til befolkningen knyttet til service, kvalitet og tilgjengelighet, samtidig som de står ovenfor krav fra RHF knyttet til å oppfylle kravspesifikasjoner og reguleringer i anbudskontrakter. Private sykehus står i tillegg til kortsiktige, og noe uforutsigbare anbudskontrakter, ovenfor et fragmentert kundemarked av selvbetalende pasienter, forsikringspasienter og eventuelt offentlige pasienter gjennom anbudskontrakter, hvilket angir noen ulike institusjonelle rammer å forholde seg til. Det er avgjørende at omgivelsene oppfatter virksomheten i private sykehus som ønskelig, forsvarlig og hensiktsmessig for å sikre pasienttilstrømning og således kunne opprettholde sin posisjon i markedet. Motstridende krefter knyttet til økte reguleringer og markeds konkurranse utgjør nye miljømessige begrensninger for sykehusene. Det kreves lavere kostnader og høyere kvalitet på helsetjenestene, eller i det minste mer verdi ut av gitte ressurser (Mick & Wyttenbach, 2003). Et institusjonelt teoretisk perspektiv synes anvendelig for å forklare hvordan de private sykehusene balanserer ulike hensyn og tilpasser seg institusjonelle rammer i samfunn og reguleringer. Den fremtredende begrunnelsen for hvordan institusjonelle forhold legger rammene for dynamikken presenteres i følgende avsnitt.

3.1 Institusjonell teori

Litteraturen skiller ofte mellom ny og gammel institusjonell teori. Ny institusjonell teori fokuserer på å skape en forståelsesramme ved å studere hvordan ting fungerer, gammel institusjonell teori derimot er opptatt av hvordan en organiserer det. Richard Scott (2008) beskriver et analytisk rammeverk for dagens institusjonelle teori med tre pilarer, hvilket vil være grunnleggende for min fremstilling av problemstillingen. Hver pilar er viktig, noen ganger vil en av pilarene dominere, men i robuste institusjonelle rammeverk vil de utfylle hverandre. Institusjoner kan defineres som:

«Institutions are comprised of regulative, normative and cultural-cognitive elements that, together with associated activities and resources, provide stability and meaning to social life» (Scott, R.W, 2008, s 48).

Definisjonen angir at institusjoner er mangfoldige, slitesterke strukturer basert på symbolske element, sosiale aktiviteter og materielle ressurser. Institusjoner utvikler egenskapene på grunn av dynamikken mellom regulative, normative og kulturelle-kognitive element. Scott (2008) ser på disse elementene som sentrale byggeklosser for institusjonelle strukturer, de skaper dynamikk, påvirker atferd og gir motstand mot endring. Selv om lover, normer og kulturelle kognitive oppfatninger og symbolske system er sentrale element i institusjoner, må det også sees i sammenheng med tilknyttende atferd og materielle ressurser. Et institusjonelt perspektiv gir forsterket oppmerksomhet på symbolske aspekt ved sosial atferden. Regler, normer og meningsoppfatning oppstår og utformes i interaksjon mellom mennesker. For at regler og normer skal være effektive må de støttes av noen med sanksjonsmakt (Scott, 2008). Institusjonene virker kontrollerende og begrensende på aktørers handlinger. Institusjoner er relativt vedvarende, en måte samfunnet organiserer og innretter sosiale regler for menneskelige handlinger (Nyborg, 1998). Selv om institusjonelle elementer som regler, normer og oppfatninger primært er symbolske i sin natur, må de for å være interessante, påvirke sosial atferd, de må kunne reflekteres i aktiviteter, relasjoner og ressurser (Scott, 2008b). Institusjonell teori forsøker å forklare bestanddeler i samfunnet, institusjoner dreier seg om normer, regler og det en tar for gitt (Karlsen, 1999). Selv om institusjoner har til hensikt å sikre stabilitet og orden, endres de gradvis over tid, eller mer revolusjonært (Scott, 2008). Institusjoner kan også sees på som en prosess med institusjonalisering eller deinstitutionalisering (Scott, 2008). Philip Selznick, en av grunnleggerne av institusjonell teori, observerte at organisasjoner forsøkte å tilpasse seg verdiene i de eksterne omgivelsene. Selznick angir et klart skille mellom institusjonelle og tekniske omgivelser, et skille mellom

organisasjoner som rasjonelle verktøy som ivaretar interessentene, og organisasjoner som mer organiske system som tilpasser seg forventninger og krav i omgivelsene. Selznick poengterte at det skjer en institusjonaliseringsprosess, hvor organisasjoner tar opp i seg verdier og normer i omgivelsene, som gir organisasjonene en verdibasert status, en merverdi. Han antyder at institusjonalisering er viktigst for organisasjoner med diffuse mål og uklar teknologi (Busch et al., 2010). Forskere er i økende grad opptatt av hvordan institusjoner endres, ikke bare hvordan de oppstår og opprettholdes. Det eksisterer ulikheter i hvordan forskere definerer og forklarer institusjoner. Jeg legger vekt på Scotts tre pilarer som rammeverk for utredningen. De tre pilarene utgjør eller støtter oppunder institusjoner (Scott, 2008).

3.1.1 Den regulative pilaren

Institusjoner begrenser og regulerer atferd ved utforming av regelverk, kontroll og sanksjonerende tiltak. Den regulative pilaren utmerker seg som fremragende i lovregulering, spesielt økonomer har en tendens til å betrakte institusjoner som om de utelukkende hviler på denne pilaren. Selv om reguleringer angir begrensninger, skaper reguleringer mulighet for sosiale aktører og tiltak, spesifikk makt og unike muligheter for noen aktører. Institusjoner jobber både for å begrense og styrke sosial atferd. Makt, sanksjoner og hensiktsmessige reaksjoner er sentrale element i den regulatoriske pilaren, utformet i regler og lover. Utøving av lover og normer reguleres i overensstemmelse med andre, ved belønning eller straff gjennom mer eller mindre formelle mekanismer (Scott, 2008). Weber (i Scott, 2008) understreker at få regler kun er en tilordning basert på makt, men er et forsøk på å utvikle en tro på dens legitimitet. Mektige aktører kan således påtvinge sin vilje på andre basert på bruk av, eller trusler om sanksjoner. De kan gi incentiver for å sikre etterlevelse av sine interesser. Økonomer understreker kostnadene forbundet med reguleringer. Agentteori vektlegger kostnader og utfordringer knyttet til å overvåke innsats og designe kontrakter med riktige incentiver. Av hensyn til utredningens omfang vil ikke dette bli utledet videre.

Scott (2008) presiserer at noen lover er omstridt og tvetydige og dermed ikke angir klare føringer for hvordan en bør tilpasse seg, hvilket gir rom for skjønnsmessige vurderinger. Institusjoner som støttes av en pilar kan ettersom tiden går og omstendighetene endrer seg opprettholdes av ulike pilarer. Flere faktorer må vurderes for å forstå hvordan regulative institusjoner fungerer og interagerer med andre institusjonelle elementer. Selv om regler utformes for å skape riktige incentiver, med hensiktsmessige sanksjoner vil de kunne ha utilsiktede effekter, overvåkning er påkrevd, men de vil ikke være ufeilbarlige. Symbolske

elementer vil ikke bare påvirke fortolkningen, men også kraftfulle emosjonelle reaksjoner, skapt av møtet mellom de regulative organene i samfunnet og utgjøre en viktig komponent for kraften i dette elementet. Et stabilt system med mer eller mindre formelle lover og regler, støttet av overvåkning og mulighet for sanksjonerende tiltak, er en rådende oppfatning av institusjoner (Scott, 2008). Formelle regler har primært utgangspunkt i offentlige myndigheter, og innebærer lover og reguleringer som organisasjonene må tilpasse seg. Regulative mekanismer bygger på en instrumentell rasjonalitet, og er mål middel orientert. Regulative mekanismer skal bidra til at samfunnet fungerer på best mulig måte (Busch et al., 2010).

3.1.2 Den normative pilaren

Andre teoretikere legger større vekt på betydningen av den normative pilaren som fungerer som obligatoriske evaluerende regler i det sosiale livet. Normative regler inkluderer både verdier og normer. Verdier er oppfatninger av foretrukne eller ønskede standarder for eksisterende struktur og atferd som kan sammenlignes eller vurderes. Normer angir hvordan ting burde gjøres, de definerer lovlige midler for å oppnå det en verdsetter. Normative mekanismer definerer mål eller målsetninger, og angir passende måte å nå målene. Normative mekanismer angir blant annet spilleregler for fair business praksis etc. Noen verdier og normer oppfattes som relevante for alle i samfunnet, mens andre bare gjelder utvalgte aktører eller posisjoner. Å inneha en posisjon angir en rolle som skaper forventninger om hvordan en bør opptre, det er derimot ikke lett å forutse eller predikere normative forventninger.

Fremtredende aktører erfarer gjennom eksternt press hvilke forventninger omgivelsene har til hvordan de bør opptre. Roller kan også utvikles over tid gjennom interaksjon mellom ulike forventninger, og således guide atferd. Trosretning og verdigrunnlag vil kunne påvirke normative forventninger til hvordan ulike aktører bør opptre. Til tross for at oppfatninger om regler favner bredt og inkluderer både kulturelle-kognitive, samt normative mekanismer som regler, prosedyrer, roller, strategier, organisasjonsform etc. er fokuset på sosiale forpliktelser. Scott (2008) understreker at normer kan fremkalle sterke følelser, men at de skiller seg fra emosjonelle forhold ledsaget av overtredelser på lover og reguleringer. For aktører som ønsker å fremstå med eksemplarisk atferd, selvspekt, stolthet og ære vil overtredelse av normer i hovedsak være forbundet med skam og anger, hvilket vil innebære stor grad av selvevaluering. Slike følelsemessige forhold vil gi sterke incentiver til å opptre i overensstemmelse med gjeldende normer. Normative mekanismer vil ha en stabiliserende innflytelse på sosiale oppfatninger og normer, som både er internalisert og pålagt av andre

(Scott, 2008). I sykehus er det spesielt to profesjoner; leger og sykepleiere, som tildels strides om å sette normer og angi profesjonens rolle knyttet til ulike arbeidsdomene. Disse profesjonene vil kunne være i strid med administrative enheter og økonomers måte å etablere mål og midler. Det ligger i medisinske profesjoners natur at det ikke er særlig forskjell mellom privat og offentlig helsevesen, ettersom virksomheten er profesjonsdrevet. Profesjoner som institusjonelle midler omtales nærmere i avsnitt 3.2, samt i diskusjonsdelen.

Den normative pilaren vil typisk være en begrensning på sosial atferd, men samtidig vil normative mekanismer styrke og muliggjøre sosiale aktiviteter ved å angi rettigheter og plikter, samt pålegge ansvar (Scott, 2008). Den normative pilaren inneholder både målsetningene og handlinger som er akseptable for å nå mål. Ved at aktører i organisasjonen tilpasser seg normene vil det virke stabiliserende på organisasjonen ved at atferden blir mer forutsigbar. Dersom normene er i samsvar med normene i samfunnet vil organisasjonen få legitimitet, det kan være varierende legitimitet i ulike grupper i organisasjonen (Nyborg, 1998). Normer og verdier i samfunnet er uskrevne regler som organisasjoner må forholde seg til. Det innbefatter hva som ansees som rett og galt, samt angir retning for hva som oppfattes som etisk og moralsk forsvarlig atferd. Noen sosiale normer er rettet mot hele organisasjonen, mens andre er rettet mot enkelte posisjoner. Organisasjoner utvikler en form for rasjonalitet, hvor de anser det fornuftig å innordne seg etter gjeldende normer. Normativ rasjonalitet internaliseres i organisasjonen og blir en del av organisasjonen. Men normer endres over tid, dette kan gjøre at organisasjoner risikerer å komme i utakt med de institusjonelle omgivelsene, hvilket kan gi svekket legitimitet (Busch et al., 2010).

3.1.3 Den kognitive pilaren

Den kultur-kognitive pilaren fokuserer på sentrale kultur-kognitive elementer ved institusjoner, hvilket innebærer rådende oppfatninger og rammer rundt opplevd sosiale virkelighet. Den kognitive dimensjonen ser på mennesker som et produkt som påvirkes av ytre stimuli og individuelle responser. En samling internaliserte symbolske fremstillinger som gir mening til hvordan den sosiale virkeligheten oppleves. Meningen oppstår, utvikles og opprettholdes i interaksjon med andre. For å forstå eller forklare en handling må en ikke bare ta hensyn til objektive forhold, men også den subjektive tolkningen av handlingen. Den kulturelle dimensjonen fokuserer ikke bare på subjektive oppfatninger, men også på det symbolske system som oppfattes å være objektive, eksterne aktører. Når en snakker om kognitiv kultur elementer ved institusjoner er fokuset på innebygde kulturformer, måter å vedlikeholde, forsterke symbolske elementer. Kulturer beskrives ofte som, et ensartede

systemer med en intern konsistens uavhengig av grupper eller situasjon. Scott (2008) presiserer at det er viktig å erkjenne at den kulturelle oppfatningen svært ofte varierer. Mennesker i samme situasjon kan oppleve situasjonen forskjellig, både med hensyn til hvordan ting er, men også hvordan ting skulle vært. Kulturelle oppfatninger varierer og er ofte omstridt, spesielt i perioder med omstillinger og endringer. Kulturelle-kognitive prinsipper overholdes ofte fordi annen atferd er sosialt utenkelig, rutiner følges fordi de er tatt for gitt. Sosiale roller er gitt en noe annen tolkning i et kulturelt perspektiv enn i et normativt perspektiv. Istedenfor å vektlegge styrken av gjensidig forpliktelse, er kultur perspektivet opptatt av den enkelt type aktør og prosedyrer for handling. Differensierte roller utvikler seg i forhold til den lokale konteksten, preget av rådende praksis og kultur. Det vil variere i hvilken grad systemkrav og kulturelle rammer er pålagt eller vedtatt av den enkelte aktør eller organisasjon. Aktører som tilpasser seg gjeldende kulturelle forventninger vil med større sannsynlighet oppleves kompetente, som en del av fellesskapet, mens de som motsetter seg kulturelle forventninger kan oppleves useriøse. Et kulturelt kognitivt perspektiv er opptatt av institusjoner som et sosialt konstruert felles rammeverk av meninger (Scott, 2008).

Den kognitive pilaren representerer mentale modeller om hvordan organisasjoner skal se ut og oppføre seg, dette bygger på det en tar for gitt (Busch et al., 2010). Mennesker utvikler en felles mening og virkelighetsoppfatning gjennom utvikling av begreper og symboler. De kognitive reglene er så bærende for den sosiale strukturen at den ofte blir oversett (Nyborg, 1998). En organisasjon må ikke bryte med dominerende oppfatninger knyttet til det bildet organisasjonen gir av seg selv, det vil i så fall svekke deres legitimitet (Bush et al., 2010). Organisasjoner bør handle riktig innenfor det som tas for gitt, men fordi disse mekanismene tas for gitt, er de lette å overse. Det er først når organisasjoner bryter med kognitive forventninger at omgivelsens krav blir synlig (Scott, 1995).

3.2 Profesjoner som institusjonelle midler

Scott (2008b) mener det er tid for å utvikle en alternativ modell, en ny agenda i forhold til institusjonell oppfatning og hvilke rolle profesjoner har. Han argumenterer for at vi opplever et sosialt skifte i forhold til profesjoners rolle som ikke uten videre får politisk innflytelse. Scott (2008b) beskriver en institusjonell tilnærming til profesjoners arbeid, og hevder at profesjoner, mer enn noen annen sosial kategori, fungerer som institusjonelle midler, ved å definere, tolke og søke institusjonelle elementer. Profesjoner er de mest innflytelsesrike og tidsriktige håndverkere i institusjoner. Tidligere representerte deres rolle visdom og moralsk

autoritet i kraft av å være intellektuelle, vise menn, i dagens rasjonelle verden gir det mer herredømme og overlegenhet. Tidligere baserte de sin autoritet på besittelse av eksklusivitet, særegen kunnskap, hvilket utgjorde et lukket system med mentalt begrensende tilgang. Dette står i kontrast til dagens suksessfulle profesjonelle system, åpne system av kunnskap, som muliggjør konkurranse og forskyvning mellom yrker. Nyere rammeverk muliggjør legitimeringsprosesser som fremmer endring og innovasjon, som stimulerer konkurranse, og som gir mulighet for progresjon og forbedring (Scott, 2008b). For å forstå profesjoner i et moderne samfunnet må en se på det som en kognitiv evolusjonær utvikling. Utviklingen av en moderne symbolsk teoretisk kultur, definert av en sfære av profesjoner, sosial institusjon, i samspill med individuelle kognitive mekanismer (Donald, 1991, i Scott (2008b)).

Med utgangspunkt i de tre pilarene identifiserer Scott (2008b) tre ulike typer teoretiske kulturer som kan assosieres med profesjoner i moderne samfunn; kulturelle-kognitive midler, normative midler og regulative profesjoner. Kulturelle-kognitive midler representerer et kunnskapssystem hvor ideene er viktige, eksempelvis fysiske lover og medisinsk diagnostiske kategorier. Slike systemer er konstruktive midler for å observere verden, samtidig som det selekterer, kombinerer, forbedrer, rekonstruerer og organiserer våre ideer. Det påpekes at profesjonelle yrker benytter særegne kontroller av egne medlemmer så vel som ovenfor et bredere publikum. Den kollegiale profesjonskontrollen vektlegger kulturelle-kognitive element som ikke stresser mellommenneskelige relasjoner (normative kontroller) eller manipulerer ytre belønninger, men som er avhengig av delte prinsipielle oppfatninger om problemer som må løses (Knorr-Certina, 1999, i Scott (2008b)).

Normative midler angir at profesjoner aktivt søker å konstruere institusjonelle rammer som angir forventninger til individ, grupper og organisasjoner, standard for hva som ansees å være akseptabel handling. De interne kollegiale kontrollene innebærer kontinuerlige evalueringer, normative midler bygget inn i systemet. Profesjoner søker kollektivt å skape innflytelse i eksterne omgivelser (Scott, 2008b). Profesjonelle organisasjoner forsøker å påvirke andres atferd ved å sette standarder, spre prinsipp eller foreslå *benchmarking* for å måle fremgang og for å kunne guide atferd. Argument baserer seg på støtte i forskning eller beste praksis, utviklet i beste interesse eller av hensyn til langtidseffekter for menneskeheten (Brunsson & Jacobsen, 2000; Boli & Thomas, 1999; Drori et al., 2006, i Scott (2008b)). Det normative rammeverket innebærer myke regler, standarder og retningslinjer, mer enn harde juridiske regler forankret i sanksjoner (Mørth, 2004, i Scott (2008b)).

Regulative profesjoner angir at noen profesjoner har privilegert mulighet til å benytte regulatorisk makt, som lovgivende myndigheter, ledere i organisasjoner og virksomheter etc. Det er store forskjeller mellom samfunn og mellom ulike profesjoner. Profesjonene søker statlig støtte til å håndheve juridiske krav, betingelser for å etablere seg eller tilgang for å kunne praktisere. Undergrupper av profesjoner er i stand til å legitimere og legge tvangsmessige krav på et bredere utvalg, både offentlig og privat. Utøving av hierarkisk kontroll over egne medlemmer må være i samsvar med kulturelle-kognitive og normative mekanismer, men er særlig fremtredende ovenfor ekstern offentlighet. Det er der kontrollmakt gir belønning, og eventuell straffen blir større (Scott, 2008b).

Forståelsen av at profesjoners autoritet er basert på muligheten til å opprette og bruke et sett av kultur-kognitive, normative og eller regulatoriske element gir et rammeverk til å arbeide med ulike typer usikkerhet, som ligger i kjernen av et institusjonelt perspektiv. Det eksisterer multiple kontrollmekanismer og måter profesjoner legitimerer autoritet. Profesjonene fyller en rekke roller som institusjonelle agenter, hovedgruppen er kliniske fagfolk som praktiserer profesjonelle prinsipper i problemløsning. Kun en liten undergruppe er kreative profesjonelle, eller rene bærere, formidlere av profesjonskunnskap (Scott, 2008b).

3.3 Legitimitet

Legitimiteten har sentral betydning innenfor institusjonell teori. I motsetning til materielle ressurser eller teknisk informasjon er legitimitet ikke en innsatsfaktor som kan kombineres eller transformeres til å produsere noe nytt og annet output, men en symbolsk verdi som vises på en måte som er synlig for utenforstående (Scott et al., 2000, i Scott (2008)). Organisasjoner krever mer enn materielle ressurser og teknisk informasjon for å overleve og blomstre, de trenger også sosial aksept og troverdighet (Scott, 2008). Legitimitet er den viktigste ressursen for en organisasjon, og er grunnleggende for å skaffe seg øvrige interessenter. For å sikre legitimitet tilpasser organisasjoner seg samfunnsmessige forventninger om hvordan rasjonelle, velfungerende og moderne organisasjoner skal opptre. Hva som oppfattes som riktig tilpasning vil endres over tid (Nyborg, 1998). Organisasjoner tilpasse seg skiftende omgivelser for å oppnå legitimitet, det holder ikke å bare være effektiv. Gjennom formelle og uformelle forventninger fra omgivelsene søker organisasjonen å oppnå legitimitet (Busch et al., 2010). Legitimitet kan defineres som:

«Legitimacy is a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs and definitions» (Suchman, 1995, s 574; Scott 2008 s.59)

Av definisjonen følger at legitimitet er mer en generalisert antagelse enn en situasjonsspesifikk evaluering. Legitimitet representerer en overordnet evaluering av virksomheten, som til en viss grad transenderer uønskede handlinger og gjør virksomheter mer motstandsdyktige mot spesielle hendelser. Legitimitet er en persepsjon eller antagelse, da legitimitet representerer en observasjon av hvordan organisasjonen fremstår. Således har legitimitet en saklig tilnærming, basert på subjektive oppfatninger. Legitimitet er sosialt konstruert, basert på samspillet mellom virksomhetens atferd og felles oppfatninger i en gitt sosial gruppe (Suchman, 1995). En felles meningsoppfatning kan være forskjellig i ulike grupper, og derved gi ulik legitimitet i ulike sosiale grupper (Nyborg, 1998). Et sosialt konstruerte systemet som Suchman refererer til er det institusjonelle rammeverket (Scott, 2008). En organisasjon kan avvike fra enkelt individers verdier, og likevel ha legitimitet, dersom handlingen ikke medfører offentlig misnøye. Organisasjoner søker legitimitet av mange årsaker, i hvilken grad det er viktig for organisasjonen avhenger av formålet. Det er særlig to viktige dimensjoner i denne forbindelse, skillet mellom å forfølge kontinuitet og troverdighet, og skillet mellom å søke passiv og aktiv støtte (Suchman, 1995).

3.3.1 Kontinuitet versus troverdighet

Legitimitet styrker både stabilitet og lesbarhet i en organisasjons virksomhet, og synes ha en gjensidig forsterkende effekt. Organisatorisk atferd fremmer sjelden kontinuitet og troverdighet, eller standhaftighet og mening i seg selv. Legitimitet leder til standhaftighet fordi publikum opplever organisasjonens aktiviteter som ønskelig, forsvarlige eller hensiktsmessige. I den grad legitimitet har forankring i institusjonelle oppfatninger og handlinger, vil legitime organisasjoner nærmest være selvforsterkende og krever ingen kontinuerlig fokus for å mobilisere støtte. Legitimitet utvikles på bakgrunn av organisasjonens hverdagslige aktiviteter. Legitimitet påvirker ikke bare hvordan menneskene i omgivelsene handler, men også hvordan de forstår organisasjonen, knyttet til hva virksomheten driver med og hvorfor. Omgivelsene vil oppfatte en legitim organisasjon som mer verdt, mer meningsfull, mer forutsigbar og mer troverdig, enn organisasjoner som mangler legitimitet for sin virksomhet. Organisasjoner uten legitimitet vil typisk være mer sårbare for påstander om å drive uaktsomt, de vil lettere oppleves irrasjonelle og unødvendige sett fra omgivelsen sin side (Suchman, 1995). Aktiviteter som styrker standhaftighet er ikke alltid identisk med

aktiviteter som styrker mening, derfor mener Suchman (1995) det er nødvendig å skille disse to begrepsmessige dimensjonene fra hverandre. Likevel er kontinuitet og troverdighet gjensidig selvforsterkende. I de fleste organisatoriske sammenhenger vil en felles oppfatning utvikle en rasjonell og menings skapende struktur, fravær av rasjonelle og menings skapende strukturer vil gi adferdsmønster som er mindre stabile og vedvarende (Suchman, 1995).

3.3.2 Passiv versus aktiv støtte

En annen tilnærming til legitimitet ser på skillet mellom i hvilke grad organisasjoner aktivt søker støtte, eller om de passivt ivaretar legitimitet. Dersom en organisasjon kun ønsker legitimitet hos en spesifikk målgruppe vil terskelen for legitimitet være relativt lav. Da er det vanligvis nok at organisasjonen driver forretningsvirksomhet som er i overensstemmelse med enkelte sosiale aktiviteter. Ønsker organisasjonen derimot en bredere publikumsoppslutning vil legitimitetskravene være strengere. Definisjonen skiller mellom legitimitet som kognitiv tatt for gitt oppfatning, og legitimitet som en evolusjonstilnærming. Organisasjoner kan unngå at det stilles spørsmålsteget ved deres virksomhet dersom virksomheten gir mening i omgivelsene. For å skape bekreftende engasjement må virksomheten gi en form for verdi. Mye av eksisterende litteratur kombinerer de to forholdene, tiltross for avvikende implikasjoner for organisasjonene (Suchman, 1995).

3.3.3 Strategisk og institusjonell tilnærming til legitimitet

En strategisk tilnærming angir legitimitet som en operasjonell ressurs som kan gjøre organisasjoner konkurransedyktige i deres kulturelle omgivelser, samt bidrar til å nå virksomhetsmål. I samsvar med et instrumentelt syn, forutsetter strategisk legitimitet høy grad av ledelsemessig kontroll i legitimitetsprosessen. Det pekes på mulige konflikter knyttet til at ledere favoriserer fleksibilitet og anser økonomien for å ha en symbolsk verdi, dette kan stå i motsetning til forhold knyttet til at legitime aktiviteter krever mer substansielle, klare svar. Strategisk legitimitet er målrettet, kalkulert og ofte opposisjonelt (Suchman, 1995). En institusjonell tilnærming angir derimot ikke legitimitet som en operasjonell ressurs, men heller som en oppfatning. Legitimitet er ikke noe organisasjoner enkelt kan trekke ut av sitt kulturelle miljø. Det er de eksterne institusjonene som konstruerer og påvirker organisasjonen og således bestemmer hvordan organisasjoner bygges og utvikles, samt hvordan de oppfattes og evalueres. En institusjonell tilnærming forklarer legitimeringsstrategi ut ifra hvordan organisasjoner opparbeider seg støtte fra bestanddeler som gjør at omgivelsene oppfatter virksomheten som verdifull. En institusjonell tilnærming vil nedtone både den ledelsemessig handlefriheten og interessekonflikter mellom leder og interessegrupper. Lederens beslutninger

er i stor grad konstruert med utgangspunkt i oppfatninger som ansees å være i samsvar med en ønsket målgruppe, hvor beslutningene ofte har en sterk symbolsk verdi. Isteden for å fokusere på strategisk legitimering mot spesifikke organisasjoner, fokuserer en institusjonell tilnærming på å underbygge en kollektiv struktur knyttet til et virksomhetsfelt eller bransje, som for eksempel helsevesen og utdanning (Suchman, 1995).

Skillet mellom symbolske og substansielle bestanddeler blir ubetydelig når en ser det totale bildet og vurderer organisasjoner, ledelse, resultatmål og omgivelsens krav til produkt, samt omgivelsens betydning av å være retningsgivende for institusjonelle kulturelle rammeverk. Forskjeller mellom en strategisk og institusjonell tilnærming dreier seg i stor grad om perspektiver. Et strategisk perspektiv angir ledere som ser ut på omgivelsen, et institusjonelt perspektiv derimot angir et samfunn med fokus inn mot organisasjonen. De ulike perspektivene legger føringer for hvilke legitimitetsmekanismer en ser og hvilke en overser. I den virkelige verden står organisasjoner ovenfor både strategisk operasjonelle utfordringer og institusjonelle påvirkninger. Av det følger at det er viktig å inkludere og belyse begge perspektivene for å gi et helhetlig bilde av hvordan legitimitet etableres og fungerer, legitimitet både som en manipulerende ressurs og som en oppfatning som omgivelsen tar for gitt (Suchman, 1995).

Legitimitet representerer et institusjonelt rammeverk, hvor hver av de tre pilarene gir grunnlag for forskjellige typer legitimitet. I et ressursbasert perspektiv eller sosialnytte tilnærming til organisasjoner, vil legitimitet typisk sees som en hvilken som helst annen ressurs som organisasjonen trekker ut av sitt institusjonelle miljø. I et institusjonelt perspektiv derimot, er ikke legitimitet en eiendom, en råvare en kan besitte eller bytte til seg, men heller en tilstand som reflekterer relevante regler, lover og normativ støtte, som eventuelt er justert for et kulturelt kognitivt rammeverk. Legitimitet fremkaller en andreordens, dypere mening. Institusjonelle aktiviteter utvikles fra atferdsmønstre som gir en felles meningsoppfatning i en sosial gruppe, som har aksept i et kulturelt rammeverk, normer og regler. Legitimitet gir normer verdighet og rettferdiggjør nødvendige institusjonelle handlinger. Ulike typer autoriteter, som blant annet kulturelle og politiske autoriteter, har myndighet til å tildele legitimitet. Hvem disse autoritetene er varierer fra sted og tid. I vår tid er styresmakter, profesjoner og næringsorganisasjoner avgjørende for organisasjoner. Sertifisering og godkjenning av autoritære posisjoner er oftest gode indikatorer på legitimitet. I komplekse settinger kan individer eller organisasjoner bli møtt av konkurrerende maktposisjoner, hvor

aktørene stilles ovenfor motstridende normative krav som vanskeliggjør handling, ettersom det vil undergrave normativ støtte fra andre autoritære posisjoner (Scott, 2008). En organisasjons legitimitet er negativt påvirket av antall uavhengige autoritære posisjoner, samt mangfoldet eller motstridende hensyn knyttet til organisasjonenes virksomhetsområde (Meyer and Scott (1983), i Scott, 2008). Det vil alltid være et spørsmål om hvilke vurderinger som ansees å ha mest betydning for legitimitet. Mange institusjonelle strukturer oppstår og utvikler seg fordi de ansees som hensiktsmessige av befestede autoriteter, selv om legitimiteten fra mindre verdifulle tilhørere utfordres (Scott, 2008). Forhold som samlet sett gir størst sosial makt angir hvilke verdier som gir legitimitet (Stinchcombe (1968), i Scott 2008). Makt har betydning i legitimitetsprosesser som i andre sosiale aktiviteter, men er ikke avgjørende alene. Befestet makt er på lang sikt forbundet med å være overbevisende og å skape sterke forpliktelser (Scott, 2008).

Fra et regelstyrt fokus er legitime organisasjoner etablert og utviklet i overensstemmelse med relevante legale og kvasi legale krav. Et normativt fokus er opptatt av en dypere, moralsk legitimitet basert på oppfatninger. Det er større sannsynlighet for at normative reguleringer internaliseres i organisasjonene enn regulatoriske bestemmelser, ettersom incentivene gir indre, men også ytre belønning. Et kulturelt-kognitivt fokus på legitimitet er opptatt av å handle i samsvar med det som oppfattes som gjeldende referanseramme, dette ansees som det dypeste nivået av legitimitet ettersom det er forankret i hva en tar for gitt. Ulike typer legitimitet kan stå i direkte motsetning til hverandre og skape konflikt, eksempelvis kan profesjoner motiveres til å overholde normative standarder, men avvike fra regulatorisk byråkratisk organisering. I stabile sosiale system sees varig og sterk praksis forankret i hva som tas for gitt, i overensstemmelse med normer og understøttet av autoritær makt. Når de tre pilarene er tilpasset hverandre har de en enorm samlet styrke. Dersom pilarene ikke stemmer overens vil de støtte og motivere til ulike valg og handlinger. Slike situasjoner skaper forvirring og konflikt, hvilket legger forholdene til rette for institusjonell endring (Scott, 2008).

Mer presist skiller institusjonell teori mellom tre typer legitimitet; pragmatisk legitimitet, moralsk/legal legitimitet og kognitiv legitimitet. De ulike typene legitimitet har en generalisert oppfatning eller forutsetning om at organisatoriske aktiviteter er ønskelig, riktig og hensiktsmessig innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, oppfatning og

definisjoner. Hver legitimitets type er likevel forankret i ulike adferdsdynamikk (Suchman, 1995).

3.3.4 Pragmatisk legitimitet

Pragmatisk legitimitet er knyttet til at organisasjoner oppfattes som et nyttig verktøy i samfunnsmaskineriet. Hvilket kan sees som en bytte- og påvirkningsrelasjon, eller en type legitimitet aktørene må gjøre seg fortjent til (Suchman, 1995). Hvilket innebærer at legitimiteten også kan ligge i et nytteperspektiv (Busch et al., 2011). Ved å fremstå som en effektiv produsent av ønsket belønning, kan organisasjonen fremstå som legitim.

Organisasjoner kan skaffe seg legitimitet gjennom høy verdiskapning, dette knytter legitimitetsbegrepet oppimot de tekniske omgivelsene og angir at interessentene vurderer legitimiteten ut ifra en bidrags- belønningsbalanse (Busch et al., 2010). Moderne institusjoner er i økende grad personifiserte organisasjoner som opptrer som autonome, samstemte og moralsk ansvarlige aktører. Bestanddeler som gir legitimitet fordi de oppleves å være i overensstemmelse med egne verdier, hvor organisasjoner fremstår med gode intensjoner, anstendige, tillitsfulle og fornuftige. Organisasjoner kan noen ganger oppleve en ufortjent, naiv positiv evaluering, som kan være spesielt nyttig i motgangstider hvor legitimiteten er truet. Slike pragmatiske hensyn og betraktninger kan like godt inngå i vurderingen av moralsk legitimitet i organisasjonen (Suchman, 1995).

3.3.5 Moralsk/legal legitimitet

Legal legitimitet er opptatt av at organisasjoner følger de lover og regler som er etablert av myndighetene, med den hensikt å være regulerende mekanismer. Legalitetsvurderingen går ikke på i hvilken grad virksomheten er nyttig for den enkelte, men heller om organisasjonen gjør det som er riktig å gjøre. Det avgjørende er om virksomheten bidrar til økt sosial velferd, sett ut ifra tilhengers sosialt konstruerte verdisystem (Suchman, 1995). Legal legitimitet dreier seg om at den atferd som utøves ligger innenfor det som er allment akseptert.

Legitimiteten kan være knyttet til konsekvenser av handling, eller det kan dreie seg om måten handlingen utføres, prosedyrer og teknikker. Ved å fremstå som en effektiv produsent av ønsket belønning kan organisasjoner fremstå som legitime aktører (Busch et al., 2010).

Organisasjoner bruker tidvis kyniske selvhevdende påstander om moralske anstendighet, støttet av symbolske gester som signaliserer rettferdighet og gode intensjoner, kun med den hensikt å oppnå noen fordeler. Dette står i sterk kontrast til kjernen i moralsk legitimitet hvor en handling ikke skal være motivert kun av egeninteresse. Moralske hensyn anskueliggjør

mer motstandskraft mot manipulasjon for å fremme egeninteresser, enn en ren pragmatisk vurdering. Suchman (1995) skiller mellom ulike former for moralsk legitimitet med utgangspunkt i vurdering av resultat og konsekvenser, vurdering av teknikk og prosedyrer eller en vurdering av kategorier og struktur.

Dersom en handling har negative konsekvenser for andre kan en organisasjon miste legitimitet, dette omtales som konsekvenslegitimitet. Andre ganger kan det være handlingen i seg selv, og ikke konsekvenser av handlingen som gjør at omgivelsene opplever handlingen som moralsk uakseptabel, prosedyrelegitimitet. Eksempelvis kan rutiner ved et sykehus som gir pasienter mulighet til å kjøpe seg ut av køene, oppleves moralsk forkastelig og således redusere legitimitet. Strukturell legitimitet oppstår når organisasjoner oppleves ønskelig eller akseptabel på grunn av strukturelle særtrekk, for eksempel høgskoler som har studentrepresentanter i alle utvalg og styrer. Tilsist kan den aksept en leder oppnår i kraft av sin personlighet overføres til organisasjonen og styrke virksomhetens legitimitet, dette omtales som personlig legitimitet (Busch et al., 2010).

3.3.6 Kognitiv legitimitet

Kognitiv legitimitet bygger på særtrekk ved organisasjonen som tas for gitt. Det stilles ikke spørsmålstegn ved om organisasjonen fortjener legitimitet, om virksomheten er nyttig, eller om aktivitetene ligger innenfor aksepterte normer. Organisasjonen har legitimitet fordi den er tilpasset mentale bilder av virkeligheten, men kan raskt forsvinne om det oppstår brå endringer (Busch et al., 2010). Kognitiv legitimitet er diskret, men samtidig den mest kraftfulle form for legitimitet (Suchman, 1995). Legitimitet er sosialt konstruert i kraft av normer, verdier og definisjoner, det innebærer at legitimitet skapes gjennom sosiale relasjoner. Legitimitet bygger på fortolkninger av i hvilke grad organisasjoner tilfører samfunnet verdi og handler innenfor akseptable grenser. Media spiller i denne sammenheng en sentral rolle, media formidler et bilde av virkeligheten som enkelt individer fortolker ut ifra sin virkelighetsforståelse. De ulike formerne for legitimitet er tett knyttet sammen og påvirker hverandre. Dersom en organisasjon bryter en lov, bryter de samtidig sosiale normer. Men motsatt kan også sosiale normer påvirke lovverket. Videre kan legal legitimitet danne grunnlag for kognitiv legitimitet, ved at regulativer på sikt skaper organisasjonsformer som tas for gitt. Store organisasjoner har et svært bevisst forhold til egen legitimitet, de ønsker å fremme virksomheten som bærere av sentrale verdier og normer i samfunnet. De institusjonelle omgivelsene er avgjørende for at en organisasjoner kan opprettholde sin legitimitet. Dårlig legitimitet kan være kritisk for deres eksistensgrunnlag. Negativ omtale i

media kan resultere i at en virksomhet mister kunder, får problemer med andre interessenter og vanskelig for å knytte til seg de beste medarbeiderne. Av det følger at organisasjoner må jobbe aktivt med å beholde og utvikle sin legitimitet (Busch et al., 2010).

3.3.7 Interaksjon mellom ulike typer legitimitet

De ulike typene legitimitet utgjør ikke noe strengt hierarki, men angir to vesentlige forskjeller. For det første oppstår pragmatisk legitimitet på bakgrunn av individers egen interesse og nytte hensyn, mens moralsk og kognitiv legitimitet ikke gjør det. For det andre er både pragmatisk legitimitet og moralsk legitimitet basert på diskursive evalueringer, i motsetning til kognitiv legitimitet. Individer foretar gjerne kostnads-nytte vurderinger og etiske vurderinger gjennom tydelige åpne diskusjoner, og organisasjoner kan oppnå pragmatisk og moralsk legitimitet ved å aktivt delta i slike diskusjoner. Kognitiv legitimitet derimot impliserer antagelser som ikke debatteres, og inngår i det en tar for gitt. Av det følger at når en beveger seg fra pragmatisk, moralsk og videre til kognitiv legitimitet blir den mer udefinert og vanskeligere å manipulere. Samtidig blir legitimiteten mer diskret, mer dyptgående, mer selvforsterkende og etablert. Ofte forsterker ulike legitimitet hverandre, men det kan være konflikt mellom de ulike typene. Eksempelvis kan en kross anklage mot pragmatisk legitimitet øke moralske krav, og dårlig moral uthuler pragmatisk legitimitet. Generelt synes det som at uoverensstemmelse mellom pragmatisk, moralsk og kognitiv legitimitet oftest oppstår i større sosiale institusjoner og ofte skyldes dårlig fremstilling eller historiske forhold (Suchman, 1995).

3.4 Isomorfisme

I streben etter å sikre legitimitet tilpasser organisasjonene seg samfunnsmessige forventninger om hvordan rasjonelle, velfungerende og moderne organisasjoner skal opptre. Det resulterer i at organisasjonene blir mer og mer like hverandre, isomorfisme. Hva som ansees å være en passende handling endres over tid, men det er noen mekanismer som gjør at det som oppfattes som en god organisasjon smitter fra den ene til den andre. DiMaggio og Powell (1983, i Nyborg (1998)) angir, på bakgrunn av empiriske studier, tre former for isomorfisme. Tvingende isomorfisme oppstår på bakgrunn av at organisasjoner blir pålagt ny praksis av høyere institusjoner, eksempelvis at myndighetene innfører nye lover og regler. Den andre formen, etterlignende isomorfisme, sees når organisasjoner bevisst forsøker å etterligne andre organisasjoner. Den tredje formen, normativ isomorfisme, utvikler seg ettersom organisasjoner følger etablerte normer for organisering (Nyborg, 1998). Forskning viser at det spesielt er organisasjoner preget av usikkerhet, med uklare mål og uklar teknologi, som velger

å imitere organisasjoner med høy legitimitet. Når det er vanskelig å dokumentere nytteverdi, er det enda viktigere å fremstå på en måte som skaper legitimitet (Busch et al., 2010). Ulike reguleringene bidrar til at virksomheter for å være legitime må vise til prosedyrer, kvalitetskriterier og egenskaper ved institusjonen, dette gjør at aktørene blir mer og mer homogene. Isomorfisme kan forklares som en utvikling eller spredningsfenomen hvor enkeltdele passer til mindre deler i en organisasjon og skaper organisatoriske strukturløsninger. Dette forklarer hvordan offentlige virksomheter organiseres og ledes etter de samme prinsippene og dermed blir mer homogene. Mick & Wyttenbach (2003, s.96) presiserer at institusjonell teori angir at eierskapsstrukturer i sykehus, knyttet til deres tjenesteproduksjon vil bli mer og mer lik, ettersom de står ovenfor omtrent like omgivelser.

3.5 Strategier rettet mot institusjonelle omgivelser

Etablering av legitimitet er komplekst, det gjør at ingen organisasjoner kan tilfredsstille alle interessenter i omgivelsen. Likevel, på marginen kan ledelsestiltak utgjøre en betydelig forskjell, i den grad virksomhetens aktiviteter ansees å være ønskelig, forsvarlig og hensiktsmessig innenfor en gitt kulturell kontekst. Som de fleste andre kulturelle prosesser handler etablering av legitimitet om kommunikasjon, kommunikasjon mellom organisasjonen og ulike mennesker i omgivelsene. Kommunikasjon i bred forstand, inkluderer meningsbærende aktiviteter og nonverbal kommunikasjon. Dyktig styring av legitimitet krever ulike teknikker og en bevissthet om hvilke situasjoner som fortjener ulik respons. Mick & Wyttenbach (2003) antyder at legitimitet i helsesektoren er en indikator på troverdighet, og at sykehus kan tilstrebe legitimitet og bygge institusjonell tillit ved å overholde gjeldende normer og forventninger som regulerer organisatorisk atferd. Tillit er viktig for omdømme effekter, og sertifisering av tillit er en måte å redusere muligheter for opportunistisk atferd. Videre angir de at kvalitet og service er avgjørende for legitimitet i helsevesenet (Mick & Wyttenbach, 2003). Suchman (1995) beskriver tre generelle utfordringer knyttet til å etablere, vedlikeholde og reparere legitimitet, samt ulike strategier for å oppnå pragmatisk, moralsk og kognitiv legitimitet. Selv om de fleste organisasjoner streber etter flere typer legitimitet samtidig, opererer ulik legitimitet innenfor ulike aspekt.

3.5.1 Etablere legitimitet

Suchman (1995) påpeker at det finnes utfordringer med legitimitet både ved ny drift, etablering i nye bransjer og ved lansering av nye produkter i gammel bransje. Når organisasjoner starter ny drift, som i sosial sammenheng er ukjent, kan organisasjoner vinne aksept ved at aktiviteten er anstendig eller at virksomheten har egenverdi, gyldighet i seg selv

(Suchman, 1995). Når ny drift har tekniske problem eller er dårlig institusjonalisert må aktørene vie betydelig oppmerksomhet til sektorbygging for å få aksept som uavhengig aktør (Aldrich & Fiol, 1994, i Suchman (1995)). Ved etablering i ny bransje eller lansering av nye produkt i gammel bransje, er det størst sannsynlighet for motvilje fra omgivelsene dersom teknologien er usikker og risikofylt, organisasjonens formål er omstridt eller utradisjonell, eller det forventes langvarige relasjoner hvor det er vanskelig å trekke seg ut (Suchman, 1995).

Legitimitetsbygging er en proaktiv aktivitet, som krever at lederen har kunnskap om egne produkt og behov for legitimitet. Strategier knyttet til legitimitetsbygging kan deles inn i tre grupper: arbeide for bekreftelse ovenfor tilhørere i virksomhetens nåværende omgivelser, tillate seg å selektere noen miljøer som vil støtte nåværende praksis, samt innsats for å manipulere strukturer i omgivelsene for å få nye tilhengere som oppfatter virksomheten som legitim. Grad av konformitet varierer avhengig av type legitimitet organisasjonen ønsker å stimulere. For å oppnå pragmatisk legitimitet må organisasjonen dekke materielle behov hos noen tilhengere, eventuelt gi beslutningstilgang. Organisasjoner som søker å oppnå pragmatisk legitimitet må tilstrebe å gjøre en god figur, som igjen krever en konsistent ytelse. Organisasjoner kan spille på et sterkt omdømme på andre relaterte aktiviteter eller på rykte om dyktige nøkkelpersoner som har gjort det godt tidligere. Slike spillovereffekter kan forsterkes av referansepersoner som er villig til å gå god for virksomheten (Bernstein, 1992; Suchman, 1993, i Suchman (1995)). Organisasjoner kan likeledes adaptere konforme posisjoner i streben etter moralsk legitimitet. En åpenbar strategi for å sikre moralsk legitimitet er å produsere vel omtalte produkter og tjenester. Moralsk legitimitet er vanskelig å måle og dokumentere, det gjør at organisasjoner velger mindre direkte tilnærminger. Den mest vanlige tilnærmingen er å forankre ny struktur og praksis i et nettverk av allerede legitime institusjoner. Selv en endring som i utgangspunktet er overfladisk kan på lang sikt erverve nye tilhenger som forholder seg til annonserte mål, og ikke skjult agenda. Det antyder at moralsk legitimitet, mer enn pragmatisk legitimitet kan medfører uforutsett målforskyvning. Dersom organisasjoner forsøker å oppnå pragmatisk legitimitet ved å overholde instrumentelle krav, samt moralsk legitimitet ved å leve opp til altruistiske idealer, oppnår organisasjonen kognitiv legitimitet primært ved å overholde etablerte strukturer og standarder. Organisasjoner i usikre omgivelser tilstreber ofte å fremstå lesbare og tatt for gitt ved å kopiere organisasjoner som ansees å ha høy legitimitet, etterlignende isomorfisme. Selv når virksomheter går inn i en ny bransje uten etablerte strukturer, kan nyetablerte beskytte sin

kognitive legitimitet ved å opptre i samsvar med gjeldende tommelfingerregler knytte til formelle prosedyrer, struktur etc. (Suchman, 1995).

Dersom organisasjoner ønsker spesifikke tilhengere må de satse på en mer proaktiv strategi rettet mot selekterte miljø. Det enkleste er å satse på de tilhengere organisasjonen allerede har, slik den fremstår. Utover å opptre i overensstemmelse med det som forventes av virksomheten, bør det tilstrebes en vennlig arena som underbygger opplevelsen av ønskelige, passende og hensiktsmessige aktiviteter. Det kreves vanligvis markedsundersøkelser for å selektere ut riktige, spesifikke sosiale grupper. Moralsk legitimitet reflekterer generaliserte kulturhensyn mer enn pragmatisk legitimitet, det begrenser organisasjonens valg av moralsk standard, mer enn valg av samarbeidspartnere. Til sist kan ledere gjøre noen valg i forhold til hvordan virksomheten kognitivt oppleves av omgivelsene. Ledelsen kan gjennom strategisk manipulasjon av uttalte mål peile organisasjonen inn på hva som ansees å være akseptabelt, dette varierer fra bransje til bransje. Selv om de fleste organisasjoner etterstreber legitimitet primært ved å opptre i overensstemmelse med omgivelsene og ved å selektere ut visse sosiale målgrupper, er det ikke tilstrekkelig for noen organisasjoner. Spesielt innovative aktører som avviker fra etablerte praksiser må intervensjonere for å tilpasse seg særegne behov i en gitt omgivelse, de må skape en ny forståelse i sosial virkelighet (Suchman, 1995). Slik proaktiv kulturmanipulasjon er mindre kontrollerbar, mindre vanlig og langt mindre forståelig enn konformitet eller seleksjon av sosial målgruppe (Ashforth & Gibbs, 1990; Dowling & Pfeffer, 1975, i Suchman (1995)). Pragmatisk legitimitet er den legitimitetsformen det er enklest å manipulere, fordi den direkte reflekterer en bytte- og innflytelsesrelasjon mellom en organisasjon og spesifikke bestanddeler. Etablering av nytt grunnlag for moralsk legitimitet er mer utfordrende. Lite synlige organisasjoner må satse på en teknisk suksess, da det kan ha spillovereffekt på moralsklegitimitet. Suksess er i stor grad sosialt konstruert og indikerer dyktig ledelse. Selv teknisk suksess er mer overbevisende når de har spredning over mange organisasjoner, og forsterkes av kollektive strategier. Ser en på manipulasjon av omgivelsene i forhold til kognitiv legitimitet, blir kollektive handlinger enda mer åpenbare. En enkel strategi angir at individuelle organisasjoner, bare ved å vedvare kan fremstå lesbare og blir tatt for gitt, en selvforsterkende mekanisme. En kollektiv handling vil da ta form enten som popularisering eller standardisering. Lobbyvirksomhet, reklame, prosedyrer og vitenskaplig forskning er konkrete eksempler på en slik type strategi (Suchman, 1995).

3.5.2 Vedlikeholde legitimitet

Litteratur angir at det er langt enklere å opprettholde legitimitet, enn å etablere eller reparere legitimitet. Tre aspekt ved legitimitet kan imidlertid noen ganger gjøre det problematisk å opprettholde legitimitet. For det første er tilhengerne gjerne heterogene, og det faktum at legitimitet representerer en relasjon med tilhengeren, mer enn en eiendom, er en utfordring (Suchman, 1995). Det er praktisk talt umulig å tilfredsstille og få aksept fra alle i fragmenterte institusjonelle omgivelser (Ashforth & Gibbs, 1990; Scheid-cook, 1992, i Suchman (1995)). Over tid kan dette gjøre organisasjoner sårbare for uforutsette handlinger. Denne sårbarheten kan forsterkes av et andre problemaspekt. Legitimitet har en tendens til å bli et korthus med gjensidige tilpasninger, isomorfisme, noe tas for gitt og vanskeliggjør å endre tilpasninger til skiftende miljø (Jepperson, 1991, i Suchman (1995)). Dersom organisasjonene blir homogene, mens de kulturelle omgivelsene forblir heterogene vil det kunne skape nisjer med lovløse entreprenører som utvikler innovative, perifere organisasjonsformer (Hannan, 1986; Powell, 1991, i Suchman (1995)). Det leder til den tredje utfordringen, knyttet til å opprettholde legitimitet, institusjonalisering genererer ofte egne motsetninger, hvor det kan utvikles en fiendtlig innstilt dynamikk, enhver seier utløser en ny mer radikal motstander. Det gjør det vanskelig for ledere å jobbe med legitimitet som en komplett oppgave (Suchman, 1995).

Strategier for å vedlikeholde legitimitet er todelt knyttet til å oppfatte fremtidige endringer og å beskytte ferdigheter. Å oppfatte endring innebærer å styrke organisasjonens mulighet til å gjenkjenne publikums reaksjoner og forutse fremvoksende utfordringer. Uten å ta tak i slike signaler vil organisasjoner stadig kunne slite med å gjenvinne tapt terreng, og tape markedsposisjon. Generelt vil perseptuelle strategier innebære å vurdere de kulturelle omgivelsene og tilpasse beslutningsprosesser i organisasjonen. Organisasjoner kan gjerne ha ansatte som følger endringer knyttet til publikums oppfatninger, verdier og reaksjoner. I hvilke grad organisasjoner velger en slik brobyggende funksjon mellom publikum og organisasjonen vil avhenge av om de vektlegger pragmatiske, moralske eller kognitive hensyn. I forhold til endringer i pragmatiske krav må organisasjonene vurdere multiple interesser, hvor en inkluderer publikums preferanser for å gi ledelsen en kulturell innsikt (Suchman, 1995). Bevegelse i forhold til moralske krav sikrer organisasjonen ved å innarbeide gode retningslinjer, forfølge profesjonalisering og eventuelt benytte ekstern kompetanse (DiMaggio & Powell, 1983, i Suchman, 1995). Endringer knyttet til eventuelle kognitive krav, krever at organisasjonene er åpne for ulike syn, også de som tviler på det som tas for gitt (Ashforth & Gibbs, 1990; Mitroff & Kilman, 1984, i Suchman, 1995).

Det andre punktet knyttet til å opprettholde legitimitet fokuserer på å beskytte ferdigheter. I tillegg til å registrere uforutsette utfordringer, forsøker organisasjoner å støtte opp under legitimiteten de allerede har. Spesielt kan organisasjoner styrke tryggheten ved å forsøke å gjøre forbigående legitimitet til vedvarende. Sett fra et pragmatisk nivå bør en sikre konsistent og forutsigbarhet, ikke bare dekke konstituerende behov. Fra et moralsk nivå skal aktivitetene fremstå ansvarlige, og til sist i forhold til det kognitiv perspektivet skal forholdet være enkelt, ikke bare forklare organisasjonsmessige behov, men også oppleves naturlig. Det påpekes at ledere skal være forsiktig med å veie den direkte nytten ved å etablere ny legitimering oppimot kontrollen de kan oppleve fra omgivelsene. Strategi for å opprettholde legitimitet bør samtidig tilstrebe å sikre seg goodwill og støtte i omgivelsene. Generelt kan det skape pragmatisk støtte i form av tillit, eller moralsk støtte i form av anseelse. Goodwill og støtte i omgivelsene kan fungere som buffer for legitimitet, som gjør at organisasjonen kan tillate seg noen aktiviteter som er på kanten av hva som ansees for akseptabelt, uten at det går utover legitimiteten (Ashforth & Gibbs, 1990, i Suchman (1995)). Suchman (1995) påpeker at organisasjoner i sterkt institusjonaliserte bransjer ofte skiller mellom støtte blant eliten og støtte i befolkningen, for å unngå at regulatoriske forhold skal skape offentlige tvil. Ledere kan også forsøke etablere en kognitiv buffer i form av å etablere en kommunikasjonslink mellom organisasjonen og omgivelsene. Hyppig og intens interaksjon skaper en individuell tilnærming med forståelse, som kan være styrkende, vedlikeholde og reparere legitimiteten (Pfeffer, 1981, i Suchman (1995)). En tett interaksjon med omgivelsene gir en mer ideell tilpasning mellom organisasjonen og omgivelsen (Scott, 1987, i Suchman (1995)).

3.5.3 Reparere legitimitet

Utfordringer knyttet til å reparere legitimitet har mange likheter med å etablere legitimitet, men er langt mer reaktiv mot en uventet krise knyttet til organisasjonenes legitimitet. En slik krise rammer ofte ledere som blir trukket inn i en setting hvor de ikke registrerer nedgang i kulturell støtte før en enkelt hendelse signaliserer at noe er pågang. Når ledere først begynner å lete etter problemer til manglende legitimitet er skaden allerede skjedd, legitimiteten er diskreditert. Plutselig er tidligere suksesser blitt en hindring for fremtiden, (Ashforth & Gibbs, 1990, i Suchman (1995)). I tillegg til at en legitimitetskrise svekker ledelsens handlingsfrihet, kan tidligere pålitelige eksterne allierte trekke seg bort. En legitimitetskrise kan bli en selvforsterkende negativ spiral, hvor det sosiale nettverket forsvinner for å unngå negative smitte effekter. Tilbaketreking av støtte kan forverre virksomhetens ytelse på grunn av sviktende tilgang på kritiske ressurser (Sutton & Callahan, 1987, i Suchman, (1995)).

Kaskade effekten blir enda mer truende om det aktuelle nettverket gir legitimitet, mer enn om det kun dreier seg om en materiell handelsforbindelse. Den negative smitte effekten kan gjøre at også langvarige allianser vil angre seg og fryse dem ut (Suchman, 1995).

De fleste legitimitetsbyggende strategier beskriver at det er mulig å reetablere legitimitet etter en krise, ved at organisasjonen representerer et minstemål av troverdighet og handler i overensstemmelse med relevante målgrupper. Organisasjonen må først gjenvinne legitimitet der den ble diskreditert, før de iverksetter en mer globale legitimitetsstrategi. Den begrensede litteraturen på dette området foreslår tre tiltak; foreta normaliserende tiltak, restrukturere og ikke få panikk. Selv om legitimitetskriser samler seg i ytelsesproblemer, ligger de største utfordringene i å gjenvinne mening. Normaliserende tiltak går på å separere den delen som var dekket fra resten av virksomheten (Giacalone & Rosenfeld, 1989; Marcus & Goodman, 1991; Scott & Lyman, 1968, i Schman (1995)). Dette kan gjøres på minst fire måter (Ashforth & Gibbs, 1990; Elsbach, 1984; Staw, McKechnie & Puffer, 1983, i Suchman (1995)). For det første kan ledelsen benekte problemet i håp om å dempe pragmatiske bekymringer, i alle fall til organisasjonen kan komme opp med en kompensasjon. Med mindre slike fornektelser er oppriktige, kan det medføre alvorlige konsekvenser for organisasjonens legitimitet på lang sikt. Istedenfor å benekte problemet, kan ledere heller velge å unnskyldes seg ved å stille spørsmålsteget ved deres moralske ansvar. Denne taktikken ender ofte med å skyldes på enkelt ansatte eller eksterne autoriteter, et dobbelt egget sverd, ettersom det viser underliggende manglende ledelseskontroll (Ashforth & Gibbs, 1990; Salancik & Meindl, 1994; Staw et al, 1983, i Suchman (1995)). For å unngå slike implikasjoner bør ledere forsøke å rettfærdiggjøre hendelsen, redefinere mening og avslutte med å forklare det i lys av gjeldende moral og kognitive oppfatninger. Til sist, dersom ikke ledere ser noen mulighet til å eliminere moralsk ansvar, må de likevel forsøke å bevare et minimum av kognitiv legitimitet ved å forklare hendelsen på en måte som opprettholder et ellers ansett verdensbilde.

Utover å fornekte, unnskyldes, rettfærdiggjøre og forklare diskreditering, kan organisasjonene også gjenskape legitimitet gjennom strategisk restrukturering (Pfeffer, 1981, i Suchman (1995)). Selv om vilkårlige strukturelle skift kan gjøre en organisasjon ustabil og upålitelig (Hannan & Freeman, 1984, i Suchman (1995)), kan en skreddersydd endring med normaliserende hensyn, være en effektiv skadebegrensende teknikk. Ved at organisasjonen erkjenner begrensede mangler og tydeliggjør handlekraft ved å iverksette tiltak for å rette opp spesifikk mangler (Perrow, 1981, 1984, i Suchman (1995)). Spesielt to typer

restruktureringer kan være nyttig i denne sammenheng. For det første, etablering av kontroll- og overvåkningssystem som skal kunne hindre lignende hendelser, ved for eksempel å etterspørre offentlige reguleringer og iverksette prosedyrer (Pfeffer, 1981, i Suchman (1995)). Selv om dette ikke direkte kan etablere legitimitet, symboliserer det anger og at det skal være trygt å ha relasjoner med organisasjonen. Den andre hovedformen for restrukturering er disassosiasjon, ved å etablere strukturelle endringer som gir en symbolsk distanse, skal en hindre dårlig innflytelse på hele organisasjonen. Dette er kanskje den mest vanlige form for disassosiasjons erstatning som symboliserer ønske om endring (Gephart, 1978; Pfeffer, 1981; Weber, 1978, i Suchman (1995)). Ledere som opplever en legitimitetskrise bør unngå panikk. Streben etter å reparere legitimitet likner etablering av legitimitet ved at begge krever intens aktivitet og besluttsomhet. Samtidig er det også likheter knyttet til vedlikehold av legitimitet, ved at en må ha en sensitivitet for hva som rører seg i omgivelsen. Organisasjoner som forsøker gjenvinne legitimitet må være tålmodige og tilbakeholdende, det kan redde dem (Ashforth & Gibbs, 1990, i Suchman (1995)).

3.6 Rasjonalitet

Rasjonalitet inngår i institusjonell teori, den ser på rasjonalitet i forhold til prosedyrerasjonalitet, ikke i forhold til maksimering av resultat. Det kan skilles mellom fire former for rasjonalitet (Kalberg, 1980, i Busch og Gustafsson (2006)). Praktisk rasjonalitet angir hvordan en finner pragmatiske løsninger på daglige problem, teoretisk rasjonalitet bygger på en teoretisk årsakssammenheng og symbolsk meningsskapning, substansiell rasjonalitet bygger på preferanser for spesielle verdier og til sist formell rasjonalitet som angir en mål-middel rasjonalitet. Substansiell rasjonalitet og formell rasjonalitet har likhetstrekk med *logic of appropriateness* og *logic of consequence*. *Logic of appropriateness* er en normativ rasjonalitet som innebærer en vurdering om i hvor stor grad en beslutning er i overensstemmelse med sosiale standarder som regler, normer og verdier i en situasjon hvor beslutningen skal implementeres. Denne rasjonalitetsnormen utvikles over lang tid og er i stor grad retningsgivende for organisatorisk atferd (March og Olsen, 1989, i Busch og Gustafsson (2006)). *Logic of Consequences* innebærer en instrumentell eller mål-middel rasjonalitet. De to sistnevnte rasjonalitetsbegrepene knyttes oppimot identitet, og det hevdes at den instrumentelle, nyttemessige rasjonaliteten (*logic of consequence*) er et særtrekk ved private virksomheter og at den normative rasjonaliteten (*logic of appropriateness*) ofte er mer sentral ved frivillige og offentlige organisasjoner (Albert og Whetten, 1985, i Bush og Gustafsson (2006)). Det påpekes at organisasjoner med utpreget normativt grunnlag har sterk normativ

autoritet, organisasjonsmedlemmene har sterk organisasjonstilhørighet og organisasjonens handlingsnormer har høy legitimitet gjennom sterk internalisering (Etzioni, 1961, i Bush og Gustafsson, (2006)). Selart (2010) hevder derimot at ettersom organisasjonens virkelighet er sosialt konstruert tilpasser de seg *the logic of appropriateness* i stedet for *the logic of consequence*, og sammen med ulike rasjonelle perspektiver dannes et overordnet system for meningsforståelse, som kan være individuelt eller delt av en gruppe (Selart, 2010). Selart (2010) omtaler rasjonalitet mer generelt, og skiller ikke mellom private og offentlige organisasjoner. Likeledes kan det tenkes å være en dreining mot at private organisasjoner i større grad må ta hensyn til *logic of appropriateness* for at omgivelsene skal oppfatte deres virksomhet som ønskelig, forsvarlig og hensiktsmessig, for å kunne tilstrebe legitimitet.

For å forstå beslutninger som fattes i en organisasjon må en forstå den eksisterende rasjonaliteten (Hodgkinson & Sparrow, 2002; Vidaillet, 2008, i Selart (2010)). Ved å forstå omgivelsene, kan virksomheter lære å konkurrere, overleve og tilpasse seg. Fra et *logic of appropriateness* perspektiv er handlinger drevet av regler som ansees som eksemplarisk atferd. Reglene følges fordi de oppleves som naturlig, ekte forutsigbare og legitime. En virksomhet tilstreber å leve opp til organisatoriske forventninger knyttet til deres rolle og identitet (March, 1994, i Selart (2010)). Selart (2010) påpeker viktigheten av at ledelsesbeslutninger ikke bare konsentrerer seg om fremtidige konsekvenser og preferanser (*logics of consequences*), men også involverer situasjoner, identitet og regler (*logics of appropriateness*). I beslutningstakingsprosesser vil ledelsen konstant bekrefte eller redefinere virksomhetens identitet, samt andres identitet (Selart, 2010:185).

Det ligger kraftige økonomiske føringer i helsevesenet ettersom de blir kjørt etter *new public management* som er et forsøk på å få dem til å tenke mer økonomisk. Det vil være ulike forhold som påvirker i hvor stor grad de private aktørene tilpasser seg økonomisk vs. institusjonelle normer. *Logic of appropriateness* innebærer at en tilpasser seg institusjonelle normer, normene ligger dels i lovverket, dels i den medisinske profesjonen, og dels i hvordan byråkrater opptrer, hva som ansees for gjeldende atferd eller premisser. *The logic of consequence* ser på rene økonomisk konsekvenser. De private sykehusene kombinerer nok begge typer i stor grad. Problemet i forhold til beslutningsprosesser er at jeg ikke får detaljene i beslutningsprosessen, derfor er det mer nyttig å se på de institusjonelle rammene rundt dette.

3.7 Begrensninger i teori

Det er knyttet noen begrensende paradokser til teori om legitimeringsstrategier. *Self-promoter paradox* kan oppstå fordi publikum er aktivt deltakende i prosessen med å skape en meningsforståelse (Ashforth & Gibbs, 1990, i Suchman (1995)). Publikums tolkninger kan noen ganger avvike fra organisasjonens forventninger. Jo mer nedfelt ledelse av legitimitet blir, jo mer sannsynlig er det at publikum vil utvikle en kynisk tolkning av slike aktiviteter, i den forstand at de ser slike aktiviteter som et signal på at noe er galt. Slik skepsis vil effektivt fjerne visse strategier fra legitimitetsarsenalet, true fleksibiliteten til individuell streben etter legitimitet og utarme det symbolske repertoaret knyttet til å se samfunnet som et helhet. En tilsvarende utarming sees i *sector-leaders paradox* hvor problemet oppstår dersom legitimering blir for suksessfullt, snarere enn fordi den ikke er suksessfull. Innsats knyttet til å legitimere en sektorledende organisasjon, kan ha utilsiktede effekter knyttet til å legitimere hele sektoren. Spesielt uheldig er dette om det er en offentlig etat (Jepperson, 1991, i Suchman (1995)). Noen ganger er denne prosessen uproblematisk, eller til og med gunstig, for eksempel når sektormedlemmene effektiviserer og koordinerer sine rutiner (Powell, 1991; Suchman, 1993, i Suchman (1995)). Andre ganger kan slikt lederskap skape langt mindre fordelaktig ensartethet, med tilfeldige og ineffektive fasader, etterligninger (Kimberly, 1981; Neilsen & Rao, 1987; Nystrøm & Starbuck, 1984, i Suchman (1995)). Sektorledere opplever å være fanget mellom, på den ene siden, ønsket om å stimulere til isomorfisme for å etablere moralsk og kognitiv hegemoni/herredømme, og på den andre siden, ønsket om å dempe isomorfisme for å monopolisere konkurransemessig, pragmatiske fordeler (Aldrich & Fiol, 1994, i Suchman (1995)). Enkelte ganger kan sektorlederskap i verste fall resultere i at aktiviteten i virksomheten verken kommer lederen, interessenter, bransjen eller samfunnet som helhet til gode. Et eksempel på effekter av lederskap som til sist ikke tjener noen er isomorfistisk rigiditet i svært institusjonaliserte organisasjoner:

To the extent that centralization of power and resources results in increasing homogenization of structural forms within an organizational sector (see DiMaggio & Powell, 1983), then one must be concerned with the loss of this diversity. As Hannan and Freeman (1989:7) point out, such a reduction may diminish "the capacity of a society to respond to uncertain future changes.

(Scott & Meyer, 1991:140, i Suchman (1995), s 601)

Tap av mangfold kan være spesielt beklagelig i fremvoksende industrier, og i sektorer med sosiale utfordringer, hvor det som ansees som beste teknologien, beste praksis, knapt er tilstrekkelig. Suchman (1995) påpeker et behov for mer forskning knyttet til dynamikken i legitimeringsprosessen. Han etterlyser også klarere skille mellom pragmatisk, moralsk og

kognitive dimensjoner, samt klarere skille mellom å etablere, vedlikeholde og reparere legitimitet. Utover å tydeliggjøre terminologien, understreker han behov for å se på kilder til, og effekter av legitimitet. Han påpeker at det i dag er lite systematisk forskning som sammenligner effekter av organisasjoners aktiviteter av multiple typer legitimitet, og hvilke effekter det har på organisasjoners resultater. Suchman (1995) antyder at legitimitet neppe er homogen, og at ulike typer legitimitet faktisk ikke er kompatible. Han understreker at fremtidig forskning bør forsøke å forklare både konflikter og synergien i legitimeringsdynamikken. På grunn av manglende komplett forskning er det ikke mulig å si hva som er en typisk legitimeringsprosess. Sterke omgivelser er ikke nødvendigvis det samme som fiendtlig innstilte omgivelser, Scott og Meyer (1991, i Suchman (1995)), argumentere for at tekniske og institusjonelle begrensende kriterier ikke er hindringer for organisatorisk legitimitet. De angir en type mønster knyttet til spesifikke typer omgivelser og spesifikke typer legitimeringsdynamikk. Tekniske forhold vil favorisere organisasjoner som får jobben gjort, eller gjør det som trengs. Det innebærer at jo sterkere de tekniske omgivelsene er, jo større behov har de for pragmatisk legitimitet, og moralsk legitimitet basert på konsekvenser og prosedyrer. Institusjonelle hensyn favoriserer organisasjoner (skoler, kirker, domstoler) som *make sense* og som *play the rules* selv om det reduserer den umiddelbare utbetaling til de ulike bestanddelene. Hvilket antyder at jo sterkere de institusjonelle omgivelsene er, i større grad trenger de kognitiv legitimitet og moralsk legitimitet basert på prosedyrer og struktur. I noen sektorer, slik som bank og helsevesenet, er det både tekniske og institusjonelle føringer, begrensninger. Det krever at organisasjonene har et bevisst forhold både til offentlige hensyn, men og egen relative ytelse, for å kunne smøre det uunngåelige motsetningsforholdet mellom å oppnå spesifikke mål og samtidig følge generelle regler. Slike sektorer utvikler ofte i stor grad makrostrukturer med medlemsorganisasjoner som kanalisere konkurransen og som beskytter legitimiteten til sektoren i helhet (Suchman, 1995). Suchman (1995) presiserer at legitimitet ikke er et enhetlig fenomen, slik noen tidligere har hevdet. Likevel viser multiple legitimitetsstudier oppsiktsvekkende konsistens og påstander viser bemerkelseverdig kompatibilitet.

3.8 Begrunnelse for valg av teori

Institusjonell teori retter fokuset mot organisasjonen og hvordan den tilpasser seg omgivelsene (Busch et al., 2010). Institusjonell teori fanger opp viktige begreper og ideer på tvers av fagområder. Et institusjonelt teoretisk perspektiv synes anvendelig på problemstillingen om hvordan private sykehus tilpasser seg de institusjonelle rammene som

ligger i samfunn og reguleringer. Private sykehus som organisasjon er i stor grad avhengig av bred legitimitet i samfunnet for å kunne overleve i det kommersielle markedet, de står overfor et sterkt ytre press i forhold til sin rolle som privat leverandør av helsetjenester. Det er grunn til å tro at den norske befolkningen har forventninger til kvalitet, service og profesjonalitet, ikke minst fordi private sykehus tjener penger på å yte helsetjenester, grunnet at private aktører har en profittmaksimerende agenda. Ettersom norsk helsevesen i utgangspunktet er gratis er det grunn til å tro at forventningen og kravet til private sykehus kan være høyere. De institusjonelle omgivelser til private sykehus er på mange måter todelt. De private sykehusene har et valg om å være med i konkurranse om anbudskontrakter. Dersom de velger å være med i konkurranse om anbudskontrakter, må de oppfylle krav og forventninger til befolkningen knyttet til service, kvalitet og effektivitet for å sikre omdømme og legitimitet, samtidig står de ovenfor krav fra de regionale helseforetakene i forhold til å oppfylle kravspesifikasjoner i anbudskontrakter. Hvordan de private sykehusene forsøker å balansere ulike hensyn er noe av grunnlaget for utredningen.

«De institusjonelle omgivelsene er karakterisert av at de representerer krav og forventninger som organisasjonene må tilpasse seg for å oppnå støtte og legitimitet» (Busch et al., 2010, s.98).

Omgivelsene kan stille krav til organisasjonen på to ulike måter. For det første kan omgivelsene stille krav, sosiale og kulturelle krav som gjør at organisasjonen spiller en bestemt rolle i samfunnet, etablerer og opprettholder en viss ytre fasade. Tekniske eller økonomiske krav i omgivelsen, belønner organisasjonene for at de er effektive og forsyner omgivelsene med varer og tjenester. Sosiale krav i omgivelsene, belønner organisasjonen for at de holder seg til samfunnets verdier, normer, regler og allmenne oppfatninger. I samsvar med (Scott, 2008) formes organisasjoner i stor grad av den regulative pilaren som innebærer lover og regler, den normative pilar som representerer normer og verdier, og til sist den kognitiv pilar som angir hvordan en forstår organisasjonen. I organisasjonen vil en se dette igjen i organisasjonskulturen, prosedyrer og struktur (Busch et al., 2010).

En uheldig side med institusjonell teori er at kontrakter benyttes fordi mennesker har incentiver til å være opportunistiske med onde hensikter, teorien er dårlig tilpasset norske og skandinaviske forhold som bygger på mer tillit mellom partene, i motsetning til for eksempel USA. Skandinavisk kultur ønsker ikke møte hverandre med skepsis. På et kognitivt plan legger institusjonell teori en referanseramme hvor en utelukker en rekke ting.

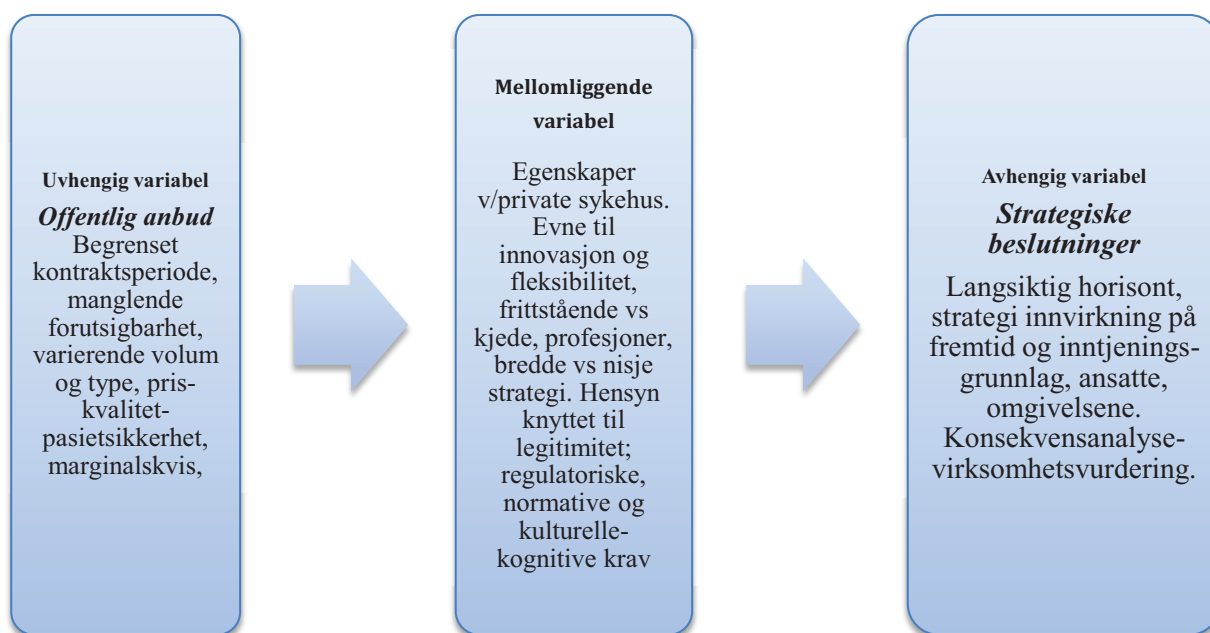
4 Analysemodell og antakelser

Her presenteres en relativ enkel analysemodell som vist i figur 1, en visuelle fremstilling av virkeligheten om antatt mulige årsakssammenhenger. Modellen viser hvordan nøkkelvariablene påvirker hverandre og gir grunnlag for årsakssammenhenger. Det bør presiseres at modeller er forenklinger av virkeligheten og neppe gjenspeiler den fulle sannhet. Variabler varierer, uavhengig av om det er kvalitativ eller kvantitativ metode som benyttes (Saunders et al., 2009).

Jeg har definert en avhengig og uavhengig variabel, samt en mellomliggende variabel som ansees å ha betydning for å forstå årsakssammenhenger. Variablene eksisterer og påvirker hverandre innenfor et institusjonelt rammeverk. Strategiske beslutninger er en avhengige variabel, det vil si resultat og effekt variabel. Offentlig anbud er en uavhengig variabel, det vil si forklaringsvariabel. Mellomliggende variabler innebærer forhold jeg antar påvirker hvordan leder i private sykehus tenker og handler i forhold til utfordringer knyttet til anbudskontrakter og de institusjonelle omgivelsene de står ovenfor. Jeg angir en relativ direkte sammenheng mellom utfordringer knyttet til anbudskontrakter (uavhengig variabel) og de strategiske beslutninger (avhengig variabel) som fattes i private sykehus. Dette skjer innenfor en ramme av institusjonelle mekanismer sett i forhold til regulatorisk, normative og kulturelle-kognitive krav. Sentrale trekk ved de ulike variablene identifiseres for å forstå årsakssammenhenger. Begrenset kontraktperiode, varierende volum og type inngrep som ønskes kjøpt fra det offentlige, samt vurdering knyttet til pris, kvalitet og pasientsikkerhet (marginiskvis vurdert i forhold til ansvar for pasientsikkerhet) er sentrale trekk ved anbudskontrakter (uavhengig variabel) som antas å påvirker strategiske beslutninger (avhengig variabel) i private sykehus. De private sykehusene kan velge hvorvidt de vil være med i konkurranse om anbudskontrakter, det har noen konsekvenser. Dersom de ønsker å tilby sine tjenester til offentlige helsevesen, må de forholde seg til gitte premisser forankret i konkurransegrunnlaget som er utformet av de enkelte regionale helseforetakene (RHF). Dersom private aktører av ulike grunner ikke ønsker å være med i konkurranse om anbudskontrakter har det andre konsekvenser, men likevel står de ovenfor noen av de samme institusjonelle omgivelsene og offentlige reguleringer, selv om de unngår sær reguleringer knyttet til å ha offentlige avtaler. Det kan stilles spørsmål ved om det å yte helsetjenester i offentlige avtaler kan gi noen fordeler utover å generere inntekt. Videre kan det vurderes om det å ha anbudskontrakter sees på som et kvalitetsstempel i omgivelsen, hvilket eventuelt kan bidra til å styrke og vedlikeholde de private sykehusenes legitimitet.

Egenskaper ved den mellomliggende variabelen antas å medvirke til hvordan de private sykehusene vurderer premisser gitt i konkurransegrunnlaget i anbudskontraktene. Den mellomliggende variabelen ansees å være dynamiske faktorer knyttet til egenskaper ved det private sykehuset som størrelse, hvorvidt de er frittstående eller del av en kjede, evne til innovasjon og fleksibilitet, profesjonssammensetningen, hvilke kirurger som er tilknyttet virksomheten, produktsammensetning, samt premisser gitt av institusjonelle forhold. Dette er faktorer som sier noe om i hvilke grad de private aktørene er kapabel til å håndtere utfordringer knyttet til konkurranse om anbudskontrakter.

Egenskaper ved den avhengige variabelen er knyttet til karaktertrekk ved strategiske beslutninger. Strategiske beslutninger har en langsiktig horisont, har betydning for virksomhetens fremtid og inntjeningsgrunnlag, hvilket vil ha konsekvenser for ansatte og i videste forstand omgivelsene og samfunnet. I hvilke grad det fattes beslutninger som er i overensstemmelse med det som ansees for akseptabelt av omgivelsen vil ha konsekvenser for i hvilke grad virksomheten oppfattes som en ønskelig, forsvarlig og hensiktsmessig aktør i samfunnet, som i neste rekke vil påvirke virksomhetens legitimitet og anseelse. Bruk av konsekvensanalyse eller tilsvarende virksomhetsvurdering kan sees som et verktøy for å kunne fatte bedre og riktige strategiske beslutninger på bakgrunn av premisser gitt i anbudskontrakter og institusjonelle krav. Empiriske data forventes å kunne si noe om i hvilken grad de private sykehusene tar hensyn til institusjonelle forhold, samt hvordan de tilstreber å fremstå som en seriøs og legitim aktør, med den hensikt at omgivelsen skal oppfatte virksomheten som ønskelig, forsvarlig og hensiktsmessig i samfunnsmaskineriet. Relasjonen mellom variablene er relatert til antakelser. Hensikten med analysemodellen har vært å beskrive relasjonen mellom nøkkelvariabler, forklare, predikere og gi retning for den videre forskningsstudien.



Figur 1. Institusjonelle forhold påvirker årsakssammenhengen mellom nøkkelvariabler i analysemodellen.

Utredningen har et toppledelse fokus, hvilket gir at analysenivået er ledere i private sykehus. Strategier eller handlingsplaner for å tilpasse seg utfordringer knyttet til anbudskontrakter utformes av ledere i de enkelte private sykehus. Av det følger at målgruppen, det vil si analyseenheten, er ledere med beslutningsansvar i private sykehus. Ettersom forskningstemaet er umodent og av uforskende karakter er det best egnet til å belyse antakelser i stedet for å teste teoretisk forankrede hypoteser (Saunders et al., 2009). Utredningen søker å belyse og gi økt innsikt i hvordan ulike forhold ved anbudskontrakter påvirker vurderinger og strategiske beslutninger i private sykehusene. Det antas at manglende forutsigbarhet knyttet til dagens anbudspraxis fremtvinger kortsiktige løsninger og vanskeliggjør langsiktige strategiske beslutninger, som videre antas å ha en rekke implikasjoner for virksomheten og omgivelsene. Det antas at jo mer innovative og dynamiske de private sykehusene er, jo bedre egnet er de til å tilpasse seg utfordringer knyttet til anbudskontrakter, grunnet karakteristika ved det kommersielle markedet. Videre er det grunn til å tro at de private sykehusene i størst mulig grad tilstreber å tilpasse seg institusjonelle forhold ved å leve opp til regulatoriske, normative og kulturelle-kognitive krav, for å sikre legitimitet, som antas å ha betydning for omdømme og anseelse. I hvilke grad antagelsene stemmer overens med virkeligheten vil empiriske data gi grunnlag for å si noe om.

5 Metodisk tilnærming

Her beskrives utredningens metodisk tilnærming knyttet til forskningsdesign, forskningsmetode, datainnsamling, en vurdering av forskningsresultatets troverdighet og gyldighet, samt metode for dataanalyse. Målet er å gi en forståelse av utredningens egenart og resultat.

5.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign er en generell plan for hvordan en utfører studier for å besvare en problemstilling. Valg av forskningsdesign angir hvordan en innhenter, analyserer og tolker data, samt begrensninger knyttet til type forskningsdesign. Det skilles mellom utforskende, beskrivende og forklarende forskningsdesign (Saunders et al., 2009). I relasjon til problemstillingen benyttes et utforskende forskningsdesign som antyder rammer for metode og analyse av empiriske data. Et utforskende forskningsdesign har et vidt forskningsfokus, hvor formålet er å skape økt forståelse for et problem. Et utforskende forskningsdesign er mindre strukturert og krever mindre formell teori enn alternative forskningsdesign, som er langt mer teoretisk forankret med en strengere struktur. En fordel med en utforskende tilnærming er fleksibiliteten og muligheten til å tilpasse studien etter hvert som årsakssammenhenger blir tydeligere (Saunders et al., 2009). Utredningen er av utforskende karakter og representerer et umodent forskningstema, hvor det er lite tilgjengelig kunnskap og teori som ser på offentlige kirurgiske anbudskontrakter i private sykehus, her har empiriske data vært med på å drive forskningsprosessen fremover. Et utforskende forskningsdesign baserer seg oftest på kvalitativ metode, hvor det er mulig å gjøre en kombinasjon av litteraturstudie, studie av nøkkelinformanter, eksperter og eventuelt et eller flere casestudier. En kvalitativ metode gir mye informasjon og kunnskap da dataene med ord beskriver fenomen, i motsetning til kvantitativ metode som presenterer data i form av tallverdier (Saunders et al., 2009).

Knyttet til utredningens karakter benyttes en induktiv tilnærming til forskningstemaet, hvor generelle konklusjoner tas på grunnlag av spesifikke observasjoner, en beveger seg fra empiriske data til teori. En induktiv tilnærming bidrar til å etablere en dybdeforståelse og forståelse av årsakssammenhenger i forskningstemaet. Etter hvert som datainnsamlingen avdekket forklaringsvariabler ble det aktuelt med en deduktiv tilnærming, hvor en søker litteratur for å utdype og forklare årsakssammenhenger som en observerer i praksis. Ved induktiv tilnærming er det nødvendig å benytte en kvalitativ metode i datainnsamlingen, dette er godt forenelig med et utforskende forskningsdesign, hvor kvalitative data gir mest

kunnskap og dybdeinnsikt (Saunders et al., 2009). På grunn av utredningens begrensede omfang og forskningstemaets karakter velger jeg kun å benytte intervju i datainnsamlingen. Intervju ansees å gi best innsikt og forståelse av kompleksiteten, og forventes å avdekke hvilke sentrale overveielser de private sykehusene står ovenfor i vurderingen av offentlige anbudskontrakter. Hvordan de private sykehusene balanserer hensyn knyttet til ulike institusjonelle forhold etc. lar seg ikke enkelt tallfeste i kvantitativ metode. Kvalitative data fra intervju er primærdata, innhentet for å forstå forskningsspørsmålet. Jeg har kun benyttet sekundær data som ansees relevante for problemstillingen, og som har bidratt til å belyse eller tydeliggjøre forskningstemaet. Det benyttes noe offentlige informasjonskilder som lovdata, regjeringens departement internettsider etc., dette for å kunne gi nøyaktig innsikt i de institusjonelle forholdene knyttet til offentlige anbudskontrakter. De empiriske dataene fra intervjuene har vært avgjørende for å skape en god forståelse av årsakssammenhenger som gjør seg gjeldende. Formålet med studien er i samsvar med et utforskende forskningsdesign å belyse og utvikle en forståelsen for forskningstemaet, uten å nødvendigvis komme med en konkret løsning på problemstillingen (Saunders et al., 2009).

5.1.1 Variabeldefinisjoner, målemodeller og operasjonaliseringer

Her beskrives begrep og variabler knyttet til problemstillingen, samtidig som sammenhenger mellom variablene som beskrevet i analysemodellen, figur 1 ovenfor belyses.

Med offentlige anbud menes offentlige anskaffelser, regulert i Lov om offentlige anskaffelser (lovdata 1) og tilhørende foreskrift (lovdata 3), hvor formålet er å bidra til økt verdiskapning i samfunnet ved å sikre effektiv ressursbruk ved offentlige anskaffelser. Foreskriften får anvendelse på tildeling av offentlige kontrakter om levering av varer, tjenester etc. Anbud innebærer at aktører konkurrerer om kontrakter på en offentlig arena der myndigheter definerer og overvåker spilleregler. Hvordan offentlig anbud kan ha betydning for de strategiske beslutninger i private sykehusene kan identifiseres ved å se på sentrale trekk ved anbudsordningen. Private aktører påtar seg en viss risiko, bindingskostnader og uforutsigbarhet når de inngår anbudskontrakter, samt konsekvenser av å ikke få fornyet anbud etter utløpt kontraktsperiode (Robertsen, 1999). Private aktører uttrykker frustrasjon knyttet til hvordan anbudskonkurransen praktiseres og understreker ulemper knyttet til dårlig forutsigbarhet. Kontraktsperioder er ofte bare på ett år, maksimalt to med mulighet for forlengelse i ett år av gangen inntil to år, hvilket gir dårlig planleggingsgrunnlag og uttrykke ansettelsesforhold for fagpersonell i de private sykehusene (Forum for offentlig anskaffelser nr 3, 2010). I tillegg varierer volumet og type anbudskonkurransen fra år til år. Type anbud,

det vil si hvilke kirurgiske inngrep og behandling det offentlige har behov for å kjøpe fra private aktører varierer blant annet av hvor køene av ventelistepasienter er størst. Ulike typer inngrep krever ulikt utstyr og eventuelt også annet medisinsk personell. Dette skaper en *trade off* for de private aktørene, en avveining mellom å investere i kostbart utstyr og risikoen ved å ikke få forlenget kontrakt etter avtaleperioden, den alternativ anvendelse verdien av utstyret kan være lav ettersom det ofte er spesialutstyr. Videre er det knyttet usikkerhet til tildeling av anbudskontrakter, tildeling etter *det økonomisk mest fordelaktige tilbud* gir mulighet for å ta i betraktning alternative tilbud, jfr. Foreskrift om offentlig anskaffelser § 20-4 (lovdata 3). Hvilket innebærer at det gis rom for avveining mellom pris, kvalitet og tilgjengelighet. Det skaper en *trade off* mellom produksjon, effektivitet og pasientsikkerhet, det er nødvendigvis ikke bare pris som er avgjørende ved anbud som innbefatter menneskers liv og helse.

Egenskaper ved anbudsordningen vil medføre en selvseleksjon av hvilke private aktører som ønsker å konkurrere om anbud. Det kan tenkes at kun de private aktørene som mener de kan leve med usikkerheten knyttet til manglende forutsigbarhet velger å være med i konkurransen om anbudskontrakter. Hvilket kan medføre at store veletablerte aktører stiller sterkere, da det antas at de har et tryggere økonomisk grunnlag enn mindre aktører. Dette kan støtte en avgrensning av utvalget til kun å omfatte private kommersielle sykehus med sykehuskonsesjon, og ikke spesialistavtaler eller ideelle private sykehus.

Det kreves en spesifisering av hva jeg mener med at private sykehus opplever manglende forutsigbarhet knyttet til offentlig anbud. Utredningen omfatter både private sykehus som til en viss grad har gjort seg økonomisk avhengig av inntekt fra anbudskontrakter og private sykehus som bevisst ikke ønsker å tilby sien tjenester til det offentlige bl.a. fordi de mener at vilkårene er for dårlige. Private aktører med offentlige avtaler som ikke blir forlenget etter utløpt kontraktsperiode får mindre inntjeningsgrunnlag, hvilket vil få konsekvenser for virksomheten. Utredninger søker å gi innsikt i hvordan ledere i private sykehus forholder seg til dette usikkerhetsmomentet når de foretar mer overordnede strategiske beslutninger. Strategiske beslutninger kjennetegnes av å være nye, komplekse og åpne. Strategiske beslutninger strekker seg gjerne over en lengre periode og involverer en rekke dynamiske faktorer som innebærer at det er knyttet mye usikkerhet til beslutningsprosessen (Selart, 2010). I følge Selart (Selart, 2010) konsentrerer strategiske ledere seg om de viktigste avgjørelsene basert på konsekvensanalyser. Dette understreker noe av utfordringen leder i private sykehusene står ovenfor i forhold til strategiske beslutninger. Usikkerhet knyttet til

offentlige anbud er en dynamisk faktor som antas å påvirke deres beslutninger. I hvilke grad ledere i private sykehus fatter strategiske beslutninger basert på en form for konsekvensanalyser vil empiriske data gi svar på. De viktigste oppgavene knyttet til strategiske beslutninger er i følge Michael Porter (i Selart, 2010) å utvikle og gripe muligheter til å skape fortrinn i et marked hvor konkurrentene er svake, da dette vil styrke virksomhetens posisjon. Hvordan ledere i private sykehus tenker i forhold til innovasjon og å gripe muligheter kan si noe om hvordan de tilpasser seg utfordringer knyttet til anbudskontrakter. Strategiske beslutninger skal legge føringer for virksomhetens utvikling og angi langtids perspektiv, visjon og verdier (Selart, 2010). Empiriske data vil kunne si noe om hvordan ledere ved de private sykehusene tenker og handler, hvordan de tilpasser seg institusjonelle forhold og hva de foretar seg for å sikre legitimitet i omgivelsene. De empiriske dataene vil være spesielt viktige for å kunne si noe om hvordan de ulike aktørene opplever situasjonen, i hvilke grad det finnes et mønster, samt hvilke konsekvenser de valgene har for virksomhetens drift og inntjeningsgrunnlag.

Det har vært en utfordring å finne teori som er treffende i forhold til virksomhetskarakteristika og som kan forklare hvordan de private sykehusene tilpasser seg institusjonelle forhold knyttet til anbudskontrakter. Det finnes noen utredninger om hvordan privat sykehusvirksomhet fungerer og hvilke utfordringer de står ovenfor. En SNF-rapport (Andersen et al., 2006) for konkurransetilsynet, belyser konkurransen i spesialisthelsetjenesten, hvilket beskrives som et svært komplekst samspill det vil være for omfattende å gå inn på her. Utredningen vil heller ikke gå nærmere inn på politiske eller økonomiske utfordringer og konsekvenser knyttet til å velge produksjon av helsetjenester via anbudskontrakter fremfor ordinær tjenesteproduksjon, slik vi kjenner det i tradisjonell offentlig helsevesen. SNF-rapporten (Andersen et al., 2006) definerer egenskaper ved spesialisthelsetjenesten som omfattende, med en sammensatt og kompleks verdikjede av tjenester med ulike former for komplementaritet og tjenestekompleksitet. Utredningen fokuserer på offentlige kirurgiske anbudskontrakter, en liten del av konkurransen innen spesialisthelsetjenesten, hvor hensikten er å gi innsikt og forståelse av de utfordringer de private sykehusene står ovenfor ved valg om å være med i konkurranse om anbudskontrakter, samt hvordan de tilpasser seg og handler. Utredningen ser på de private sykehusene ut ifra et institusjonelt rammeverk.

I hvilke omfang de private aktørene baserer sin virksomhet på offentlige anbud varierer og vil påvirke hvordan de private sykehusene vurderer utfordringer knyttet til anbudskontrakter, og hvordan de institusjonelle rammene påvirker strategiske beslutninger. Det kan virke åpenbart at private sykehus som har gjort seg mer eller mindre økonomisk avhengige av en usikker inntektskilde opplever utfordringene knyttet til manglende forutsigbarhet i drift og inntjeningsgrunnlag. Empiriske data vil avdekke hvordan de private aktørene balanserer ulike hensyn og på hvilke grunnlag de fatter strategiske beslutninger. Empiriske data vil avdekke om det er fellestrekk ved private sykehus som velger å konkurrere om anbudskontrakter og hvordan de tenker og handler. Er det private sykehus med tilgjengelig utstyr og personell med ledig kapasitet som ønsker å tilby sine helsetjenester for det offentlige, eller er det aktører som ønsker å vokse og ta markedsandel som bruker offentlige kontrakter for å sikre volum og arbeid for ansatte i en oppbyggingsfase. Det kan videre tenkes at egenskaper ved de private sykehusene knyttet til størrelse, i hvilke grad de er frittstående eller del av en kjede kan ha betydning for hvordan de tilpasser seg. Konkurransen forhold i markedet og geografisk beliggenhet, samt produktsammensetning, sett i forhold til om private aktører har en breddestrategi eller mer nisjepreget strategi, kan ha betydning. Empiriske data vil kunne gi en forståelse av mulige årsakssammenhenger.

5.2 Forskningsmetode

Her redegjøres for kvalitativ metode, normer for å besvare en empirisk problemstilling, samt etiske utfordringer og min rolle i forskningsstudien. Videre beskrives utvelgelse av respondenter, arbeidet med intervjuguidene og selve intervjuprosessen.

5.2.1 Kvalitativ metode

Metode er et redskap i en forskningsstudie. Kvalitativ metode gir et dybde perspektiv med mye informasjon og innsikt fra relativt få respondenter (Saunders et al., 2009). Generelt fremhever kvalitativ metode innsikt og forståelse, i motsetning til kvantitativ metode som søker oversikt og forklaring (Tjora, 2010). Kvalitativ metode benyttes for å innhente data som kan karakterisere et fenomen, hvor det er vesentlig å fange opp meninger og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvalitativ metode gir høy presisjon, oppdatert og utfyllende informasjon, nærhet til forskningsfeltet, helhet og dybde forståelse. Men samtidig fare for å utelukke sentrale forhold, dette er en reelle risiko når en ikke helt vet hva en leter etter (Dalland, 2007). I utredningen benyttes intervju som forskningsmetode, for å sikre grundig informasjon om forskningstemaet. Dalland (2007) presiserer at kvalitativ metode som intervju vil preges av forskerens personlighet og evne til å kommunisere med respondentene,

samt hvordan forskeren tolker og presenterer dataene. For å sikre pålitelige data er det nødvendig å være bevisst denne utfordringen gjennom hele forskningsstudien, fra forarbeid, intervjuprosessen, analyse og helt til presentasjon av resultat. En utfordring knyttet til kvalitativ metode er at det er tidkrevende og kostbart, og at gjennomføring av en kvalitativ studie fordrer aksess fra aktuelle respondenter. For å kunne gjennomføre denne utredningen sikret jeg meg tidlig tillatelse til å gjøre intervju, ledere i private sykehus samt representanter i de regionale helseforetakene.

5.2.2 Normer for å besvare empiriske problemstillinger

Utredningen er av utforskende karakter, hvor jeg belyser forskningstemaet på bakgrunn av empiriske data fra intervju. Empiriske problemstillinger stiller spørsmål om hvordan noe er i virkeligheten, empiri bygger på kunnskap. Det er knyttet noen normer til hvordan en bør gå frem for å finne svar på empiriske spørsmål, normene kan sees på som idealer forskere bør anstrenge seg for å følge, uavhengig av hvilke forskningsmetode som benyttes. Normene angir at resultatet skal være i overensstemmelse med virkeligheten, dataene skal være systematisk utvalgt, dataene skal brukes nøyaktig, forskerens forståelse skal klargjøres og forskningsresultatet bør være kumulativt, hvilket betyr at forskningen bør bygge videre på forskning som allerede finnes (Dalland, 2007). Normen om at resultatet i en studie skal være i overensstemmelse med virkeligheten, angir at en som forsker skal akseptere sine funn, selv om det ikke er i overensstemmelse med antakelsene en hadde i forkant av studien. Det er viktigere at sannheten kommer frem enn at en som forsker får rett svar (Tranøy, 1986, i Dalland (2007)). Jeg har etter beste evne tilstrebet å presentere funnene nøyaktig, uavhengig av mine antagelser, i hvilke grad antagelser stemmer med virkeligheten i empiriske data presenteres i analyse og diskusjonsdelen av utredningen. Systematisk utvelgelse av data er essensielt for å hindre at data blir laget på en måte som påvirker resultatet i studien. I utredningen benyttes et strategisk utvalg, hvilket innebærer at respondentene er hentet fra en gruppe av ledere som forventes å ha noe spesielt å bidra med til studien. Av det følger at uvalget ikke representerer systematisk utvelgelse, men forventes likevel å være representativt innenfor gruppen av private sykehus med sykehuskonsesjon. Normen knyttet til å bruke data nøyaktig innebærer å tilstrebe nøyaktig datainnsamling, behandling og analyse av data. Hvilket innebærer at resultatet i studien skal være minst mulig avhengig av den som utfører studien (Dalland, 2007). Kvalitativ metode utgjør en utfordring knyttet til at forskerens personlighet spiller en viktig rolle for hvilken kontakt som oppnås gjennom intervjuet og i hvilken grad respondenten er villig til å dele informasjon. Det krever at en tydelig redegjør for sitt ståsted og hvordan studien gjennomføres, samt at en redegjør for hvilken forståelse en

hadde av forskningsteamet før studien, jeg belyser dette i avsnittet 5.4 hvor jeg redegjør for min rolle som forsker. Normen knyttet til at resultatet skal kunne være kontrollerbar innebærer at alt ved studien som kan påvirke resultatet skal gjøres rede for, slik at leserne skal kunne gjøre egne vurderinger. Her gir kvalitativ metode flere utfordringer knyttet til at en forsker neppe evner å gjennomføre intervjuene på helt lik måte hver gang, tross for at en går ut ifra den samme intervjuguiden avhenger dette av samspillet med respondenten. Den siste normen som bør tilstrebes er at forskningsstudien bør bygge videre på forskning som allerede finnes. Dette tilstrebes ved å gjøre en grundig litteraturstudie i forkant av utredningen, men ettersom utredningen representerer et umodent forskningstema, er det begrensede mengder relevante studier og litteratur om temaet, dette støtter oppunder en utforskende tilnærming til forskningstemaet.

5.3 Etske utfordringer i forskningsstudien

Kvalitativ metode medfører en rekke etiske utfordringer. Ettersom intervju er spesielt godt egnet til å få innsikt i respondenters egne erfaringer, tanker og følelser, vil det samtidig forplikte til å behandle respondenten og dataene med respekt uten å stigmatisere eller dømme (Dalen, 2011). All vitenskapelig virksomhet er regulert av overordnede etiske prinsipper, nedfelt i lover og retningslinjer. Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) pålegger meldeplikt for prosjekter som omfatter personopplysninger som behandles med elektroniske hjelpemiddel (Dalen, 2011). Av hensyn til respondentenes personvern jfr. personopplysningsloven § 31 (lovdata 4) og for å sikre at utredningen var lovlig, ble det sendt meldeskjema til Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD) om godkjenning til å gjennomføre datainnsamling i form av intervju. I søknaden ble hensikten med prosjektet beskrevet, samt hvordan prosjektet skulle gjennomføres, behandling og lagring av datamaterialet. NSD finner at prosjektet tilfredsstillte kravene til personvernopplysninger og gir 24.02.2012 godkjenning til å starte datainnsamling gitt at informasjonsskrivet opplyser respondentene om at datamaterialet anonymiseres og slettes etter prosjektslutt 20.06.2012, se vedlegg 3 informert samtykke og vedlegg 4 meldeskjema. I forbindelse med godkjenning av forskningsprosjektet ble det utformet et skriv om informert og fritt samtykke. Fritt samtykke angir at respondenten uten ytre press eller begrensninger har gitt sitt samtykke til å delta i forskningsstudien. Et informert samtykke innebærer at respondenten på forhånd er orientert om forskningsprosjektets art og hensikt. Det presiseres at informasjonen må være forståelig og at respondenten på et hvilket som helst tidspunkt kan melde fra om de ikke ønsker å være med i studien (Dalen, 2011). Respondentene i utredningen ble først kontaktet per e-post, hvor

de ble forespurt om de ønsket å delta i studien. De som bekreftet at de ønsket å være med i studien ringte jeg senere opp eller avtalte møte for intervju per e-post. De som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på at all informasjon, behandles konfidensielt og anonymiseres (Dalen, 2011). Dette måtte også redegjøres for i søknad om forsknings godkjenning hos NSD.

Mye av etikken i forbindelse med intervju er knyttet til presentasjon av data. Dette representerer en utfordring i utredningen, da markedet for private sykehus er relativt lite og oversiktlig. Det innebærer at anonymisering bare til en viss grad er tilstrekkelig, da det kan være en potensiell mulighet for at respondenter kan bli gjenkjent i sitater. Dette sikres ved å innhente samtykke fra respondenter der det er reel fare for at respondenten kan gjenkjennes i sitatet. Det presiseres at den viktigste grunnen til å benytte sitatsjekk er når vi tror at informanten kan komme til å bli gjenkjent (Tjora, 2010). Det kan oppstå etiske dilemma, men fra et etisk ståsted er det nødvendig å være troverdig mot hensynet til respondentens anonymitet fremfor ønsket om å komme frem med viktige resultat.

5.4 Min posisjon i forskerrollen

I en kvalitativ studie er forskerens rolle en viktig faktor, hvor interaksjonen preges av samspillet med respondenten og den aktuelle situasjonen (Dalen, 2011). Enhver forsker bør tilstrebe verdinøytralitet og objektivitet, men det avgjørende er å være seg bevisst sine menneskelige, politiske og faglige verdier. Objektivitet innebærer at forskningsobjektet er uavhengig av den som forsker, og må betraktes som en betingelse for vitenskaplighet (Tranøy, 1986, i Dalland (2007)). Jeg har tilstrebet å forholde meg saklig og upartisk i hele arbeidsprosessen med utredningen, men noen ganger har det vært vanskelig å ikke la personlige oppfatninger dominere. Det er avgjørende å være ærlig om sin subjektivitet, for å synliggjøre ovenfor andre i hvilke grad subjektiviteten kan virke inn på saklighet og i hvilke grad en som forsker evner å være upartisk (Dalland, 2007). Ettersom jeg har helsefaglig bakgrunn og jobbet mange år i offentlige sykehus, innen kirurgiske tjenester, har jeg mulighet til å sette meg inn i de praktiske utfordringer private sykehus opplever knyttet til kirurgiske anbudskontrakter, men samtidig kan dette ubevisst påvirke min evne til å være objektiv. Likeledes kan det påvirke min måte å presentere problemstillingen, måten jeg tolker og analyserer det empiriske datamaterialet. Samtidig ser jeg fordelen av å ha kjennskap til forskningstemaet fra innsiden, i den forstand at jeg har nærhet og engasjement for

forskningstemaet, hvilket kan gjøre utredningen mer virkelighetstro og reflektert enn det den ville blitt uten slik bakgrunnskunnskap.

5.5 Respondenter og utvalgets omfang

En hovedregelen for utvalg i kvalitative intervjustudier er å velge informanter som av ulike grunner vil kunne uttale seg på en reflektert måte om forskningstemaet, hvilket omtales som et strategiske utvalg. Det innebærer at respondentene ikke er tilfeldig utplukket for å representere en populasjon (Tjora, 2010). Av hensyn til problemstillingen og utredningens forskningstema synes det nødvendig å foreta intervjuer både med det private sykehusene, og de regionale helseforetakene (RHF). Dette for å kunne belyse forskningstemaet på en mest mulig korrekt og fortrolig måte. Et intervjumateriale består av mange gode og innholdsrike uttaleleser, dette forutsetter gode informanter og godt opptaksutstyr (Dalen, 2011). I arbeidet med å finne representative respondenter, benyttet jeg informasjon fra sentrale personer innen privat sykehusvirksomhet. Aktuelle personer ble kontaktet per e-post med informasjon om og hensikten med utredningen, samt forespørsel om å bidra i intervju. I de tilfeller hvor jeg ikke hadde noen navngitte personer sendte jeg forespørsel til administrasjonen ved de enkelte institusjonene. Jeg må berømme velviljen og engasjementet hos samtlige respondenter. I et ellers tettpakke program var velviljen stor for å finne et passende tidspunkt for begge parter. Det ble totalt foretatt 11 intervjuer, i løpet av mars og april måned, 7 intervjuer med ledere i private sykehus og 4 intervjuer med sentrale representanter i de regionale helseforetakene. Av intervjuene med ledere ved private sykehus ble det foretatt 4 intervjuer med ledere ved enkeltstående private sykehus, og 3 intervjuer med sentrale personer ved de to store ledende private sykehus kjedene. Alle de regionale helseforetakene unntatt Helse Midt-Norge sa seg villig til å være med i forskningsstudien. Helse Midt-Norge viste til tidligere undersøkelser, sendte over konkurransegrunnlaget og et avklaringsnotat (vedlegg 5) som ble benyttet i forrige anbudsrunde, og ønsket ikke videre å komme med informasjon ettersom de var midt opp i en nye anbudsrunde. Samtidig kan det påpekes, som presentert i media, at det har vært interne utfordringer og konflikter i Helse Midt-Norge, hvilket kan tenkes å ha påvirket den beslutningen (E24; Helmers (2012); Helse midt-Norge).

5.6 Datainnsamling

Her beskrives arbeidet med intervjuguidene og intervjuprosessen. Videre redegjøres det for gyldighet av det empiriske datamaterialet.

5.6.1 Utforming av intervjuguide

Det er hensiktsmessig å benytte intervjuguide for å strukturere intervjuene (Tjora, 2010).

En intervjuguide skal sikre at viktige tema blir tatt opp i intervjuet, intervjuguiden legger en ramme for intervjuene. I utredningen benyttet jeg to intervjuguides, en utformet for RHF'ene og en for ledere i de private sykehusene. Intervjuguidene som ble benyttet i intervjuprosessen bestod av ferdigformulerte, fullstendige spørsmål med hjelpespørsmål og tilleggstema (vedlegg 1 intervjuguide private sykehus, vedlegg 2 intervjuguide RHF). Før jeg startet å utarbeide intervjuguides var det nødvendig å innhente god bakgrunns informasjon om institusjonelle forhold knyttet til private sykehus og anbudskontrakter. Det ble gjort et dybdeintervju med en tidligere kollega som nå er leder for et større privat sykehus. I dybdeintervjuet var fokuset å belyse forskningstemaet både fra de private aktører sin side, men også å få innspill på aktuelle utfordringer RHF'ene står ovenfor i utforming og gjennomføring av anbudskontrakter. Dybdeintervjuet gav nyttig forståelse av dynamikken mellom de enkelte RHF og private sykehus, og gav verdifull innsikt og forståelse av mulige forklaringsvariabler i problemstillingen. Informasjon fra dybdeintervjuet og innhentet bakgrunnsinformasjon gav grunnlag for å utforme en presis intervjuguide. Intervjuguiden skal gi struktur i intervjuene og sikre at sentrale tema blir tatt opp, men en må samtidig gi rom for oppklarende spørsmål for å sikre helhetsforståelsen av situasjonen.

Intervjuguiden var konstruert slik at den startet med brede spørsmål med fokus på fakta, og deretter smalere spørsmål av mer vurderingsfokus. Ved å først kartlegge fakta bidrar det til å sette referanseramme for intervjuet og gjøre det lettere å følge opp med vurderings spørsmål. Det ble bevisst forsøkt å unngå å stille ledende spørsmål, men heller tilstrebe spørsmål som gav respondenten mulighet til å reflektere bredere. Intervjuguiden legger en viss føring for hvilke tema en ønsker belyse i et semi-strukturerte intervju. Styrken ved semi-strukturerte intervjuer er at respondenten selv kan forme intervjuet. Intervjuguiden ble grovinndelt for å lette arbeidet med å analysere dataene.

5.6.2 Intervjuprosessen

Thompson (1978, i Dalen (2011)) angir at det kreves skikkethet for å kunne utføre gode intervjuer, dette innebærer at en som forsker skal vise interesse og respekt for mennesker, ha smidighet i egne refleksjoner, samt vise evne til forståelse, empati og toleranse for andres synspunkt og ha vilje til å lytte. Det er avgjørende å lytte og la respondenten få tid til å fortelle for at intervjuet skal kunne benyttes i forskningssammenheng, da det er respondentens verbale forestillinger i form av ytringer og utsagn som utgjør det empiriske datamaterialet (Dalen, 2011). Det presiseres at for å få størst utbytte av intervjuene er det nødvendig å være godt forberedt, kjenne til ulike sider ved problemstillingen og hvilke implikasjoner det kan ha.

Likeledes bør en tilstrebe å skape en trygg og komfortabel atmosfære, hvor en opptrer med respekt ovenfor respondenten. Gjentatt informasjon om anonymitet og konfidensialitet kan være avgjørende for å få respondenten til å fortelle hele historien (Sauders et al., 2009). For å sikre velvillige og engasjement hos respondentene til å delta med informasjon og meningsytringer er det nødvendig å skape en realistisk forståelse av viktigheten av studien også for informantene, uten å utgi studien for å være noe annet enn det den er.

Hvert intervju ble innledet med en kort presentasjon av studien hvor hensikten var å beskrive studien og sette en felles referanseramme for intervjuet. Det ble benyttet intervjuguide i samtlige semi-strukturerte intervju. Det første intervjuet ble på mange måter et prøveintervju, det ble foretatt ansikt-til-ansikt med en velvillig informant for å få maksimal informasjon. Etter intervjuet gikk jeg gjennom intervjuguiden og foretok noen korrigeringer for å tilpasse og forbedre intervjuguiden. Gjennom hele intervjuprosessen var jeg bevisst på at respondenten ikke skulle føler seg overkjørt eller utilpass i situasjonen, av fare for å hemme vilje til informasjonsdeling og engasjement i samtalen. Semi-strukturerte intervju gir rom for utfyllende spørsmål, dette er viktig for å sikre korrekt oppfatning av situasjonen. Ettersom respondentene er spredt over hele landet, ble det av praktiske og økonomiske hensyn nødvendig å gjøre noen intervjuer per telefon, det var uproblematisk. Respondentene ble ringt opp til avtalt tidspunkt, jeg benyttet fasttelefon som ble satt på høyttaler og tok opp intervjuet på samme måte som ved intervju ansikt-til-ansikt, lyd kvaliteten på opptakene ble gode. Litteratur poengterer at en mister noe av samtale aspektet i gode intervjuer når en gjør telefonintervju, fordi en ikke kan benytte kroppsspråk. Samtidig antydes det at for følsomme tema kan telefonintervju være mer egnet enn ansikt-til-ansikt intervju (Tjora, 2010). Utredningen antas ikke å representere et veldig følsomt tema, men som det antydes kan likevel noen respondenter oppleve at telefonintervju har sine fordeler, knyttet til at de slipper å sitte å stirre på en opptaker, samt en større følelse av anonymitet. Litteratur beskriver at samtaler på telefon kan få et mer formelt preg og at en forholder seg strengere til planlagte spørsmål enn hva er tilfelle ved personlige møter. Likeledes påpekes det at noen personer kan vegre seg mot å snakke i telefon og at en kan forvente seg kortere svar, som gjør at telefonintervju gjerne blir kortere enn intervjuer gjort ansikt-til-ansikt (Tjora, 2010). Før samtlige telefonintervju ble det avklart at respondentene var komfortable med å gjøre telefonintervju. I gjennomsnitt tok intervjuene 50-60 minutter, jeg opplevde kun ved et tilfelle at telefonintervju ikke ble lenger enn drøyt 30 minutter, men ellers var telefonintervjuene på

om lag samme lengde som ansikt-til-ansikt intervjuene. Jeg opplever at personlighet har minst like mye å si som måten intervjuet ble gjennomført på.

De fleste intervjuene med ledere ved private sykehus ble foretatt i form av møter i deres lokaler. De respondentene som spurte om å få intervjuguiden på forhånd, fikk det. Jeg så nytten av at respondentene var forberedt og hadde tenkt igjennom spørsmålene på forhånd. Det var ofte disse respondentene som kom med mest utfyllende informasjon. Samtlige intervju med representanter fra RHF`ene og et par intervjuer med ledere for private sykehus ble foretatt per telefon. I likhet med intervjuene ansikt-til-ansikt fulgt telefonintervjuene den samme intervjuguiden. Av hensyn til begrensinger knyttet til telefonintervju, og for å sikre et felles referansegrunnlaget med intervju foretatt ansikt-til-ansikt, ble presentasjonen av intervjuet i intervjuguiden, samt skriv om informert samtykke, sendt til respondentene per e-post før intervjuet. Respondentene signerte, skannet inn og returnerte skriv om informert samtykke per e-post. Kvalitativ studie i form av intervju er tidkrevende arbeid. Alle intervjuene ble tatt opp og senere transkribert, en møysommelig og krevende prosedyre, men dette kvalitetssikrer dataene og reduserer risiko for misforståelser. Lydfilene ble arkivert etter gjeldene avtale, jfr skriv om frivillig samtykke (vedlegg 3). Ved å lagre lydfiler hadde jeg til enhver tid mulighet for å gå tilbake til original datakilde.

5.7 Gyldighet av forskningsresultat

Her redegjøres for validitet og reliabilitet i den kvalitative forskningsstudien.

5.7.1 Validitet

Validitet angir i hvilke grad dataene er gyldige, om dataene gir uttrykk for det de var ment å uttrykke, med andre ord at empirien har gyldighet og relevans for forskningstemaet. Det skilles mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet innebærer hvordan dataene og analysen er utført og hvordan konklusjonen er tatt på bakgrunn av dataene (Saunders et al., 2009). Intern validitet går på at undersøkelsen faktisk måler det den er ment å måle. Jeg har tilstrebet en så nøyaktig og presis gjengivelse av empiri som mulig, og har forsøkt å ivareta objektivitet til dataene gjennom hele forskningsprosessen, dette for å sikre høy intern validitet. Validiteten i datamaterialet kan styrkes ved å stille spørsmål som gir respondenten mulighet til å komme med innholdsrike og fyldige uttalelser (Dalen, 2011). Ekstern validiteten sees i forhold til i hvilke grad det er mulig å generalisere på bakgrunn av dataene, om forskningsresultatet er overførbart til lignende forskningsstudier. I utgangspunktet skal en være forsiktig med å generalisere på bakgrunn av en utforskende studie (Saunders et al.,

2009). Det faktum at forskningsstudien i utredningen må ansees å representerer et ikke-sannsynlighetsutvalg angir at jeg vil være forsiktig med å generalisere og komme med skråsikre påstander. Utvalget er for lite til å kunne generalisere for de private sykehusaktørene som en helhet, men de empiriske dataene vil likevel gi innsikt og etablere en økt forståelse for forskningstemaet. Det innebærer at det kan foreligge andre forklaringsvariabler og årsakssammenhenger enn de jeg evner å avdekker gjennom denne forskningsstudien.

5.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet refererer til i hvilke grad forskningsresultatet er konsistent over tid og om dataene er representativ for utvalget, samt at forskningsresultatet kan reproduseres med samme metode (Saunders et al., 2009). Dersom disse forholdene er oppfylt og det er synlig hvordan en fatter konklusjoner på bakgrunn av empiriske data, styrker det forskningsstudiets reliabilitet. Reliabiliteten refererer til i hvilke grad resultatet er troverdige. Jeg har tilstrebet å presentere dataene på en pålitelig og ærlig måte, men reliabilitet i kvalitative studier er vanskelig å måle da forskers rolle og samspillet med respondentene spiller en viktig faktor, situasjonene varierer og individene er ulike (Dalen, 2011). Reliabilitet er en forutsetning for validitet, det innebærer at dataene må være troverdige for at studien skal kunne formidle et gyldig funn (Saunders et al., 2009). Kvalitative data fra intervjuer er primærdata, innhentet for å belyse problemstillingen, det styrker troverdigheten av at dataene er relevante for problemstillingen og forskningsstudien. Å sikre gyldige funn fordrer en nøyaktig og kritisk analyse av datamaterialet, et tidkrevende og møysommelig arbeid.

5.8 Metode for analyse av empiriske data

Her redegjøres for arbeidsprosessen med å analysere kvalitative data, transkribering av intervju, systematisering og metode for presentasjon av empirisk datamateriale beskrives.

5.8.1 Transkribering av intervju

Å transkribere innebærer å reprodusere intervjuene til tekst. Forskere er ikke bare interessert i hva respondentene sier, men også hvordan de sier det. Transkribering er en svært tidkrevende øvelse, litteratur anslår at det tar mellom 6-10 timer å transkribere en times opptak, samt presiserer fordelene av å transkribere så nært opptil intervjuet som mulig for å gjenspeile korrekt stemningen og forhold ved kommunikasjonsprosessen som har betydning for meningsinnholdet (Saunders et al., 2009). Å transkribere intervjuene opplevdes tidkrevende, til tider slitsom, men også svært nyttig i forhold til analyseprosessen av de empiriske dataene, da det er enklere å jobbe med tekst enn lydfiler. De transkriberte intervjuene ble lagret som

egne filer og kodet for å sikre respondentenes anonymitet. Transkribering er en forberedelse til dataanalysen (Saunders et al., 2009).

5.8.2 Analyse og presentasjon av kvalitative data

Kvalitativ analyse har som mål å formidle kunnskap og innsikt generert gjennom forskningsstudien. Kvalitativ analyse krever mye intenst tankearbeid og kreativitet (Tjora, 2010). Forskere skal systematisk holde alternative tolkninger oppimot hverandre og identifisere mønstre og meninger i møtet mellom empiri og teori. Analysen skal knytte sammen rådata og resultater ved å sammenfatte og tolke de organiserte datamaterialet. Kvalitativ analyse innebærer abstraksjon og generalisering (Malterud, 2005). Kvalitative data er enkle å forstå, men vanskelig å analysere på grunn av store mengder uoversiktlige data, mye detalj informasjon, samtidig som nærhet til respondenten kan være hemmende for den analytiske avstanden. Den største utfordringen i analysen av kvalitative data er å forstå det store bildet og se sammenhenger. Analyse av kvalitative data er et resultat av skjønnsmessige vurderinger, og har konsekvenser for validitet og reliabilitet, hvilket fordrer at en er tydelige på hvordan en jobber, analysen skal foregå slik at andre senere kan følge veien. De transkriberte dataene systematiseres ved at data summeres, kategoriseres og struktureres (Saunders et al, 2009). Det finnes ulike måter å gå frem for å analysere kvalitative data, avhengig av prosjekttype og problemstilling (Malterud, 2005).

Bakgrunnen for analysen i utredningen er tekst i form av transkriberte intervju, konkurransegrunnlag (Helse Midt-Norge vedlegg 5 og 6, Helse Vest vedlegg 7) og kontraktbestemmelser fra RHF`ene, samt eksterne evalueringer av anskaffelser av private helsetjenester i de enkelte RHF, hvilket ligger tilgjengelig på foretakenes hjemmesider, under styresaker. Med utgangspunkt i intervjuguidene og de transkriberte intervjuene startet jeg arbeidsprosessen med å analysere de empiriske dataene. Jeg benyttet fargekoder for å skille mellom tekst, for å se mønstre, en form for kategori basert analyse. Intervjuguiden var utformet slik at spørsmål som gjekk naturlig over i hverandre kunne slås sammen til kategorier, dette gjorde systematiseringen av dataene mindre komplisert. I utredningen benyttes en tematisk metode for fremstilling av kvalitative data, hvor det tas utgangspunkt i hovedområder og hvor sitater fra empiriske data benyttes for å belyse og underbygge temaer. I kvalitative intervjustudier utgjør respondentenes sitater den egentlige empirien. Sitater skal fange opp det essensielle og gi leseren en genuin innsikt i hva det egentlig handler om uten å virke støtende på respondenten (Dalen, 2011). I analyseprosessen brukte jeg mye tid på å finne gode sitater som var beskrivende for temaet, sitater presenteres med kursivskrift i

innrykte avsnitt. Ettersom datamaterialet bestod av empiriske data både fra ledere i private sykehus og representanter for RHF`ene, krevde det en skjerpet oppmerksomhet på å gjengi og holde ulike tolkningene oppimot hverandre for å gi et korrekt bilde av problemstillingen. Utfordringen har vært å identifisere sammenhenger og mønster som naturlig kan kobles oppimot teori. I analyseprosessen har jeg tilstrebet å dra fornuftige sammenhenger uten å tillegge dataene ekstra verdi eller informasjon.

6 Presentasjon av empiriske data

Her presenteres forskningsresultat fra den kvalitative intervjustudien, for oversiktsskyld omtales de private sykehus aktørene og de regionale helseforetakene (RHF) hver for seg. Ved uttalelsene fra respondentene fra RHF'ene belyses forskjeller og likheter knyttet til hvordan de opplever ulike forhold knyttet til anbudsprosessen og de kirurgiske anbudskontraktene. Det observeres noen ulik oppfatning fra region til region avhengig av geografi og konkurranseforhold i ulike deler av landet. Blant de private sykehusaktørene belyses ulike oppfatninger på bakgrunn av likheter og forskjeller mellom frittstående, selvstendige små og større aktører som er del av en kjede.

6.1 Empiriske forskningsdata fra de regionale helseforetakene (RHF)

Felles for alle representantene fra de regionale helseforetakene (RHF) er at de er klare og tydelige på at de sitter på forhandlingsmakten og således legger premissene for de private sykehusene som velger å konkurrere om anbudskontrakter. De er veldig klar over at anbudskontraktene kan være avgjørende for eksistensgrunnlag for noen private aktører, men opplever det ikke som deres ansvar å holde liv i dem, og viser til konkurransereglene. Flere opplever anskaffelser av helsetjenester som tunge prosesser hvilket kompliseres ved at de ofte ender i rettssystemet, KOFA, som er klageinstansen for anskaffelser. De opplever dette svært frustrerende og lite tilfredsstillende, da de virkelig prøver å lage avtalene så gode som råd innenfor de retningslinjer og politiske føringer som finnes. De uttrykker frustrasjon knyttet til ressursbruk og ekstraarbeid i forbindelse med klagesaker. En sier det slik:

⟨det kan se veldig annerledes ut enn det kan se ut fra det offentlige, ute i markedet, fordi det er langt flere aspekt som kommer inn i bildet enn det som kommer ut i VG og Dagbladet⟩ (RHF1a, Spesialrådgiver)

Felles for alle RHF'ene er at de i varierende grad kjøper kirurgiske helsetjenester fra private aktører. Gjennomgående kirurgiske områder er enkel generell kirurgi, ortopedi, øre-nese-hals, ryggkirurgi og plastikkirurgi på medisinsk indikasjon (bukplastikk etter slanking eller fedmeoperasjon, brystreduksjon etc.). En respondent sier dette om deres innkjøp av kirurgiske helsetjenester fra private:

⟨helt fritt står vi ikke, det er en klar føring fra politisk helse at vi skal kjøpe på omtrent samme nivå som tidligere... for øvrig står vi fritt til å øke et område og redusere et annet⟩ (RHF 1b, direktør)

Det observeres noe ulike anbudsprosesser i de enkelte RHF. Tidligere benyttet flere åpen konkurranse med forhandlinger, som gir mulighet til mer skreddersøm, men samtidig økt

sjanse for å havne i retten fordi noen aktører føler seg forskjellsbehandlet. En respondent sier at de private kommersielle aktørene kjenner sine rettigheter og er flinke til å kjemper for dem. Det har gjort at noen RHF'er har benyttet anbudskonkurranser hvor det ikke var rom for forhandling. Anbud blir publisert på Doffin, alle respondentene mener dette er et velfungerende system. Avtaleperioden på kontraktene er noe ulik i de enkelte RHF, og varierer fra 1-3 år, med ensidig opsjon til å forlenge anbudskontrakten med ett år av gangen. Det fremkommer at RHF i de fleste tilfeller benytter seg av muligheten til å forlenge kontrakten i et år og eventuelt et år til.

6.1.1 Opplevelse knyttet til anskaffelser av helsetjenester fra private aktører

Respondentene angir at RHF sitt mål med anbudskonkurransen er et supplement til tilbudet i offentlig sykehus, primært innenfor fagområder der ventetidene er lange. En respondent sier:

«det er både et supplement kapasitetsmessig og et korrektiv, det er ikke et nødvendig onde. De er en viktig del av den samlede helsetjenesten, det er viktig å bruke de private aktørene på en hensiktsmessig måte. I forhold til benchmarking så er det viktig å ha et privat marked å sammenligne seg med... en ser jo at en del private aktører er kommet langt når det gjelder organisasjonsformer og effektivitet» (RHF 1b, direktør)

Det råder litt ulike oppfatninger, en responderer uttrykker at de er påtvunget å kjøpe helsetjenester fra private aktører og opplever det som en byrde. Men de fleste angir en positiv erfaring med kjøp av helsetjenester fra private aktører, men innrømmer at det innimellom kan oppleves som et tungrodd regelverk, som er rigid og veldig på detaljnivå. En sier det slik:

«Jeg registrerer at det er veldig tunge prosesser og systemet det er veldig låst, formelle prosesser, jeg skulle gjerne hatt mer grad av fleksibilitet» (RHF 1b, direktør)

Flere påpeker at dette gjenspeiler noe av forvaltningsjussen, hvor prinsippene er dratt helt til det ytterste, og det presiseres gjentatte ganger at dette kanskje ikke er det mest hensiktsmessige. De etterlyser mer smidighet i systemet, og kanskje litt mer samarbeid innenfor kontraktene i den grad jussen gir mulighet til det. En respondent sier;

«Vi vet at går vi til direkte anskaffelse hos en aktør og det er en annen som mener de kunne levert det samme, så havner vi i retten, vi er jo bare helt avhengig av private, men jeg skulle gjerne hatt større grad av fleksibilitet» (RHF 1b, direktør)

En annen sier dette;

«Det er jo et juridisk rammeverk, jeg synes ikke det er særlig problematisk å forholde seg til det når det gjelder kjøp av kirurgiske tjenester. For vår del er det nok den minst kompliserte anskaffelsen vi gjør, det kan godt hende at det er andre deler, regioner der det er flere konkurrenter så er det ganske krevende likevel» (RHF 2, leder)

6.1.2 Kvalifikasjons- og tildelingskriterier

Det observeres at kvalifikasjonskravene varierer noe for de enkelte RHF, og fra en anbudskontrakt til neste. Et absolutt kvalifikasjonskrav er sykehuskonsesjon, andre gjennomgående kvalifikasjonskriterier er velfungerende kvalifikasjons- og styringssystem, inkludert intern-kontroll, helse-miljø og sikkerhet og oppfølgingsprosedyrer. Det blir diskutert forhold knyttet til at noen private aktører har et strekt fokus på at de er ISO sertifiser, en sier;

«ISO-sertifisering går mye på dette her med intern-kontroll og prosedyrer, det går ikke på det faglige innholdet, det er ikke noen akkreditering for de faglige prosedyrene» (RHF 2, leder)

I hovedsak skjer tildeling av anbudskontrakt på bakgrunn av det tilbudet som ansees som mest økonomisk fordelaktig, evaluert etter kriterier som pris, kvalitet og tilgjengelighet. Det er derimot stor variasjon i hvordan de ulike RHF vektet tildelingskriteriene. Ytterpunktene er Helse Vest, som i sin siste anbudskontrakt vektet pris som altavgjørende for hvem som ble tildelt anbudskontrakten, de forsvarte dette med at andre viktige kriterier som kvalitet og tilgjengelighet var sikret i kvalifikasjonskriteriene, dette medførte sterkt priskonkurranse, hvor et allerede veletablert og anerkjent privat sykehus ikke fikk fornyet sin kontrakt og måtte legge helt om virksomheten ved å satse på nye kirurgiske områder i markedet for privatbetalende pasienter. I det siste anbudet i Helse Sør-Øst, hvor tidsfristen for å melde tilbud gjekk ut i slutten av mars, var det angitt at kvalitet skulle vektes 60% og pris 40%, hvordan dette gir seg utslag er ennå ikke klart. Helse Nord står ovenfor litt andre utfordringer enn de andre RHF'ene knyttet til geografi og befolkningsfordeling dette gjør at de i større grad tar hensyn til tilgjengelighet. Her har pris og kvalitet blitt vektet 40% og tilgjengelighet 20%, dette for å sikre befolkningen et akseptabelt tilbud. Fra flere representanter presiseres det at tilgjengelighet kan være så mangt, det kan være geografisk tilgjengelighet, eller det kan være i hvilke grad du er tilgjengelig for pasientene eller rekvirentene.

6.1.3 Pris versus kvalitet

Det observeres en tendens til at RHF'ene i større grad vektlegger kvalitet i tildelingskriteriene, men ettersom kvalitet er vanskelig å måle, blir ofte pris avgjørende når aktører ellers vurderes som likestilt på de andre tildelingskriteriene. Selv om RHF ønsker å legge større vekt på kvalitet ved tildeling av anbudskontrakter, blir pris i praksis avgjørende for hvem som får anbudskontrakten, fordi pris er enkelt å måle. En sier det slik:

«Hvis du har profesjonelle aktører så lander du fort på at det blir pris som blir avgjørende likevel, fordi at du skal score forferdelig høyt på kvalitet for å veie opp for prisforskjeller» (RHF 1a, Spesiellrådgiver)

En understreker ved flere anledninger at de enkelte RHF ikke skal kjøpe overkvalitet, men god nok kvalitet. En annen hevder det er en utfordring at pasientene skal komme først, og sier det slik;

«Det er faktisk to motstridende hensyn, det at vi skal få mest mulig for minst mulig, og vi skal få best mulig kvalitet for minst mulig, også vi skal sette pasientene foran alt» (RHF1a, Spesialrådgiver)

Tildelingskriteriet kvalitet blir i konkurransegrunnlaget beskrevet noe ulikt, men favner bl.a. krav til personalets kompetanse og erfaring, hvor det ofte kreves CV, referanser og spesialistgodkjenning fra samtlige som er involvert i pasientbehandling, samt krav til pasientoppfølging både før og etter operasjon. Det er en gjennomgående diskusjon i alle intervjuene hva kvalitet er og hvordan eventuelt det kommer til uttrykk. Alle er klare på at det ikke er mulig å gå inn og overprøve eller kontrollere kvaliteten på det arbeidet som gjøres av profesjoner, den type kvalitetsvurdering synes de er vanskelig. Flere presiserer at kompetansen til den enkelte kirurg er viktig, og at sykehuset må ha godkjenning innenfor fagområdet de søker anbuds kontrakt for å kunne være med i konkurransen. En sier;

«Her gjør vi det enkelt, du er godkjent som sykehus, du har spesialistene dine, og du har dokumentert at du har spesialister innenfor alle disse fagområdene som du leverer tilbud på, så då tenker vi at det må være nok» (RHF 3, seniorrådgiver/jurist)

Flere sier det er mulig å kontrollere kvalitet i forhold til komplikasjonsrate, men det fordrer at de private aktørene er lojale mot systemet og melder inn. Det nevnes også at en kan måle kvalitet i forhold til kunde tilfredshet, men dette er heller ikke noe de benytter seg av. Det angis eksempelvis en måte å score på kvalitet i forhold til konkurrentene, nemlig hvordan pasienten følges opp, hele behandlingsskjeden. En sier:

«Det har vært litt kritikk tidligere, sånn fly in- fly out operatører, slik at så snart du var ferdig med dagen så satt du på flyet tilbake til Oslo eller hvor de kommer i fra og det er slike forhold vi mener de kan konkurrere på» (RHF 2, leder)

Flere respondenter tror at det å ha avtaler med det offentlige kan være et kvalitetssymbol. De påpeker at tilbud for kirurgiske helsetjenester skiller seg fra andre tilbud, da det finnes et marked utenfor, de kan velge om de vil være med eller ikke. De opplever at å ha avtaler med det offentlige sitter høyt hos de private aktørene og tror det er positivt for omdømme at de kan vise til at de har avtaler med det offentlige.

6.1.4 Opplevde utfordringer knyttet til anbuds kontrakter

Flere sier de ofte blir møtt med at anbudsordningen ikke er forutsigbar, men en hevder at i gjennomføringen av konkurransen er rimelig forutsigbar, det er derimot noe annet med

tidsperspektivet på kontraktene, hvor de er begrenset av rammeavtalen som angir at anbudsavtalen maksimalt kan være på fire år. En sier det slik:

«De tilbakemeldingene vi får fra leverandørmarkedet, både innenfor kirurgi og andre er ønske om lengre avtaleperioder og større forutsigbarhet. I alle fall for vinneren av konkurransen så er jo det ønsket, samtidig jo lengre kontrakten er, jo lengre er det til det er mulighet å komme inn igjen» (RHF 2, leder)

Flere respondenter angir et dilemma knyttet til langsiktighet på den ene siden, og behovet for å kunne justere innretningen av leveransen på den andre siden, fleksibilitet til å kunne forlenge avtalen etter eksempelvis to år, eller eventuelt å gå ut med et nytt tilbud om de har større behov for å kjøpe innenfor andre fagområder. Det er mange hensyn å ta, og flere antyder det er for dumt å binde seg i fire år når en ikke har mulighet til å gjøre særlige endringer underveis. En sier:

«Vi kan ikke forhandle så mye, det må ikke bli vesentlige endringer i avtalen, for da må vi legge ut en ny konkurranse.... Der er en del av det vanskelige spillerommet vi har innenfor anskaffelsesregelverket, avtalerettslig er det ikke noe problem å forhandle i løpet av en avtaleperiode, men du får den begrensningen som anbudsreglene setter....., hvis du forhandler deg bort og gjør vesentlige endringer så er det ulovlig direkte anskaffelse, det er vanskelig, Vi har vært ganske strenge til nå, og det er nettopp for å unngå slike problemer» (RHF 3, seniorrådgiver/ jurist)

Det observeres en noe ulik praksis knyttet til utforming av anbudskontraktene, noen har lagt inn litt fleksibilitet med mulighet til enkel justering i slutten av hvert kalenderår innenfor den tildelte rammen, mens andre holder seg strengt til avtalen uten noen korreksjon underveis. Det observeres at noen RHF deler opp kontrakten i fagområder, men å endre type inngrep i kontraktsperioden problematiseres ved at det kreves godkjenning på fagområde, det er ikke alle private sykehus som har godkjenning på alle aktuelle fagområder.

6.1.5 Forbedringspotensialer

Samtlige respondenter erkjenner at de kan bli bedre på anskaffelser av helsetjenester og håper å kunne gjøre ting bedre i neste anbudsrunde, med hensyn til å gjøre bedre behovsvurderinger i foretakene, utforme kontraktene mer nøyaktig og ikke minst peker de på et stort forbedringspotensial i forhold til å følge opp anbudskontrakter i kontraktsperioden. Dagen praksis kan illustreres ved denne kommentaren:

«Vi følger hovedsakelig opp på papiret ja, det eneste er lokalene, de private sykehusene får jo godkjent lokalene, og det er det ikke vi som er kvalifisert til å godkjenne. Så jeg tenker at ut ifra det skal vi ikke ut å gjøre noen godkjenningsrunde i tillegg til det» (RHF 2, leder)

I forhold til fremtidig utforming av anbudsavtalene, sier en:

«Det med avtalelengde og eventuelt fleksibilitet innen avtalen innen områder de har fått kan jo være forhold som kan vurderes i kommende anskaffelser... utfordringen ligger i å bruke regelverket og anbudsregimet på en fornuftig måte» (RHF 2, leder)

6.2 Empiriske forskningsdata fra private sykehus

De private sykehusaktørene er i svært ulik grad avhengig av offentlige anbudskontrakter. En gjennomgående trend er at aktørene ønsker å gjøre seg mindre og mindre avhengige av offentlige avtaler fordi de mener vilkårene er for dårlige. De fleste har økt fokus inn mot forsikringsbransjen hvor betalingsviljen er langt større. Men noen er fortsatt tungt inne i anbudskontrakter, og det er særlig de to store aktørene som legger beslag på mye av de offentlige avtalene. Men de mindre aktører er inne på flere fagområder, disse avtalene er relativt sett minst like viktige for dem som avtalene for de større aktørene som er del av en kjede, de større aktørene tåler liten inntjening en periode bedre enn de små aktørene. Samtlige aktører som er inne i anbudskontrakter angir at det vil ha konsekvenser for personell og drift om de ikke får forlenget kontraktene, eller får annen type kontrakt i neste anbudskonkurranse. De store aktørene angir at inntjening fra offentlige avtaler utgjør mellom 25-50% av deres totale omsetning, mindre frittstående private aktører angir mellom 25-30% av omsetningen. En aktør sier:

«Vi er sårbare, og vi jobber hele tiden for å redusere denne andelen, for det er klart prisene er presset i de kontraktene. Det er andre ting vi tjener mer på» (Priva 1, kjede)

En av de store aktørene sier at offentlige avtaler noen steder betyr mer enn det prosenttallet skulle tilsi, og følger opp med å si:

«Det betyr at på mange steder har vi et grunnlag for å ha ortopedi tilbud, som gir oss et ortopedi tilbud ovenfor forsikringsselskapene og den type ting, men etter hvert som årene går så håper vi at de offentlige avtalene betyr mindre og mindre... men de har mer å si enn det omsetningsverdien skulle tilsi. De har betydd mye, men vi håper de betyr mindre fremover» (Privat 4, kjede)

Det observeres at de private sykehusene er ulikt organisert, selv de største aktørene har valgt svært ulik struktur, en aktør har valgt en desentralisert struktur hvor kontroll og kunnskap i hovedsak ligger ute i de ulike klinikkene som tilhører konsernet. Hovedkontoret har kunnskap og erfaring knyttet til konkurranse om anbud, strategiutvikling, markedsføring etc. De andre større aktørene har en tyngre sentral administrasjon med mer sentralisert styring. Det observeres at de private sykehusene har gjort ulike valg knyttet til grad av spesialisering og

produkt sammensetning, dette vil klart kunne påvirke deres oppfatninger av situasjonen og meningsytringer. De private sykehusene stilles ovenfor noe ulike betingelser i de enkelte RHF, gitt i konkurransegrunnlaget som beskriver hvilke krav de setter til konkurransen, som en finner i kvalifikasjonskriterier, tildelingskriterier og som videre legger føringer for utforming av anbudskontraktene. Ulike rammebetingelser vil farge de private aktørenes oppfatninger.

6.2.1 Vurderinger knyttet til valget om å være med i konkurransen om anbudskontrakter

Det angis ulike årsaker til hvorfor de private aktørene velger å være med i konkurranse om anbudskontrakter eller ikke. Samtlige private aktører poengterer at de driver sykehus, men at de samtidig driver forretning. De ønsker å skaffe oppdrag til sin virksomhet som kan styrke selskapets posisjon, samtidig som det gir en plattform til å bygge videre på mot andre fagområder og betalingssegment. De angir en viktig faglig misjon i den forstand at offentlige avtaler gir muligheten til å bli dyktig på enkelte fagområder, fordi kirurgene får operere et stort volum. I tillegg fremheves en samfunnsmessig misjon, knyttet til at private sykehus faktisk gjør noe meningsfullt for det enkelte individ, samtidig som de bidrar samfunnsøkonomisk til bedre utnyttelse av ressursene, i form av at de får folk raskere tilbake i arbeid etc. En av de store aktørene påpeker at offentlige avtaler gjør at de kan opprettholde et miljø med stor faglig bredde som gjør dem interessant både for sykepleiere og leger. Samtidig angis det at de er avhengig av et stort volum for å utvikle spisskompetanse. Det poengteres at når en har tilgjengelig personell og utstyr, ledig kapasitet, og samtidig er inne i offentlige avtaler fra før, fordrer det ovenfor eiere at en deltar i konkurranse om anbudskontrakter, et annet viktig poeng er at enhetskostnadene vil, som med all annen produksjon falle noe over tid på grunn av effektivisering av prosessene. I vurdering knyttet til å være med i konkurransen om anbudskontrakter angir aktørene at de vurderer om dette er noe de kan drive med uten altfor store investeringer, eller om det blir for kostbart og vanskelig å gå i gang med, sett i forhold til det de driver med i dag. En aktør sier det slik:

*«Vi ser på hvilke kontrakter som kan være aktuelle, hva vi er gode på, hva vi kan få til å gjennomføre. Også er det ren pris kostnadsvurdering, veldig nøye»
(Privat 7, frittstående)*

En aktør som bevisst har valgt å ikke være med i konkurranse om anbudskontrakter angir prisdumping og dårlig mulighet til langsiktig planlegging som viktigste årsak til at de har valgt å stå utenfor. Det påpekes at de hadde mulighet å velge bort avtaler med det offentlige fordi de hadde god erfaring og kjennskap til det private markedet, som de klarte seg godt på.

Flere aktører poengterer at forberedelsene til å legge inn tilbud i anbudskonkurransen er ressurskrevende, og viser til at dokumentasjonen som sendes inne kan komme opp i 200 sider. De presiserer at større enheter som er del av en kjede har fordeler knyttet til administrative ressurser som kan å håndtere slikt prosesser, det samles mye *know how* sentralt, i motsetning til mindre selvstendige aktører. Utarbeidelse av tilbud til anbud er nøysomt arbeid hvor kostnader vurderes på kalkylenivå, en par av de større aktørene benytter simuleringmodeller i dette arbeidet. Mens andre aktører benytter mer lettvinde løsninger hvor de i hovedsak tar utgangspunkt i en pris rett over sine forventet kostnader. Praksisen har vært at de må legge seg så lavt for i det hele tatt kunne ha en sjanse om å få tildelt en kontrakt. Konkurransen om anbudskontrakter oppleves som steintøff av samtlige aktører. En poengterer dette:

«Det er klart det er ingen av de private i dag som driver veldig lukrativ business på de offentlige avtalene» (Privat 1, kjede)

Private aktørene som har valgt å være med i konkurranse om anbudskontrakter angir at de tilstreber kontinuitet ved i hovedsak å bygge på den kompetansen de har, det angis at å starte fra *scratch* hvert fjerde år ikke er bra. De private aktørene kan også vurdere å benytte avtaler med det offentlige til geografisk ekspansjon eller som en base til å bygge ytterligere business. En av de ledende aktørene satset stort på å vinne et større anbud og etablerte et nytt sykehus i en ny by. Sykehuset ble startet kun på basis av offentlige anbudskontrakter, nå jobber de med å bygge opp en privat base ved siden av og utvider tilbudet etter hvert som pasienttilstrømningen øker. Det understrekes fra flere hold at det dreier seg mye om taktikk, en aktør sier det slik:

«Det er en sånn strategisk konkurranse som foregår, man priser seg taktisk enten for å komme inn å kunne etablere noe annet man tjener penger på, for en periode for å etablere seg og bygge seg opp. Eller at den som eksisterer der kan prise seg veldig lavt for å hindre etablering fra en konkurrent osv.. Men sånn tenker de offentlige også, de tenker at de vil tildele litt klokt, så det hele tiden er mer enn en tilbyder tilstede. Så de tenker jo taktikk på samme måte, men med litt motsatt fortegn» (Privat 4, kjede)

Her presiseres det at en god innkjøper bør dele opp anbudskontraktene for å holde liv i flere private aktører og stimulere til reell konkurranse, det er nettopp dette en observerer at noen RHF'er gjøre i større grad i de siste anbudene som lyses ut. Her legges det til rette for at private aktører kan legge inn tilbud på deler av en større avtale, enten innenfor fagområder eller kun deler av et fagområde.

6.2.2 Opplevelse knyttet til å levere tjeneste til det offentlige

Flere påpeker de er grunnleggende positive til å bidra til å gi god helsetjeneste til pasienter innenfor en offentlig ordning, men understreker at spillereglene må være slik at en blir

verdsatt for den jobben en gjør, de er opptatt av å ikke bli tvunget til å gå på akkord med sine egne prinsipper for å være med i konkurransen om anbudskontraktene. Samtlige angir at marginene er små på de offentlige kontraktene og at det ikke er mye en sitter igjen med, men flere av aktørene oppgir at det er en måte å holde driften i gang, og sikre nok arbeid til sine ansatte. Videre påpeker samtlige at det er vanskelig å planlegge og gjøre investeringer med utgangspunkt i en toårsperiode som har vært hovedregelen i avtalene, de presiserer at de ikke kan ta for gitt at RHF vil benytte seg av opsjonen til å forlenge kontrakten i ett pluss ett år til, det er i så fall en bonus. En aktør sier det slik:

«Det er håpløse rammebetingelser, vi skal investere da gjerne i noen tilfeller i personer og utstyr og den type ting, men hvis vi ikke får mer enn to år i en konkurranse..., det er ikke grunnlag for å gjøre tunge investeringer. Ingen andre bransjer har slike rammebetingelser. I tillegg innebærer det en risiko, nesten over natten er kontrakten borte. Du kan ha gjort en kjempejobb de to årene du har hatt kontrakten, en kjempejobb, men likevel taper du neste runde av en eller annen årsak., og det tar ikke det offentlige hensyn til i hele tatt» (Private 4, kjede)

Samtlige ledere sier at det er så godt som ingen oppfølging av anbudskontraktene, utover at det kontrolleres at det de fakturerer er i overensstemmelse med avtalen. Flere etterlyser mer interesse og tilbakemelding fra oppdragsgiver på den jobben de gjør. Flere aktører sier de har invitert RHF for å vise dem hva de har å tilby, men det presiseres at interessen har vært liten fra RHF sin side. Men samtidig uttrykker en det slik:

«Det er egentlig uproblematisk for det er nokså nøye beskrevet i anbudsdokumentene hva vi skal levere, vi er veldig innforstått med hvilke jobb vi har sagt ja til, så det er ganske tydelig. Det er satt tak på det, hvor mange vi får lov å gjøre og hvordan de skal fordeles utover året, det er veldig spesifikt, det bærer preg av at det er mye jurister i RHF etter hvert» (Privat 7, frittstående)

De private aktørene som har avtaler med det offentlige påpeker utfordringer knyttet til at det kreves at antall pasientene skal fordeles utover året. Poenget er at det skal være tilgjengelige ressurser for publikum, men i praksis bygger det seg opp kunstige ventelister for pasienter som er offentlig henvist, tiltross for at det finnes ledig kapasitet. Begrensningen er ikke kapasitetshensyn i klinikken eller kirurger, men kapasitetsbegrensning i den offentlige kontrakten. Det presiseres at det er spesielt krevende, pedagogisk sett ovenfor pasientene, å forklare at de gjerne må vente 2-3 måneder, samtidig som de kan tilby pasienten operasjon neste dag dersom de betaler selv. En illustrer det slik;

«Hvis du ringer i januar så er du i og for seg ganske heldig for da har det ikke bygget seg opp så store ventelister, men det er klart ringer du i oktober er det verre, for da har jo vi måtte legge alle de som ikke fikk plass i mars, april, mai, juni utover, så det bygger seg opp ventelister hos oss også» (Privat 1, kjede)

Det poengteres at dette kan sette de private sykehusene i et ufortjent dårlig lys, da pasientene ikke ser at den faktiske årsakene til problemene er skapt av reguleringer i de offentlige avtalene. En annen utfordring flere av de private aktører poengterer er at RHF stadig bommer grovt på behovsvurderingen, det gir seg utslag i ventelister på noen avtaler og mye ledig kapasitet på andre avtaler. Noen sier de har forsøkt å forhandle seg fram til å flytte pasienter fra et fagområde til neste, men her ligger begrensninger i rammeverket som vanskeliggjør dette. En leder uttrykker det slik:

«Det er ganske frustrerende for vi kunne ha hjulpet til med å redusere ventelistene betraktelig» (Privat 2, kjede)

Men også her observeres det litt ulik praksis i de enkelte RHF. Noen aktører sier at det til en viss grad er rom for å diskutere forhold knyttet til om pasienttilstrømningen er i samsvar med det som lå til grunn for avtalen. Det angis at det er en viss mulighet for å få bytte noen fra en kode til en annen kode der det er større behov. Generelt angir de fleste at det volumet de får i kontraktene er mindre enn det behovet de kan dekke, dette synes være en felles oppfatning fra nord til sør. Videre angir noen aktører at de savner en klarere rolle som korrektiv og supplement ovenfor offentlig helsevesen. De opplever ikke å få utfylle den rollen som loven sier de skal ha, fordi de private aktørene opplever å få for små volum. En aktør poengterer hvordan de tidligere opplevde å være et korrektiv til det offentlige helsevesen:

«Da vi begynte med hofteproteser fungerte dette med korrektiv, mens det offentlige holdt de oppimot 2,5 uker, så innførte vi en prosedyre der vi opererte de på mandag og skreiv de ut fredag og kjørte de til rehabilitering de som hadde behov for det, resten ble sendt hjem. Vi fikk en voldsom kritikk faglig sett, men i dag gjør alle det samme» (Privat 6, frittstående)

Private aktører som har offentlige avtaler angir at det er lite faglige utfordringer knyttet til å levere helsetjenester fordi fagfolkene stort sett er enige om måten å gjøre ting på, der er gode prosedyrer og det hevdes å ikke være særlig stridigheter rundt det. Private aktører som ikke har offentlige avtaler er mer skeptisk til den samlebåndspregede produksjonen som tvinger seg fram på grunn av pressede priser og behov for stort volum. De stiller spørsmålsteget med den faglige kvaliteten og i hvilke grad dette er faglig forsvarlig praksis.

Flere aktører opplever utfordringer knyttet til at RHF`ene kjøper stykkevis og delt, når de deler opp kirurgiske fagfelt, det skaper i tillegg forvirring blant dem som henviser. Private aktører opplever å få henvist pasienter de ikke har offentlige avtaler om, dette gir merarbeid

knyttet til å sørge for å få sendt pasienten tilbake eller skaffe dem plass på riktig sted, samtidig skaper det frustrasjon og forsinket behandling for pasientene. I tillegg angir flere at de opplever at det eksisterer en del misforståelser i det offentlige helsevesen og i befolkningen generelt knyttet til hva privat sykehusvirksomheten er, en aktør sier:

«Jeg tror ikke de offentlige sykehusene tar helt innover seg at vi bare skal avhjelpe dem, vi er ikke en konkurrent og vi er ikke noen som bare skal skumme fløten, vi koster dem ingenting, men pasientene har et tilbud om å slippe å stå i kø..., men det oppleves ikke som det er noen stor vilje til å informere pasientene om det» (Privat 2, kjede)

Det påpekes at dette nok skyldes mangelfull informasjon ut til befolkningen, samtidig som fastlegene mangler oversikt over tilbudet som finnes og hvem som gjør hva. En av de store aktørene sier de aktivt benytter media for å synliggjøre sitt tilbud og gjøre folk oppmerksom på at de har offentlige avtaler. Videre angir flere ledere at det er mye dumskap i kontraktene, ikke hvordan kontraktene er utformet, men mer tildelinger som gir samfunnsøkonomisk dårlige løsninger. En aktør påstår RHF`ene ikke alltid er like gjennomtenkt i tildelingen, og viser til at det i noen tilfeller er for store avstander mellom behandlingssteder som har offentlige avtale, fordi enkelte RHF kun har tildelt en stor avtale for hele regionen, kun basert på det billigste tilbudet og ikke tatt i betraktning at pasientene skal ha dekket reisekostnad og eventuelt overnattig. En illustrerer det slik:

«Du får disse enorme reise utgiftene, de kostnadene ser ikke helseforetakene for da hadde det kanskje gått opp et lys for de, de går rett til staten, men du trenger ikke være voldsomt smart for å finne ut av det, så det er ganske idiotisk samfunnsøkonomisk» (Privat 7, frittstående)

For å sikre gode samfunnsøkonomiske løsninger poengteres det at det er nødvendig med en viss grad av langsiktighet og forutsigbarhet. En aktør sier det slik:

«Jeg er ikke de som sier at prisene må opp, det er ikke så stort tema, for det skal være skikkelig konkurranse, med det med forutsigbarhet på begge sider av bordet, det kan jeg ikke fatte, at de ikke jobber hardt med det der» (Privat 4, kjede)

Likevel påpeker flere aktører at det har vært en utvikling i riktig retning knyttet til hvordan RHF`ene foretar anbudskonkurransen. De har blitt mer profesjonelle og flinkere til å stille krav. Flere sier de ikke har noe problem med å forholde seg til rammebetingelsene slik de er i dag, men det understrekes at det er store forskjeller mellom de enkelte RHF, både profesjonaliteten i anbudsprossen og i samarbeidet underveis. Helse Sør-Øst fremheves som en profesjonell innkjøper, noen forklarer dette med at de er det største regionale helseforetaket og at de har evnet å ta lærdom av tidligere anbudskonkurranser. Flere indikerer at å håndtere

anbud i dag er et fag. Videre poengteres en viktig positiv effekt av å være med i konkurranse om anbudskontrakter. Flere viser til en oppdragene effekt i seg selv i forhold til å holde orden på kvalitetssystemer, prosedyrer, intern-kontroll, HMS etc. Det krever at en tenker igjennom hva en driver med og hvordan en kan gjøre ting bedre.

6.2.3 Forhold knyttet til pris versus kvalitet

Det fremkommer at det er store forskjeller knyttet til i hvilke grad de enkelte RHF vektlegger kvalitet versus pris. Flere aktører angir at RHF er forpliktet til å si at kvalitet er viktig, men når det kommer til stykket klarer de ikke å skille aktørene fra hverandre ut ifra et dokument, det påpekes at dersom de skal skille på kvalitet må de ut i sykehusene for å se hvordan det fungerer. En aktør sier:

«Min erfaring i denne bransjen er at; they dont walk the talk, they walk the walk, and talk the talk» (Privat 4, kjede)

Det presiseres at de etterspør kvalitetsparameter når de leverer anbudene, men de skjeler til pris. Flere aktører påpeker riktignok at RHF i økende grad har økt fokus på kvalitet, og antyder at dette nok bare er starten på noe som vil utvikle seg, at de private sykehusene må dokumentere kvalitet, og sier videre:

«Det går på kompetanse, både hos kirurger og pleiepersonell, og serviceapparatet, så går det ikke minst på tilgjengelighet, å ha en sengepost som er åpen døgnet rundt, 365 dager i året, det er et veldig viktig kvalitetsaspekt» (Privat 1, kjede)

En aktør som bevisst har valgt å ikke være med i konkurranse om anbudskontrakter en periode, vurderer nå å gå inn i konkurranse om anbud igjen nettopp fordi de opplever at det er økt fokus på kvalitet, men påpeker at det er vanskelig å måle kvalitet og advarer mot en taktikk i å utbrodere dette kvalitets aspektet.

En annen leder og fagperson som bevisst har valgt å ikke være med i konkurranse om anbudskontrakter, men som mener å ha god innsikt etter å vært tett på denne bransjen i en årrekke, uttrykker skepsis knyttet til de kvalitetstall som de store aktørene hevder å ha. Det hevdes at de forspiller sannheten og vinner anbud på usanne kriterier, og begrunner dette med at det er helt usannsynlig å aldri begå feil med et slikt fokus på effektivitet og masseproduksjon. Det eksemplifiseres med at en ortoped kan ha så mange som 22 operasjoner på en dag, vedkommende stiller spørsmålsteget ved den faglige kvaliteten og at aktørene fortsatt hevder å ha null komplikasjoner. Det stilles også spørsmålsteget ved hvem som har ansvaret, om det er kirurgen som er med på dette eller om det er ledelsen som setter

ubønhørlige krav til produksjon og profitt, eller ligger ansvaret hos politikere og innkjøpere som blindt godtar en slik pasientbehandling. Det stilles videre spørsmålsteget ved om det er en slik utvikling en ønsker og hvor kontrollsystemet er. Flere aktører drar sammenligninger mot forsikringsselskapene og idealiserer deres våkenhet knyttet til å sjekke og følge opp kvalitet, og ha en nese i markedet hvor de kjøper helsetjenester.

En aktør som tilhører et annet RHF, sier det ikke vil være så interessant for dem i fremtiden å vinne anbudskontrakter fordi det presses så voldsomt på pris. Flere av de private aktørene presiserer at det går en grense for hvor lav prisen kan være, noen mener denne grensen er nådd. En av de store aktørene sier:

«Tilslutt må du begynne å redusere på bemanningsfaktoren inne på operasjonsstuen, og det vil ikke vi» (Privat 1, kjede)

Det presiseres at dersom en begynner å gå så langt ned i pris at en taper penger på inngrepene så bærer det galt av sted. Det understrekes at de som private kommersielle aktører skal tjene penger på alt de driver med, men at de på noen inngrep, som de erfaringsmessig vet det er liten etterspørsel etter, kan de legge seg på *break even*. Det observeres at de ulike private sykehusene har en noe ulik struktur og filosofi. Et par av de større aktørene og et par av de mindre aktørene har døgnbemannet sykehus, mens andre aktører velger å sende de pasientene som ikke kan dra hjem samme dag på hotell over natten, for å slippe kostnad med å bemanne sykehuset, det til tross for at de opererer med de samme premissene i avtalene. De aktørene som har døgnbemanning velger å fremheve dette som et viktig kvalitets element ved sin virksomhet, mens de som velger å sende pasientene på hotell over natten hevder at det er faglig forsvarlig, og ikke innebærer lavere kvalitet på tjenesten av den grunn.

Samtlige private aktører er opptatt av å synliggjøre og ivareta kvalitet knyttet til å bygge oppunder et godt varemerke. Det presiseres av flere, både små og store aktører, at det legges ned mye krefter og penger i kvalitetsarbeid. Noen private sykehus har egne kvalitetssjefer og tilstreber å bygge opp en kvalitetsorganisasjon. Flere aktører sier stolt at de har ISO-sertifisering, men savner å få uttelling for det arbeidet, en sier:

«Vi trodde vi skulle bli belønnet en gang for at vi tok den store jobben med å bli ISO-sertifisert, for å vinne frem på kvalitet og vise rutiner. Det har de aldri spurt etter, det er kun lavest pris» (Privat 7, frittstående)

6.2.4 Private aktørers innflytelse på samfunnet og omgivelsene

En av de store aktørene poengterer at de bruker mye krefter på lobbyvirksomhet, for å påvirke politikerne slik at de skal se hvilke muligheter som ligger der. De eksemplifiserer dette med å vise til at de nylig har engasjert seg i forhold til en aksjon ”pupp til folket”, hvor de mener de kan tilby kvinner som en brystkreftoperert rekonstruksjon av ny pupp med eget vev. En operasjon hvor det er opp mot 8-10 års ventetid på i det offentlige. Det hevdes at det offentlige vegrer seg for å la de private slippe til fordi det vil koste dyrt, en operasjon koster 250 000 kroner. De angir at de jobber hardt for å få det offentlige til å legge ut anbud her, og mener noe er galt dersom det ikke gis rom for at private sykehus kan utnytte kapasiteten når den er der. De sier videre:

*«Det er ikke noe dyrere å gjøre det hos oss enn hos dem selv, det er også interessant, for dersom du ser på en ren menisk operasjon, så er det vesentlig billigere for RHF å kjøpe menisk operasjon hos de private enn å gjøre det i egen regi, fordi prisene på det har blitt så billig hos oss. Men dette er jo politikk, dette er jo ideologi og politikk»
(Privat 1, kjede)*

Noen aktører registrerer at et par aktørene i bransjen er svær opptatt av *lobbymaking*, hvor det synes viktig å være på god fot med det offentlige og ha kontakter i helseforetakene. En aktør som ikke har en slik agenda og som har vært mer opptatt av det privatbetalende kundemarkedet, antyder at de føler seg litt utenfor og karakteriserer det som et spill en ikke er helt inne i, spesielt når en har vært ute av anbudskonkurranse en periode og kommer tilbake igjen. Det hevdes at en av de store aktørene spiller en offentlig strategi, en agenda med den hensikt å få aksept. En annen av de store aktørene er ikke så fokusert på lobbyvirksomhet og har ikke lyst å være så synlig på det. De er redd for å bli mistenkeliggjort for å engasjere seg kun for å profitere på det senere. Det poengteres at mange fortsatt ser på bransjen med et skulende blikk, de ønske ikke å fyre oppunder den holdningen i markedet.

De fleste private aktører opererer mer eller mindre innenfor det samme område, et par aktører kommenterer at de føler enkelte private sykehus kopierer deres konsept på noen områder, men godtar at det er en del av gamet. Men det gjør også at de konkurrerer om å knyttet til seg de mange av de samme profesjonene. En sier:

«Det er klart vi er konkurrenter, ikke bare på pasienter, vi konkurrerer også på en måte om fagpersonell, spesielt leger» (Privat 3, kjede)

Andre aktører er mer vågale og går nye veier som krever tunge investeringer. En av de store aktørene har etablert et kreftsenter og nylig gått til innkjøp av en avansert PETscan maskin til 30 millioner, en maskin som kan oppdage kreftsvulster, de er ærlige på at de håper å få i stand

en avtale med det offentlige på sikt, også konkurrentene kommenterer dette og skjønner at det er det som er målet. En aktør sier det er litt *touchy* område i forhold til at noen skal kunne kjøpe seg til kreftutredning, og er usikker på om det offentlige vil sette slikt ut til private.

Samtlige private aktører sier de ideelt sett ønsker seg større politisk vilje og tettere samarbeid mellom privat og offentlig helsetilbud, samt en større vilje til å utnytte den kapasiteten og muligheten som ligger i de private sykehusene. En av de store aktørene viser til at det private tilbudet innenfor ortopedi generelt sett er 60% billigere per inngrep enn det offentlige, og forklare mye av dette med at det offentlige har et helt annet ansvar og tyngre arbeidsoppgaver, mens private aktører kan drive mer produksjon, samlebandspreget produksjon.

6.2.5 Forhold som har betydning for hvordan omgivelsen oppfater private sykehus

Spesielt de store aktørene fremhevdde mulige positiv omdømmeeffekter knyttet til å ha avtaler med det offentlige. En aktør sier:

*«Du blir ikke bedre enn den jobben du gjør, så du må hele tiden stå til ansvar for at du kvalitetsmessig driver ordentlig, og de store konkurrentene våre gjør det, det er det ikke noen tvil om... og omdømmemessig er det en del av profilen vår...også er det viktig, både for å beholde og tiltrekke seg gode medarbeidere at du ikke bare driver med pupper og lår, men at du driver en bredere produksjon innenfor kirurgi»
(Privat 1, kjede)*

Andre aktører tviler på om det har noen synergieffekter av å ha offentlige avtaler. Det eneste de fremhever er at fornøyde pasienter er gode ambassadører. De presiserer at de behandler privatbetalende pasienter, forsikringspasienter og offentlige pasienter på nøyaktig samme måte, og tilbakemeldingene tilsier at de opplever å bli veldig godt ivaretatt. Samtlige private aktører er opptatt av å skape en jevn pasienttilstrømming ved å bygge et navn, yte god service og få folk til å snakke godt om dem. Aktørene har stort fokus på hvordan de fremstår og behandler pasientene, en sier de passer på å ikke bedrive *over doing*, det presiseres at det er avgjørende å bli oppfattet som en seriøs aktører. En sier det slik:

*«Skal du bli oppfattet som en solid aktør må du være dønn ærlig, også må du ha kvalitet på alt du gjør, aldri fire på det. For i det øyeblikket du blir tatt på noe sånt, VG og dagbladet bare sitter på gjerdet å venter på en eller annen sak»
(Privat 3, kjede)*

Det observeres at de private aktørene benytter markedsføring og reklame i ulik grad, de store aktørene som er del av en kjede bruker mye mer ressurser på markedsføring enn de mindre enkeltstående aktørene. En av de store aktørene benytter media aktivt til å profilere sin virksomhet, mens flere av de mindre aktørene benytter seg mer aktivt av billigere reklame på

sosiale medier som Google, Facebook etc. Flere aktører angir at sosiale fora er geniale da de enkelt når ut til potensielle kunder, samtidig som det gir mulighet for fortløpende markedsundersøkelse. Samtlige aktører understreker at fornøyde pasienter er det viktigste, de er deres beste ambassadører, og gir den mest troverdige reklamen. Andre aktører har bygget opp en medlemskapsordning som gir visse garantier for rask behandling og rabatterte tjenester, her er medlemmene grunnpilaren i virksomheten og bidrar til å bygge opp lojalitet og et godt renommé. Generelt sett er de private aktørene opptatt av å snakke varmt om hverandre, en uttrykker det slik:

«Det er sterk konkurranse, men jeg opplever den er sunn, og jeg opplever den er kollegial, jeg opplever bransjen som både seriøs og kollegial, at en opptrer ordentlig ovenfor hverandre. Jeg synes vi har flinke konkurrenter, og de jobber hardt» (Privat 1, kjede)

6.2.6 Hvordan private aktører opplever å opptre i det kommersielle markedet

Samtlige aktører presiserer et stort fokus på kvalitet, fornøyde kunder og lav komplikasjon og infeksjonsrate som mye av nøkkelen til å lykkes i det kommersielle markedet. De ønsker å fremstå som proffe og seriøse aktører. Samtlige aktører angir viktigheten av innovasjon, samt viljen og evnen til å endre seg. En av de store aktørene sier dette om viktigheten av å tenke nytt:

«For hvis ikke blir du helt lik de andre.... Du er helt avhengig av å være innovativ, og du er også, i alle fall vil våre eiere si det, at du er helt avhengig av å ha en viss vekstprosent, og skal du vokse så må du også være innovativ» (Privat 1, kjede)

Flere av de små aktørene viser til at det var deres evne til å være nytenkende, utforskende og omstillingsdyktig som berga dem fra konkurs etter å ha mistet omfattende offentlige avtaler. For en aktør utgjorde avtalene 80% av omsetningen, å miste kontraktene var opprivende og traumatisk. Ved å endre hele strategien, tenke nye områder og se andre muligheter i nye markeder har de bygd seg opp til å bli ledende i sitt geografiske område, de har offentlige avtaler også i dag, men de utgjør kun 30% av omsetningen. For dem var redningen å bygge en stor kundemasse innenfor bedriftshelsetjenesten, det poengteres at det skaper binding til publikum og til pasientmengden, samtidig som de er opptatt av å bygge gode relasjoner til fastlegene som henviser. En leder og fagperson hevder at det viktigste for å henge med i bransjen er at en er medisinsk innovatør, utforske nye trender og vurderer mulighetene som ligger der. En annen leder sier det slik:

«Vi har drevet en intens utvikling hele tiden og tenkt innovasjon, tenkt å gjøre oss uavhengig av politikk og offentlige anbud, vi vil vekk fra det! Vi vil ha fornøyde kunder som ser vi leverer varen, det er mye mer å stole på over tid» (Privat 7, frittstående)

En leder sier at den viktigste strategiske beslutningen for dem har vært å etablere private helsetjenester innenfor det privatbetalende markedet så langt det lar seg gjøre, for det er der det er penger å hente. En annen leder sier de stadig starter opp med nye konsepter, men presiserer at skal en drive i forkant og utvikle nye konsepter kan en ikke bare drive litt smal kirurgi. Andre ser derimot fordelene ved å spesialisere seg innenfor et smalere spekter, gjøre få ting og tilstrebe å bli ledende i bransjen på et område, eksempelvis innenfor kosmetisk plastikkirurgi eller kikkhulls ortopedi. Det anskueliggjøres at den teknologiske og naturvitenskaplige utviklingen går veldig fort, og at aktørene må gjøre noen valg i forhold til hva de mener er viktig og interessant, samtidig som de skal tenke på å knytte til seg dyktige fagfolk. De fleste aktørene sier de stadig vurderer nye trender i markedet, men understreker at det er viktig at en ny tjeneste stemmer overens med resten av virksomheten, og hva de står for. En leder sier det slik:

*«Når det kommer nye ting på markedet vurderer vi om vi skal begynne med det, men hele tiden er det kvalitet og seriøsitet i bunnen. Vi skal ikke være en rosa klinikk for hudpleie ved siden av å drive sykehus, det er noe som ikke harmonerer da»
(Privat, 2, kjede)*

Videre presiserer de større aktørene nødvendigheten av å ha eiere med langsiktige perspektiv og som har mulighet å finansiere vekst. Eiere med et 20 års perspektiv på eierskapet gir ro til å planlegge veksten og vokse, i motsetning til eiere med kortsiktige hensikter som kun er opptatt av rask profitt. I tillegg fremheves kundene som presser på, en sier det slik:

«Pasientene presser på, de forventer, altså din generasjon vil ikke sitte å vente i måneder eller år eller timer for den saks skyld, de skal inn med en gang, og det gjør at det skal noe til at det offentlige klarer hele tiden møte de forventningene og de kravene det offentlige har et samfunnsansvar, og det forstår jeg, så de må fokusere på de områdene som er livreddende» (Privat 3, kjede)

Flere aktører påpeker at de private aktørene kan leve godt på det offentlige helsetjenester ikke er så gode på, samtidig tror de private aktørene at det blir mer og mer aksept for at ting som kan gjøres utenfor de store offentlige sykehusene bør tas ute, slik at det offentlige kan konsentrere seg om tyngre ressurskrevende ting som forskning og alvorlige sykdommer. Det poengteres at de private aktørene bør gjøre det de er gode på, sikre kjappe og effektive prosesser som å koordinere konsultasjon, prøvetaking og undersøkelse på samme dag, få køene unna slik at ellers friske mennesker slipper å gå sykmeldt i lang tid i påvente av operasjon det er samfunnsøkonomisk forkastelig blir det hevdet.

Det fremheves fordeler både ved å være del av en større kjede og andre fordeler med å være mindre frittstående aktører. Den største fordelen med å være del av en kjede er knyttet til stordriftsfordeler i innkjøpsavtaler og markedsføring, samt en tryggere økonomisk ramme som del av en større enhet, i tillegg kommer fordeler knyttet til å ha en stor kirurgisk kompetanse å spille på, samt en administrasjon som driver lobbyvirksomhet o.l. Frittstående aktører har fordeler knyttet til å være fleksible og dynamisk enheter som enklere kan omstille seg endrede etterspørselsmønster og endrede rammebetingelser. Videre kommer det frem at de mindre aktørene er stolte av virksomheten og viser stor glede av å bestemme over seg selv.

Samtlige private aktører har stor tro på fremtiden og forventer sterk vekst, flere mener det vil tvinge seg frem økt bruk av private aktører innenfor offentlig helsetjenester på grunn av kapasitetsbegrensninger. Det observeres et tydelig fellestrekk ved de private aktørene, de er meningssterke, dynamiske og ivrige talsmenn for sin virksomhet. De er ofte grundere som ønske å skape noe og er stolt av det de faktisk får til.

7 Diskusjon & Analyse

Her analyseres og diskuteres empiriske forskningsresultat oppimot det institusjonelle rammeverket som belyser dynamikken mellom offentlige anbudskontrakter og hvordan de private sykehusene tilpasser seg og handler, utredningens problemstilling belyses på bakgrunn av dette.

7.1 Anbudskontrakter og private sykehus innenfor institusjonelle rammer

Private sykehus som institusjon er i samsvar med Scotts (2008) definisjon mangfoldige, slitesterke strukturer basert på symbolske element, sosiale aktiviteter og materielle ressurser. Private sykehus er mangfoldige i den forstand at organisasjonsstruktur, størrelse, grad av spesialisering, produktsammensetning, strategi etc. varierer. De private sykehusene i forskningsstudien fremstår ulike i grad av spesialisering, noen private sykehus ønsker å ha et tilbud til alle og tilbyr et bredt spekter av spesialisttjenester. Andre private sykehus fokuserer derimot på et smalere kundesegment og da gjerne en nisje med høy betalingsvilje som innenfor kosmetisk plastikkirurgi. Forskningsstudien antyder at større sykehus synes å ha noe større bredde på sitt produktspekter enn mindre sykehus, men her synes konkurranseforhold og geografi å spille en viktigere rolle enn størrelse på sykehuset og om sykehuset er del av en kjede eller frittstående aktør. Likeledes varierer de private sykehusene i størrelse og grad av sentralisert beslutningstaking, fra selvstendige små klinikker til store dominerende private sykehus som er del av en kjede, med mer eller mindre sentralisert beslutningstaking. Karakteristika i struktur og produktsammensetning angir følgelig noe ulik strategi knyttet til hvordan de ønsker å fremstå og profilere seg. De private sykehusene synes i samsvar med Mick & Wyttenbach (2003) sin beskrivelse av sykehus å være komplekse organisasjon med varierende struktur, misjon og eierforhold, hvor det stadig kreves lavere kostnader og høyere kvalitet. Private sykehus har i tillegg en business agenda hvor de tilstreber å tjene penger på alt de foretar seg, dette gjør private sykehus til interessante institusjoner å forske på. De private sykehusene fremstår mangfoldige knyttet til økonomisk trygghet, grad av samfunnsengasjement i form av lobbyvirksomhet, hvilke vurderinger de gjør knyttet til anbudskonkurranse, i hvilke omfang de markedsfører sin virksomhet, hvordan de streber å leve opp til forventninger og krav fra omgivelsen etc., dette diskuteres nærmere i avsnitt 7.5.

De private sykehusene skal som kommersielle aktører i tillegg til å levere helsetjenester drive business, hvilket fordrer i samsvar med Mick & Wyttenbach (2003) at de private sykehusene er bevisst på hva som drar kostnadene, hvor fortjenesten ligger og balansere dette oppimot viktigheten av god kvalitet. Forskningsstudien viser at lederne ved private sykehus opplever

at arbeidet knyttet til å utarbeide tilbud til anbud er disiplinerende og skjerpene for virksomheten, og således kan bidra til å skape en mer strømlinjeformet og effektiv virksomhet. Kvalitet kan de private aktørene sikre både gjennom hvilke kirurger de knytter til seg, men også hvordan de best ivaretar pasienten gjennom hele behandlingsforløpet. Her kan anbudskontrakter være en måte å gjøre seg attraktiv for kirurger som ønsker å utvikle spisskompetanse, ved å sikre et stort volum pasienter. Dette kan de private sykehusene videre utnytte ytterligere ovenfor forsikringspasienter og eventuelt privatbetalende pasienter, hvilket diskuteres nærmere i avsnitt 7.3.

Anbudskontrakter har en misjon, både ovenfor eierne, men også samfunnsøkonomisk. Anbudskontrakter er en måte å sikre avkastning til eierne ved å skaffe oppdrag som kan styrke virksomhetens posisjon, sikre drift og sysselsette ansatte, samtidig som det skaper en base for å bygge videre på oppimot andre fagområder og betalingssegment. I tillegg er det et samfunnsnyttig formål med anbudskontrakter knyttet til at private aktører som har ledig kapasitet, har mulighet å ta unna ventelister i det offentlige helsevesenet og hjelpe mennesker raskere tilbake i arbeid, men tross alt med en kommersiell strategisk eller økonomisk hensikt.

Scott (2008) angir at institusjoner utvikler egenskapene på grunn av dynamikken mellom regulative, normative og kulturelle-kognitive element, som ansees å være byggeklosser for institusjonelle strukturer, som skaper dynamikk og påvirker atferd. Med utgangspunkt i Scotts (2008) analytiske rammeverk diskuteres videre dynamikken mellom de institusjonelle rammene gitt ved anbudskontrakter og hvordan de private sykehusene tilpasser seg og handler. Gjennomgående vil forskjeller og likheter mellom større og mindre aktører belyses, og forskjeller som kan forklares ut ifra at aktørene er frittstående eller del av en kjedevirksomhet poengteres. Andre forhold som kan påvirke hvordan de private aktørene opplever problemstillingen vil bli belyst fortløpende. Samtidig vil erfaringer og meningsytringer fra aktører som bevisst har valgt å stå utenfor konkurranse om anbudskontrakter, benyttes for å belyse problemstillingen ytterligere. Videre vil RHF representantenes opplevelse av situasjonen gi en bredere og dypere forståelse av årsakssammenhengene.

7.1.1 Implikasjoner av regulative forhold

Anbudskontrakter angir et offentlig rammeverk med lover og regler forankret i lov om offentlige anskaffelser som utgjør en regulatorisk pilar som beskrevet i Scotts (2008)

analytiske rammeverk. Den regulative pilaren vektlegger regelutforming, styring og sanksjoner gitt av politiske myndigheter, som forplikter, begrenser og regulerer virksomhetens atferd (Scott, 2008). Anbudskontrakter har som formål å bidra til økt verdiskaping i samfunnet ved å sikre effektiv ressursbruk, og er et supplement for at de regionale helseforetakene skal kunne oppfylle sitt sørge for ansvar i henhold til spesialisthelsetjenesteloven, dette gir de private aktørene muligheter til å sikre seg anbudskontrakter med de implikasjoner det har, som beskrevet tidligere. Forskningsstudien viser at det ikke foreligger noen standard mal for anskaffelser, hvilke har en rekke implikasjoner for de private sykehusene. Spesielt leder i større private sykehus som er del av en kjedevirksomhet med aktivitet i flere landsdeler uttrykker frustrasjon knyttet til ulik praksis i gjennomføring av anbudsprossene, ulikheter i hva de enkelte RHF etterspør av dokumentasjon, hvilke kvalifikasjonskriterier og tildelingskriterier som benyttes og videre hvordan kontraktene utformes. På den andre siden forsvarere representanter fra RHF`ene dette med behov for råderett og muligheter til å tilpasse seg ulike utfordringer knyttet til geografi, tilgjengelighet og kapasitet i egne sykehus. Lov om offentlige anskaffelser sier noe om prinsipper for anskaffelser knyttet til likebehandling og forretningsmessighet, men det synes likevel å gi store rom for tolkning av loven i forhold til hvordan anbudskonkurranser gjennomføres. Weber (i Scott, 2008) understreker at regler sjelden kun er en tilordning basert på makt, men et forsøk på å utvikle en tro på dens legitimitet. Det fordrer at de enkelte RHF finner hensiktsmessige og gode samfunnsøkonomiske løsninger, for at omgivelsene og spesielt de private aktører skal ha tillit og troverdighet til RHF`ene som oppdragsgiver og forvalter av samfunnsansvar. Forskningsstudien viser noe sprikende opplevelse knyttet til profesjonaliteten i anbudsprossene og samarbeidsforholdet til enkelte RHF, men dette synes mer å være knyttet til personlige opplevelse av møte med enkeltpersoner i RHF`ene enn systemet som helhet.

De enkelte RHF har overlegen forhandlingsmakt og setter premissene for anbudskonkurransen, hvor det er lite rom for forhandlinger. Forskningsstudien viser at selv om mange av anskaffelsene blir klaget inn til KOFA eller tas videre i rettssystemet, hevder representanter fra RHF`ene at de oftest får medhold. Det kan stilles spørsmålsegn ved hva det er ved prosessen eller utformingen av kontrakten som gjør at så mange anskaffelser ender i KOFA eller rettssystemet for øvrig. Representanter fra RHF`ene angir at de private som kommersielle aktørene er veldig klar over sine rettigheter og kjemper for sin rett i det lengste. På den andre siden hevder noen ledere i private sykehus at de har opplevd seg

forskjellsbehandlet eller at de har tolket prosesser slik at noe aktører gis fordeler på bekostning av andre. Representanter fra RHF`ene opplever klagesakene som ressurskrevende prosesser som går på bekostning av annet arbeid. De private aktørene på sin side opplever at RHF`ene etter hvert består av mye jurister som forsøker utarbeide vanntette skott for å forhindre tolkningsspørsmål og klagesaker. Samlet sett synes begge parter å oppleve at regelverket er tungrodd, rigid og veldig på detaljnivå, noe som vanskeliggjør å utarbeide gode løsninger for begge parter.

Regulatoriske forhold knyttet til anbudskontrakter fremgår av konkurransegrunnlaget ved kunngjøring av anskaffelsen på Doffin og av kravspesifikasjoner i anbudsavtalen.

Anbudskontrakter legger visse regulatoriske rammer for hvordan de private sykehusene tilpasser seg, samtidig vil det ha betydning for hvordan de enkelte RHF bruker kvalifikasjonskriterier og tildelingskriterier, hvilket har implikasjoner for hvordan de private sykehusene som ønsker å være med i konkurranse om anbudskontrakter tilpasser seg. Men samtidig vet de private sykehusene hvilke ulemper konkurranse om anbudskontrakter medfører, det kan tale for at det er egenskaper ved å ha offentlige avtaler som minst må veie opp for ulempene, således at private aktører velger å tilpasse seg heller ugunstige regulatoriske ordninger, sett fra private aktørers side, for å dra nytte av andre fordeler. Dette må forklares ut fra strategiske hensyn mer enn rene økonomiske hensikter når en vet at marginene ofte er små i offentlige avtaler. Forskningsstudien underbygger dette, da private aktører angir en mer strategisk agenda enn et rent inntjeningsgrunnlag når de velger å være med i konkurranse om anbudskontrakter. Det innebærer at de er villig til å omtrent ikke tjene penger på offentlige avtaler for eksempelvis å sikre pasienter i offentlige avtaler for å utvikle spisskompetanse og skape seg fortrinn innenfor andre kundesegment og virksomhetsområder.

Kvalitet som del av kvalifikasjons- og tildelingskriteriene i anbudskontrakter skaper utfordringer knyttet til at kvalitet er vanskelig å måle, dette får implikasjoner som gjør at prisen i praksis blir avgjørende for hvem får tildelt kontrakten. Samtidig må de private sykehusene vise til tilfredsstillende kvalitet ut ifra noen synlige parameter på kvalitet, dette resulterer i at de private aktørene i økende grad skaffer seg intern-kontroll og kvalitetssystemer, prosedyrer etc., men som påpekt tidligere, dette sier i praksis ikke noe om den reelle kvaliteten på den jobben de utfører. Flere private aktører hevder at regulatoriske forhold i anbudskontraktene har ført til prisdumping i bransjen, og viser en farlig balansegang mellom faglig forsvarlig drift, effektivitet, kostnadsbesparelse og en samlebåndspreget

produksjon. De private aktørene angir at pressede priser og lite forutsigbare kontrakter gjør at de opplever å ikke å bli verdsatt for den jobben de gjør i offentlige avtaler, hvilket forårsaker at flere private aktører ønsker å gjøre seg mer og mer uavhengig av offentlige avtaler, eller alternativt velger å stå utenfor konkurranse om anbudskontrakter. Samtidig kan en forklare og se pressede priser og små marginer som et resultat av konkurransen i markedet. Men det kan klart stilles spørsmålstegn ved om det er hensiktsmessig og ønskelig, tatt i betraktning at menneskers liv og helse kan stå i fare dersom effektivitet går på bekostning av faglig forsvarlig kvalitet. Men det er grunn til å tro at en sterk medisinsk profesjonsnorm overstyrer rene økonomiske hensikter knyttet til effektiviseringstiltak etc.

Forskningsstudien viser at oppfølgingen av anbudskontrakter er så godt som fraværende, flere private aktører etterlyser mer kontroll, sett i lys av at anbudskontrakter er en regulatorisk pilar, skulle en forventet mer oppfølging av avtalen. Scott (2008) presiserer at utøving av lover og regler reguleres ved sanksjonerende mekanismer i form av belønning eller straff. Den eneste form for kontrollmekanisme har i praksis vært å kontrollere at de private sykehusene fakturere det de faktisk har rett til og at de ikke overstiger tildelt kvote. Representanter fra RHF`ene innrømmer at de har et stort forbedrings potensial på oppfølging av anbudskontraktene. De private aktørene etterlyser mer fokus på hva de faktisk gjør, hvordan de drifter og hvordan de setter kvalitet i system med ISO-sertifisering etc.. Oppsummert kan en si at offentlige anbudskontrakter som regulatorisk pilar har positiv skjerpene effekt på de private sykehusene, slik at de fremstår som mer effektive og veldrevne sykehus. Videre sees en viss betydning for strategiske valg som eksempelvis for produktsammensetning, utvikling av spisskompetanse og muligens hvordan omgivelsen opplever dem som private aktører.

De regionale helseforetakene er pålagt av Helse- og Omsorgsdepartementet å foreta en ekstern evaluering av anskaffelse av helsetjenester, hvor hensikten er å ta lærdom av erfaringer med tidligere anskaffelsesprosesser og hindre uheldige konsekvenser ved fremtidige anskaffelser (Helse-Nord, styresak 37-2012). Deloitte har gjennomført en evalueringer av anskaffelsesprosessen i Helse Nord hvor de blant annet har sett på kjøp av spesialisthelsetjenester fra private sykehus, og er således svært interessant for utredningen og vil bli kommentert i avsnittet under. KPMG (Helse Sør-Øst, Styresak 005-2012) har gjort en tilsvarende evaluering av Helse Sør-Øst, men her evalueres kun anskaffelser av helsetjenester innen radiologi, psykisk helsevern og rehabilitering, og er således ikke relevant for utredningen. Eksterne evalueringer fra de resterende RHF foreligger ikke ennå.

Deloitte (Helse-Nord, styresak 37-2012) har vurdert anskaffelsesprosessen opp mot regelverket for offentlige anskaffelser, Helse Nord sine rutiner og Deloitte's kunnskap om beste praksis innen området. De har identifisert gap mellom beste praksis og gjennomførte anskaffelser, og kommer med noen forslag til forbedring av fremtidige anskaffelsesprosesser. Deloitte anbefaler blant annet at det utarbeides en skriftlig anskaffelsesstrategi, en felles mal som benyttes ved alle anskaffelser av spesialisthelsetjenester, videre påpeker de at det bør gis noen anbefalinger knyttet til kontraktslengde, konkurranseform etc. Pålegget om å foreta eksterne evalueringer anskueliggjør behovet for en mer enhetlig gjennomføring av anbudsprossene og utforming av kontraktene, dette er i samsvar med det lederne i private sykehusene poengter i forskningsstudien. Samtidig fanger den eksterne evalueringen opp noen av de utfordringene representanter fra RHF`ene poengterte kunne forbedres i arbeidet med anbudskontrakter. Her er det nødvendig å presisere at noen RHF`er fremstod som langt mer profesjonelle enn andre, og at de private aktørene opplevde anbudsprossen ulikt i de enkelte RHF. Det kan synes tilfredsstillende at RHF`ene oppfordres til å ta lærdom av erfaringer og jobbe for bedre anskaffelsesprosesser og utforming av anbudskontrakter. Utfordringen er at det faktisk finner sted en læringsprosess som gir rom for å prøve ut alternative løsninger som kan sikre mer forutsigbare kontrakter slik de private sykehusene etterspør. De anbefalte tiltakene i rapporten synes å kun gjelde for Helse Nord, men på bakgrunn av funn i forskningsstudien synes det å tale for å etablere en felles mal for anskaffelsesstrategier gjeldende for samtlige RHF. Dette for å sikret mer forutsigbare anbudsprosser, anbuds utforming, hvilke dokumentasjon som kreves fremlagt etc.

7.1.2 Implikasjoner av normative forhold

I tillegg til at anbudskontrakter angir noen institusjonelle rammer som har konsekvenser og driver mye av tilpasningen i private sykehus, står de private sykehusene overfor krav fra omgivelsene og krav fra profesjoner i sykehusene. Den normative pilaren går direkte på de profesjonelle, hvordan de driver, rollene, normer og verdier og hvordan aktørene innordner seg fordi det er forventet av dem. Private sykehus er i likhet med offentlige sykehus tungt drevet av medisinske profesjoner, leger og sykepleiere som til dels strides om å sette normer og angi profesjoners rolle. Profesjonsnormene legger en standard for hva som er medisinsk forsvarlig og ønskelig atferd eller behandling. Forskningsstudien fokuser ikke på forholdet mellom profesjoner, men det fremkommer klart at den medisinske profesjonen, spesielt kirurgene har en sentral posisjon, da de er avgjørende for virksomheten. Samtlige ledere ved private sykehus fremhever viktigheten av å knyttet til seg de riktige kirurgen, kirurger som er

faglig dyktige, men som også har en profesjonell fremtoning som er bra for den private virksomheten. Det fremkommer i forskningsstudien at noen private sykehus gjør jevnlig kundundersøkelser, hvor kirurgene blir evaluert. Det presiseres at kirurger er en kritisk faktor for privat sykehusvirksomhet og at de er viktig for å bygge et godt renommé. Videre presiserer samtlige private aktører at de er opptatt av å yte god service, som ansees å være direkte knyttet til sykepleie profesjonen, det å ivareta og følge opp pasientene på en verdig og profesjonell måte. Både lege og sykepleie profesjonsnormer er nært knyttet til hvordan de private sykehusene ønsker å fremstå utad, som profesjonelle og seriøse aktører.

Scott (2008) understreker at det er sterke følelser knyttet til profesjoner, de ønsker å fremstå med eksemplarisk atferd, selvspekt, stolthet og ære. Dersom profesjonsnormer trues eller krenkes er det forbundet med skam og anger. Private sykehus skal i tillegg til å yte helsetjenester drive business, hvilket kan skape uoverensstemmelse mellom hva den medisinske profesjonen mener er faglig forsvarlig standard og økonomiske hensyn knyttet til å maksimere profitt. Det fremkommer i forskningsstudien at prisene i anbudskontraktene er presset til det ytterste, og at det kompenseres med effektiviseringstiltak og økt produktivitet. Forskningsstudien viser at de lederne ved private sykehus som er mest kritiske til anbudskontrakter er selv leger, noen velger å stå utenfor konkurransen, og hevder at helsetilbudet noen steder er på grensen til hva som er faglig forsvarlig og de angir at press på pris og samlebåndspreget produksjon må gå på bekostning av kvalitet. Spesielt kirurger står ovenfor en *trade off* knyttet til at de i private sykehus ofte er ansatt som konsulenter, hvor de får betalt for den jobben de gjør, ofte en prosentdel av hva inngrepet genererer av inntekt, dette gir incentiver til å gjøre flest mulig inngrep på en dag. Samtidig har de det medisinske faglige ansvaret for at den behandlingen som ytes er faglig forsvarlig, dette fordrer at kirurgen klarer å balansere de to hensynene på en forsvarlig måte. Det er grunn til å håpe og tro at de medisinske profesjonsnormene er sterkere enn presset om produktivitet og ønsket om å generere høy inntekt. Slik sett vil den normative pilaren legge visse begrensninger på den økonomisk administrative delen av privat sykehusvirksomhet, i den forstand at de medisinske profesjonsnormene kommer fremfor rene profittmaksimerende hensyn. Forskningsstudien går ikke inn på dette, men registrer at her er det flere årsakssammenhenger som er av relevans og som kan være interessant for fremtidig forskningsstudier.

Scott (2008) angir at fremtredende aktører erfarer gjennom eksternt press hvilke forventninger omgivelsene har til hvordan de bør opptre. Omgivelsene har noen forestillinger om hvordan

private sykehus bør opptre, knyttet til en fremtredende medisinsk profesjon.

Forskningsstudien bekrefter utfordringer knyttet til å yte helsetjenester og samtidig drive business, flere private aktører hevder private sykehus må bevise kvalitet på en helt annen måte enn offentlige sykehus, nettopp fordi de er kommersielle aktører. Videre opplever ledere i private sykehus at privatbetalende pasienter har noe høyere forventninger enn pasienter på offentlig avtale, det kan sees i sammenheng med at når en betaler av egen lomme synes å ha rett til å kreve mer service og oppfølging, men med utgangspunkt i forskningsstudien er det ikke grunnlag for å si noe mer om dette. De private aktørene presiserer riktignok at samtlige pasienter blir behandlet på nøyaktig samme måte uavhengig av hvem de tjener mest penger på, om de er privatbetalende pasienter, forsikringspasienter eller pasienter på offentlig avtale skal ikke ha noen betydning for hvordan de blir ivaretatt eller følges opp. Det poengteres at det av hensyn til eget rykte ville vært uakseptabelt å behandle pasienten ulikt avhengig av hvilke type inngrep som genererte størst fortjeneste. Dette er i samsvar med Scott (2008) som angir en normativ betydning, en evaluerende effekt av normer og verdier som har betydning for hvordan de private aktørene innordner seg, nettopp fordi det er forventet av dem. Nyborg (1998) presiserer at dersom normene er i samsvar med normene i samfunnet vil organisasjonen få legitimitet. I private sykehus hvor den medisinske profesjonsnormene er dominerende er det grunn til å tro at omgivelsene vil forvente minst like mye av private sykehus som offentlige sykehus, ettersom de i tillegg skal tjene penger på å yte helsetjenester.

Forskningsstudien viser at ledere i private sykehus har ulik oppfatning av i hvilke grad private aktører skal engasjere seg i politikk og drive lobbyvirksomhet. Flere private aktører angir forholdet mellom de medisinske profesjonsnormene og private aktørers rolle i lobbyvirksomhet som problematisk, de er redd for å blande kortene for mye og ønsker ikke å oppunder et fortsatt skuende blikk mot bransjen. Lederne ved privat sykehus presiserer at de er svært avhengige av å bli oppfattet som profesjonelle aktører og ønsker ikke at fokus på profitt skal overskygge den jobben de faktisk gjør. De medisinske profesjonsnormene er sterke og står på noen områder i kontrast til de økonomiske hensynene knyttet til å drive forretning. Private aktører presiserer at de skal tjene penger, men samtidig skal de ha faglig forsvarlig kvalitet, da det er avgjørende for deres omdømme og mulighet til å lykkes i det kommersielle markedet, dette diskuteres videre i avsnitt 7.3 og 7.5.

7.1.3 Implikasjoner av kulturelle–kognitive forhold

Anbudskontraktene setter noen institusjonelle rammebetingelser, profesjonsnormene angir hva som er faglig forsvarlig virksomhet og legger således noen begrensninger i forhold til

hvordan de private sykehusene tilpasser seg og handler. Den kognitive pilaren sier noe om hvordan ledere i private sykehus og representanter fra den enkelte RHF opplever situasjonen, sett ut ifra deres spesifikke omgivelser, basert på fortolkninger av forskningsstudien. Scott (2008) angir at mennesker i samme situasjon opplever situasjonen forskjellig, fordi mennesker som et produkt, påvirkes av ytre stimuli og individuelle responser. For å kunne forstå eller forklare en handling kan en ikke bare ta hensyn til objektive forhold, men også subjektive tolkninger av handlingen. Forskningsstudien avdekker ulike opplevelser av utfordringene knyttet til forhold ved anbudsprosessen og anbudskontrakter. Utfordringene synes å ligge på ulike nivå, noe går på mer interpersonlige forhold, relasjoner mellom menneskene i RHF`ene og ledere i private sykehus, som vil farge opplevelsen av anbudsprosessen. Dette er i samsvar med Scott (2008) som angir at meninger oppstår, utvikles og opprettholdes i interaksjon med andre. Likeledes oppleves utfordringer knyttet til et tungt og rigid regelverk, mer eller mindre hensiktsmessige avtaler, selve anbudsprosessen, hvordan kvalifikasjonskriterier og tildelingskriterier blir brukt for å tildele kontrakter, hvordan kontraktene utformes etc. Videre opplever ledere i private sykehus utfordringer knyttet til å balansere hensyn til medisinske profesjonsnormer, forventninger i samfunnet og hensyn til å sikre økonomiske forsvarlig drift. Det er på det rene at det er flere forhold som påvirker partenes virkelighetsoppfatning, forskningsstudien er for liten til å komme med generelle påstander, men angir likevel noen antydninger om hvilke mekanismer og årsakssammenhenger som finnes. Videre diskuteres forhold som kan belyse hvorfor representanter fra RHF`ene og ledere i private sykehus, med utgangspunkt i deres ståsted, opplever konkurranse om anbudskontrakter mer eller mindre ulikt.

7.2 Forholdet mellom RHF og private aktører

RHF`er som institusjon har en begrensende og regulerende effekt på de private sykehusene som ønsker å være med i konkurranse om anbudskontrakter. Forskningsstudien viser at representanter fra RHF`ene har en relativ positiv opplevelse av å benytte private sykehus som et supplement til tilbudet i offentlige sykehus. De opplever at det offentlige kan hente noe inspirasjon og lærdom fra de private aktørene, da private er kommet langt når det gjelder organisasjonsformer og effektivitet. De private aktørene derimot angir en noe mer blandet tilbakemelding, flere private aktører opplever at de ikke blir vedsatt for den jobben de gjør, at vilkårene er for dårlige, at RHF`ene viser liten interesse for hvordan de faktisk utfører jobben og etterlyser en klarere posisjon som et korrektiv til det offentlige istedenfor å skulle tilpasse seg det offentlige systemet. Dette må sees i sammenheng med at de private sykehusene er

begrenset av det de opplever som rigide lover og regler, med til dels uhensiktsmessig og lite fleksible løsninger. Scott (2008) presiserer at noen lover er omstridt og tvetydige og dermed ikke angir klare føringer, hvilke gir rom for skjønsmessige vurderinger. Det kan forklare hvorfor de enkelte RHF har noe ulik praksis og vektlegger kvalifikasjons- og tildelingskriterier noe forskjellig, samtidig som geografi og konkurransemessige forhold legger noen føringer, dette diskuteres nedenfor. RHF`ene på sin side må forholde seg til regelverket, men noen uttalelser synes å kunne forklares med forhold som er mer knyttet til personer i RHF`er enn med systemet direkte. Det er på det rene at både RHF`ene og de private aktørene opplever regelverket knyttet til anbudskontrakter som tungrodd og rigid, noe som kan sees som en begrensning for samarbeidet og muligheten for å utarbeide fleksible og gode løsninger. Videre må dette sees i forhold til at forvaltningsjussen, som for å minimere fortolkningsspørsmål og hindre at anskaffelsene havner i rettsapparatet drar prinsippene til det ytterste. Forskningsstudien underbygger og antyder at dette noen ganger resulterer i mindre hensiktsmessige løsninger for begge parter.

Scott (2008) angir at selv om regler utformes for å skape riktige incentiver, med hensiktsmessige sanksjoner vil de kunne ha utilsiktede effekter, hvilket gjør at overvåkning er påkrevd, men vil samtidig ikke være ufeilbarlige. Noen private aktører opplever frustrasjon knyttet til varierende grad av profesjonalitet i anbudsprosessene, forskjeller i hva som kreves av dokumentasjon fra gang til gang, samt i hvilke grad ulike kriterier blir vektlagt. Dette må sees i sammenheng med at de private aktørene opplever det ressurskrevende å utarbeide tilbudsdokument, noen opplever at det er blitt så komplisert at det er et eget fag. Også de fleste representanter fra RHF`ene opplever anskaffelser av kirurgiske helsetjenester som krevende prosesser, hvor spesielt klagesaker oppleves frustrerende og tidkrevende. Busch et al. (2010) understreker at regulative mekanismer bygger på en instrumentell rasjonalitet og er mål middel orientert, hvor regulative mekanismer skal bidra til at samfunnet fungerer på best mulig måte. Men som påpekt ovenfor kan sanksjoner ha utilsiktede hensikter (Scott, 2008), på bakgrunn av forskningsstudien synes dette å være tilfelle i noen av de anbudsprosessene som har vært gjennomført. Det er verdt å påpeke at det synes som Helse- og Omsorgsdepartementet har fått de samme tilbakemeldingene ettersom de pålegger samtlige RHF`ene å foreta eksterne evaluering av sine anskaffelsesprosesser.

Hvordan enkelte representanter fra RHF`er opplever anskaffelsesprosessen må sees i sammenheng med noen geografiske forskjeller. Geografi har betydning for grad av

konkurransen i det private sykehusmarkedet og utfordringer knyttet til tilgjengelighet, samtidig som det har betydning for i hvilke omfang RHF`ene benytter seg av anskaffelser fra private aktører. Eksempelvis opplever Helse Sør-Øst helt andre utfordringer enn Helse Nord, dette vil prege hva de enkelte RHF vektlegger, hvor stort volum de kjøper, hvordan de tildeler offentlige avtaler og selvsagt hvordan de opplever situasjonen. Helse Nord opplever å ha god kapasitet i egne offentlige sykehus og benytter i mindre grad innkjøp fra private aktører. For å stimulere til konkurranse i markedet og holde liv i flere enn en privat aktør benytter de seg eksempelvis i større grad av muligheten til å dele opp avtalene. De private aktørene på sin side finner dette lite hensiktsmessig da volumene blir så små at det ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å drive fullverdig virksomhet i området, samtidig som det gir dårlig grunnlag for å ansette fagpersonell. I tillegg opplever private aktører at det privatbetalende markedet og forsikringsmarkedet er for lite til at det er grunnlag for å holde liv i flere private aktører i området. Dette må sees i sammenheng med og forklarer samtidig hvorfor de private kjedevirksomhetene blir nødt til å benytte seg av *fly in- fly out* av ekspertise fra andre klinikker for å kunne oppfylle kontraktene, noe Helse Nord riktignok opplever som en lite ønskelig situasjon av hensyn til pasienten. De geografiske forholdene gjør at Helse Nord må ta en rekke andre hensyn enn ren pris når de tildeler anbudskontrakter for å sikre god pasientbehandling og oppfølging. De kan eksempelvis kreve at konsultasjon og operasjon bør foregå i samme seanse slik at pasienten slipper å reise store avstander frem og tilbake flere ganger. De resterende RHF`ene står ovenfor andre utfordringer hvor det private sykehusmarkedet er større og konkurranse om anbudskontrakter er hardere, samtidig benytter de seg i større grad av innkjøp fra private aktører, dette kan forklare hvorfor de opplever anskaffelser av kirurgiske tjenester som mer krevende prosesser enn det representanten fra Helse Nord gjør. I samsvar med anbefalinger fra Deloitte i forbindelse med eksterne evalueringen av anskaffelse av helsetjenester (Helse Nord, styresak 37-2012) som beskrevet i avsnitt 7.1.1, foreslår de en skriftlig anskaffelsesstrategi og en felles mal for anskaffelser av spesialisthelsetjenester, dette tyder på at tidligere anbudsprosesser har vært litt for tilfeldige, hvilket spesielt gjenspeiles i uttalelser fra ledere i større private sykehus som har virksomheter i flere landsdeler. Rapporten må riktignok sees i lys av de utfordringer Helse Nord står ovenfor og det kan ikke uten videre dras paralleller til andre RHF`er som står ovenfor andre utfordringer. Men samtidig signaliserer det at det er forbedringspotensialer, og i tråd med forskningsstudien er det grunn til å antyde at dette også gjelder for de resterende RHF`ene.

Selv om institusjoner har til hensikt å sikre stabilitet og orden, endres de gradvis over tid, eller mer revolusjonært (Scott, 2008). Flere private sykehus har tilpasset seg endrede forutsetninger i konkurranse om anbudskontrakter og tøffere konkurranseforhold i bransjen ved å konsolidere til større og mer økonomisk handlekraftige aktører. Tiltross for at de store private kjedevirksomhetene legger beslag på største parten av de offentlige avtalene, synes det ikke som de opplever konkurranse om anbudskontrakter noe annerledes enn mindre frittstående aktører med offentlige avtaler, de er ofte relativt sett like avhengig av de offentlige avtalene, men mindre frittstående aktørene synes mer sårbare for å miste kontraktene enn større aktører da de ikke har den samme økonomisk tryggheten i ryggen. Representanter fra de enkelte RHF uttrykker ikke noen bekymring eller problemer knyttet til om de private aktørene er del av en kjede eller frittstående aktører. Dette kan forklares ut ifra at det i praksis reelt sett er lite samarbeid og oppfølging utover at RHF`ene godkjenner faktura fra de private sykehusene, og at det i realiteten kun er oppfølging av kontraktene på papiret. Hvilket medfører at RHF`ene således ikke har grunnlag for å se hvilke implikasjoner et stort fokus på pris ved tildeling av anbudskontrakter har for drift, pasientsikkerhet, kvalitet etc., dette diskuteres mer utfyllende i avsnitt 7.3 nedenfor. Helse Nord er eneste RHF som poengterer at de tar hensyn til å ivareta en reell konkurranse i det private sykehus markedet ved tildeling av anbudskontrakter, de unngår bevisst å tildele kontrakt til kun en aktør, hvilket skyldes nevnt forhold som poengtert ovenfor.

Selznick (i Busch et al., 2010) poengterer at det skjer en institusjonaliseringsprosess, hvor organisasjoner tar opp i seg verdier og normer i omgivelsene, som gir organisasjonene en verdibasert status, en merverdi. Han hevder at institusjonalisering er viktigst for organisasjoner med diffuse mål og uklar teknologi. Private sykehus kan oppfattes å ha noe diffuse mål sett i forhold til at de driver business og samtidig yter helsetjeneste, hvilket tilsier at det er spesielt viktig for private sykehus å tilpasse seg og adaptere verdier og normer i omgivelsene. I følge Scott (2008) erfarer fremtredende aktører gjennom eksternt press hvilke forventinger omgivelsen har til hvordan de bør opptre. Dette innebærer at private sykehus i tillegg til å forholde seg til RHF og regulatoriske forhold gitt i anbudskontraktene må ta hensyn til sine omgivelser. På bakgrunn av forskningsstudien synes det å være noen motstridende hensyn på dette området, eksempelvis i forhold til forpliktelser i anbudskontrakter som angir at pasientkvoten skal fordeles utover hele året, hvilket medfører at det bygger seg opp ventelister også i private sykehus tiltross for ledig kapasitet. Likeledes sees noen motstridende hensyn knyttet til at flere RHF`er i stor grad lar pris være avgjørende

for hvem som blir tildelt kontrakt, hvilket kan oppleves å stå i motsetning til krav og forventninger i omgivelsene som høy kvalitet, fremragende service og oppfølging gjennom hele behandlingsforløpet.

7.3 Opplevelse knyttet til pris – kvalitet – effektivitet - produktivitet

Scott (2008b) angir at selv om institusjonelle elementer som regler, normer og oppfatninger primært er symbolske i sin natur, må de for å være interessante, påvirke sosial atferd og de må kunne reflekteres i aktiviteter, relasjoner og ressurser. Forskningsstudien viser at de private aktører som har offentlige avtaler opplever det som nyttig å være med i konkurranse om anbudskontrakter da selve prosessen med å utarbeide tilbud til anbud gir en god gjennomgang av egen virksomhet. Det setter større fokus på dokumentasjon av kvalitet og kvalitetsforbedrende tiltak, samt gir økt fokus på kostnader og effektiviserings tiltak. Dette er i samsvar med generelle tilbakemeldinger som fremkommer av Deloitte sin eksterne evaluering av anskaffelser i Helse Nord (Helse-Nord, styresak 37-2012). Hvor de private aktørene opplever at konkurranse er et gode og bidrar til å øke kvaliteten, samtidig som det gjør institusjonene mer profesjonelle. Forskningsstudien viser at RHF`ene ønsker å ha økt fokus på kvalitet, men at det er knyttet problemer til å måle, følge opp og kontrollere for kvalitet. Det er likeledes utfordringer knyttet til at RHF`ene ikke kan overprøve medisinske profesjoners vurdering av hva som er faglig forsvarlig kvalitet. De private aktørene på sin side opplever å få lite igjen for det kvalitetsarbeidet de gjør i form av ISO-sertifisering etc. Dette kan forklares ut ifra en kultur-kognitiv dimensjon (Scott, 2008) hvor det synes å ha utviklet seg en subjektiv oppfatning, et symbolske system hvor ISO-sertifisering har blitt noe de private aktører tilstreber å ha fordi de oppfatter at det er et objektivt mål på en dimensjon av kvalitet, som de forventer at RHF`er som ekstern aktør skal verdsette. Dette er i samsvar med Nyborg (1998) som angir at mennesker utvikler en felles mening og virkelighetsoppfatning gjennom utvikling av begreper og symboler. Det bør påpekes at ISO-sertifisering kun sier noe om dokumentasjon og ingenting om hvordan arbeidet faktisk utføres, sånn sett har det mer en symbolsk verdi, ettersom det ikke nødvendigvis sier noe om kvaliteten på jobben. RHF`ene på sin side presiserer at de må stole på at den medisinske profesjonen gjør det de mener er til beste for pasienten, sånn sett spiller de på at kirurger og annet helsepersonell lar seg styre av sterke profesjonsnormer fremfor økonomiske incentiver og lettvinde løsninger. En måte å dokumentere hvor god jobb de private aktørene faktisk gjør ville vært å mer aktivt benyttet komplikasjonsstatistikker som et handlingsverktøy, men som nevnt tidligere fordrer dette at de private aktørene faktisk melder inn. Samtidig sier komplikasjonsrater bare litt om

kvaliteten på jobben og lite om hvordan pasienten blir ivaretatt og fulgt opp, som er nok en viktig dimensjon av kvalitet.

Samtidig advares det mot overdokumentasjon av kvalitet, knyttet til at det fra RHF`ene sin side ikke forekommer noen reell kontroll av det de private aktørene synes å dokumentere. Noen private aktører er skeptisk til konkurrentene og mistenker at det ikke alltid stemmer helt overens med virkeligheten. Det finnes ikke grunnlag i forskningsstudien for å si at dette er et problem. Private sykehus må ansees som profesjonelle organisasjoner som forsøker å påvirke andres atferd ved å sette standarder, spre prinsipper eller foreslå *benchmarking* for å måle fremgang og for å kunne guide atferd (Brunsson & Jacobsen, 2000; Boli & Thomas, 1999; Drori et al., 2006, i Scott (2008b)). Hvilket gir at de private sykehusene ikke har interesse av å fremstå som uærlig, da det i samsvar med Scott (2008b) også i private sykehus forekommer en form for intern profesjonskontroll hvor kontrollmakt gir belønning og eventuell straff blir større. Sett i lys av at medisinske profesjonsnormer setter standard for virksomheten, og at private aktører er avhengig av et godt renommé, synes det ikke å være grunnlag for å anta at dette er et stort problem da muligheten til innsyn alltid vil være tilstede. I samsvar med Scott (2008) angir normative mekanismer som intern profesjonskontroll eksempelvis spilleregler for hva som er fair business etc., overtredelse av normer for fair business inkludert profesjonsnormer vil påføre de private sykehusene vannære og skam, som i neste rekke kan være øydeleggende for den kommersielle virksomheten.

Scott (2008) presiserer at det er viktig å erkjenne at den kulturelle oppfatningen svært ofte varierer, hvor differensierte roller utvikler seg i forhold til den lokale konteksten, preget av rådende praksis og kultur. Forskningsstudien viser at det synes å være noe ulik oppfatning av hva som er rådende praksis i forhold til god pasientbehandling. Her observeres en viss forskjell mellom mindre frittstående aktører og større aktører som er del av en kjedevirksomhet. Men det finnes ikke grunnlag til å påstå at større eller mindre private sykehus har mer eller mindre god kvalitet, det synes mer å dreie seg om ulik arbeidskultur og opplevelse av hva som er faglig forsvarlig kvalitet. Private aktører som velger å stå utenfor konkurranse om anbudskontrakter misliker den samlebåndspregede produksjonen og etterlyser omtanken for mennesket, hvordan en behandler pasientene og stiller spørsmålsteget ved om det er en slik utvikling helse Norge ønsker. Dette må sees i sammenheng med at mindre private sykehus ofte er grundervirksomhet, kirurger med en sterk medisinsk profesjonsnorm, som basert på engasjement, teft, idealisme og førsteklases

pasientbehandling har bygget opp egen virksomhet. De krever å bli verdsatt for den jobben de gjør, de godtar ikke å bli skviser på pris, da velger de heller å finne andre løsninger, ved å tenke innovasjon, satse på nye trender og finne nisjer hvor betalingsviljen er større. Ledere i mindre private sykehusene opplever at de har et godt alternativ til det offentlige, men de er ikke villige til å være med i konkurranse om anbudskontrakter for enhver pris. De opplever at de kan klare seg godt uten ved å tenke nytt, være dynamiske og yte topp service. Større private sykehus synes å ha mer kommersielle strategiske hensikter enn et rent økonomisk inntjeningsgrunnlag. De opplever det som en større utfordring at anbudskontraktene er uforutsigbare knyttet til volum og tidsperiode, enn at prisene er presset. Dette kan forklares ut ifra at de har utviklet en strømlinje formet virksomhet med sterkt fokus på å redusere kostnader og øke produktiviteten, hvor de fremstår med en samlebåndspreget produksjon som gjør at de har mulighet til å presse prisen til et minimum og satse på store volum, for således å få ned enhetskostnaden per operasjon. Scott (2008) presiserer at aktører som tilpasser seg gjeldende kulturelle forventninger med større sannsynlighet vil oppleves kompetente, som en del av fellesskapet, mens de som motsetter seg kulturelle forventninger kan oppleves useriøse. Det kan problematiseres hva som er kulturelle forventninger til god behandling, her bør det fremheves at omgivelsene ikke har noe grunnlag for å avgjøre hva som er god eller mindre god pasientbehandling utover å oppleve å bli ivaretatt på en profesjonell og god måte, deres tillitt bygger på en grunnleggende tiltro til medisinske profesjoner. Samtidig som profesjoner aktivt søker å konstruere institusjonelle rammer som angir forventninger og standarder for hva som ansees å være akseptabel handling (Scott, 2008b).

Scott (2008) angir at institusjoner utvikler egenskapene på grunn av dynamikken mellom regulative, normative og kulturelle-kognitive element, som er sentrale byggeklosser for den institusjonelle strukturen, skaper dynamikk, påvirker atferd og gir motstand mot endring. Forskningsstudien viser at anbudskontrakter foregår innen institusjonelle rammer som har konsekvenser og driver mye av tilpasningen i private sykehus, samtidig som medisinske profesjonsnormer angir en standard, med begrensninger og klare føringer for hva som er faglig forsvarlig virksomhet og ønskelig atferd. Aktørenes virkelighetsforståelse skapes av dynamikken mellom de ulike hensynene som balanseres og har konsekvenser for hvordan de tilpasser seg og handler. De ulike elementene utgjør til sammen et rammeverk for hva som ansees som forventet adferd fra samfunnet sin side og fra den medisinske profesjonen sin side, som setter rammer for hvordan private sykehus som velger å konkurrere om anbudskontrakter må forholde seg til.

7.4 Den medisinske profesjonen som institusjonelle midler

Profesjoner har en stadig viktigere rolle i et moderne velferdssamfunn og fungerer som institusjonelle midler, ved å definere, tolke og søke institusjonelle elementer. Profesjoner har stor innflytelse og er tidsriktige håndverkere i institusjoner, i kraft av sin profesjon og kunnskap (Scott, 2008b). Forskningsstudien bekrefter at private sykehus er sterkt drevet av den medisinske profesjonen som angir en standard for hva er faglig forsvarlig virksomhet og ønskelig atferd. Således legger de en begrensning i forhold til hvordan private sykehus tilpasser seg og handler. Jeg finner at det er ulik oppfatning av hva som ligger innenfor rammene av faglig forsvarlig virksomhet, det er særlig knyttet til produktivitet og effektivitet at dette problematiseres. Forskningsstudien avdekker forskjeller mellom de private aktørene, hvor større private aktørene i større grad forsvare samlebåndspregede produksjon, i motsetning til mindre frittstående aktører som mener dette ligger på grensen til hva som er faglig forsvarlig. Med bakgrunn i Scotts (2008) analytiske rammeverk identifiseres tilsvarende moderne midler. Kulturelle-kognitive midler innebærer kunnskapssystemer som konstruktivt observerer verden, forbedrer og rekonstruerer våre ideer. Det påpekes at profesjonelle yrker benytter særegne, kollegiale profesjonskontroller som går på prinsipielle oppfatninger (Knorr-Certina, 1999, i Scott (2008b)). Jeg finner at det eksisterer en type kollegial profesjonskontroll knyttet til at de private aktørene skuer på hverandre og følger nøye med på hva konkurrentene foretar seg. Spesielt kirurgene står for en viktig del av profesjonskontrollen, mange av kirurgene i private sykehus har også engasjement i offentlige sykehus som gir en referanseramme for hva som er god faglig forsvarlig standard, tross for at karakteristika ved private sykehus er litt annerledes legger det en referanseramme, dette diskuteres nedenfor. Videre ligger det en viktig profesjonsregulerende mekanisme i at kirurgen er personlig faglig ansvarlig for den jobben de gjør, ser en dette i sammenheng med at det følger mye stolthet og ære med den medisinske profesjon må det antas å være en regulerende mekanisme i seg selv.

Normative midler angir at profesjoner aktivt søker å konstruere institusjonelle rammer som angir forventninger til individ, grupper og organisasjoner, ved å sette en standard for hva som ansees å være akseptabel handling (Scott2008b). Jeg finner ulike praksis knyttet til hva som synes å være faglig forsvarlig standard. Tradisjonelt har det vært offentlige sykehus som har satt standard for hva som er medisinsk faglig forvarlig, men det synes nå som de private sykehusene stadig strekker den grensen lenger og lenger bort fra det som er akseptabelt i offentlige sykehus. Dette må sees i sammenheng med karakteristika ved private sykehus, som skiller seg fra offentlige sykehus på en del vesentlige forhold, knyttet til at private sykehus

stort sett er privilegert å ha pasienter som ellers er relativt friske, samtidig som typen inngrep er av en enklere karakter enn de som utføres ved offentlige sykehus. Således kan medisinske profesjoner i private sykehus bidrar til å sette en ny mer moderne standard for hva som faktisk kan sies å være faglig forsvarlig standard under gitte omstendigheter. Men som påpekt tidligere opplever en også noe uoverensstemmelse blant de private aktør i forhold til hva som bør være profesjonsnorm, samtidig bør det poengteres at private sykehus og offentlige sykehus vanskelig kan bruke hverandre som direkte *benchmarking*, på grunn av grunnleggende ulike karakteristika. Men som poengtert tidligere utfordres den medisinske profesjonene av en *trade off* mellom økonomisk inntjening og faglig forsvarlig virksomhet, hvor medisinske profesjonsnormer sees som begrensende for hvor langt de private sykehusene kan strekke effektiviseringsprosessene.

7.5 Hvordan private sykehus forholder seg til omgivelsene og legitimitet

De private sykehusene tilstreber å balansere hensynet til regulatoriske rammebetingelser og standarder gitt av medisinske profesjonsnormene, samtidig vil deres virkelighetsoppfatning av anbudskontrakter og omgivelsenes krav og forventninger påvirker deres tilpasninger. Legitimitet har en sentral betydning innenfor et institusjonelt rammeverk, og angir en symbolsk verdi som vises på en måte som er synlig for utenforstående (Scott et al., 2000, i Scott (2008)). Legitimitet er den viktigste ressursen og grunnleggende for å skaffe seg øvrige interessenter (Nyborg, 1998). I samsvar med Scott (2008) er private sykehus avhengig av sosial aksept og troverdighet for å overleve. For å sikre legitimitet bør private sykehus tilpasse seg samfunnsmessige forventninger om hvordan rasjonelle, velfungerende og moderne organisasjoner skal opptre. Ettersom private sykehus er sterkt profesjonsdrevet angir det grunnleggende premisser for hva omgivelsene forventer av dem som institusjon. I tillegg til at private sykehus yter helsehjelp driver de forretning, det fordrer at private aktører er bevisst sin rolle og skaper riktige forventninger i omgivelsene. Omgivelsene vil oppfatte en legitim organisasjon som mer verdt, mer meningsfull, mer forutsigbar og mer troverdig, enn organisasjoner som mangler legitimitet for sin virksomhet. Organisasjoner uten legitimitet vil typisk være mer sårbare for påstander om å drive uaktsomt, de vil lettere oppleves irrasjonelle og unødvendige sett fra omgivelsen sin side (Suchman, 1995). Sykehus er bærere av viktige verdier i samfunnet og har derav i utgangspunktet høy legitimitet (Busch et al., 2010), men kommersielle aktører står ovenfor noen ekstra utfordringer knyttet til at de skal tjene penger på å yte helsehjelp. Det gir utfordringer knyttet til å synliggjøre ovenfor omgivelsene at de er viktige aktører i et større samfunnsmaskineri, som bidrar til at omgivelsene opplever private

sykehus som verdifulle bidragsytere til fellesskapet. Jeg finner at private aktører opplever at de i større grad enn offentlige sykehus må forsvare og dokumentere kvaliteten. For å kunne være med i konkurranse om anbudskontrakter, må de vise til prosedyrer, internkontrollsystem og ansattes kompetanse. Private aktørene opplever i tillegg at pasientene har høyere krav og forventninger, de forventer service og godtar ikke å vente særlig lenge for å komme til. Privatbetalende pasienter setter således en standard for hva de private sykehusene må tilby av service, og av hensyn til eget renommé må de private yte lik service til alle pasienter uavhengig av om det er pasienter på offentlige avtaler, forsikringspasienter eller privatbetalende pasienter. Å forskjellsbehandle pasienter ut ifra hvem som betaler best ville ikke bidra til å oppfattes som troverdig og moralsk ansvarlige aktører. Lederne ved de private sykehusene er veldig klar over at det er helt avhengig av oppslutning og støtte i omgivelsene for å kunne overleve i det kommersielle markedet. Suchman (1995) angir at det er langt enklere å opprettholde enn å etablere eller reparere legitimitet, dette synes lederne i private sykehus å være veldig klar over, de er svært opptatt av å ikke foreta seg noe som kan skade deres renommé.

I intervjuene snakker de private aktørene ikke om å sikre, vedlikeholde eller reparere legitimitet, men de er derimot svært opptatt av å ivareta omdømme, sikre et godt renommé hvor folk snakker vel om dem og skape en sterk merkevare. Dette er nært knyttet til å sikre legitimitet i omgivelsene, og kan ansees å være to side av samme sak, da det er symbolske verdier som vises på en måte som er synlig for utenforstående (Scott et al., 2000, i Scott (2008)). For private kommersielle sykehus vil det være avgjørende å sikre og bygge oppunder et godt omdømme for å sikre pasienttilstrømning. De private aktørene poengterer at god faglig kvalitet, førsteklasses service og profesjonelle ansatte som yter de lille ekstra kan være avgjørende for om kunder velge dem fremfor konkurrenten, dersom de ellers blir oppfattet som likeverdige alternativer. Videre poengteres viktigheten av å ikke love for mye, da det handler om å innfri forventninger, og allerhelst å overgå forventninger. Kundene er ikke opptatt av bunnlinjen, selv om det selvsagt er et viktig fokus for de private sykehusene. Det kan stilles spørsmålstegn ved hvilke implikasjoner anbudskontrakter har for hvordan omgivelsene opplever private sykehus. Suchman (1995) angir at legitimitet både styrker stabilitet og lesbarhet i en virksomhet, og har en gjensidig forsterkende effekt. Anbudskontrakter kan sees som et kvalitetsstempel i den forstand at de private sykehusene er kvalifisert til å levere helse tjenester til det offentlige, og sett i lys av at sykehus som bærere av viktige verdier i samfunnet har høy grad av legitimitet, kan det antydes at anbudskontrakter

har en positiv effekt på de private aktørenes legitimitet i omgivelsene, og sånn sett kan styrke stabiliteten og i hvilken grad de private aktørene fremstår som tydelige i omgivelsen. Men så spør det på hvilke grunnlag, hvilke premisser de private aktørene har blitt tildelt anbudskontraktene. Effektivitet, samlebåndspreget produksjon og store volum er nok ikke et kvalitetsstempel for alle. Jeg avdekker ikke et klart bilde på dette, de private aktørene synes noe uenig om i hvilken grad det å ha anbudskontrakter er positivt for deres omdømme. Men det er klart, som noen private aktører påpeker, godt fornøyde kunder er deres beste reklame og kan sies å ha en styrkende effekt på deres renommé i omgivelsene. Samtidig påpeker andre aktører paradokset ved at det til tider bygger seg opp venteliste også i de private sykehusene, fordi de er forpliktet til å fordele kvoten av offentlige pasienter jevnt utover hele året, tiltross for ledig kapasitet i klinikken. Det fremstår som en krevende øvelse å forklare for pasientene, at årsaken til at de må vente et par måneder skyldes betingelser i rammeverket og ikke kapasitet, betaler de av egen lomme kan de få operasjon omtrent neste dag, det er på det rene at dette skaper tvil om de private sykehusenes legitimitet. Suchman (1995) angir at legitimitet leder til standhaftighet fordi omgivelsene opplever virksomhetens aktiviteter som ønskelig, forsvarlig og hensiktsmessig. Avtaler med det offentlige kan ha en positiv effekt på legitimitet når pasientene opplever at det private tilbudet gjør at de kommer raskere til operasjon og dermed raskere tilbake i jobb, og kanskje spesielt når totalopplevelsen av profesjonalitet, kvalitet og service gjennom hele pasientforløpet lever opp til, eller i beste fall overgår forventningene. Dette er i samsvar med Suchman (1995) som angir at dersom tilbudet og praksisen i tillegg fremstår som troverdige, utvikler det rasjonelle og menings skapende strukturer som styrker legitimiteten.

De private aktørene kan i samsvar med Suchman (1995) aktivt søke støtte eller passivt ivareta legitimitet. Lobbyvirksomhet er en måte å påvirke regulatoriske forhold, men det kan stilles spørsmålsteget ved hvordan det påvirker legitimitet, kan det tenkes å ha en positiv effekt, eller er det mer sannsynlig at omgivelsene opplever det negativt knyttet til at private aktører mistenkes for å ha en skjult agenda. Jeg finner noe ulik holdning til bruk av lobbyvirksomhet blant de private aktørene. Suchman (1995) angir at *lobbymaking* er en vanlig legitimeringsstrategi. Særlig en av de store aktørene bruker mye tid og ressurser på aktiv *lobbymaking*, da de mener det er viktig å vise engasjement og påvirke politisk for å synliggjøre hva de kan bidra med. Andre private aktører holder en mye lavere profil og ønsker ikke å gjøre det synlig, av fare for å fyre opp under et fortsatt noe skuende blikk på bransjen, som kan skade deres omdømme som profesjonell og seriøse aktører. De søker heller passivt å

ivareta legitimiteten ved å holde fokus på høy kvalitet, service, fornøyde kunder og annet som har en positiv effekt på renommé og omdømme. Det fremkommer videre at de private aktørene i ulik grad benytter seg av markedsføring, her observeres forskjeller mellom store aktører i kjedevirksomhet og mindre frittstående aktører. De store aktørene har i kraft av å være del av en kjede et helt annet markedsføringsbudsjett enn de mindre selvstendige aktørene, økonomiske hensyn synes å forklare hvorfor mindre aktører nesten ikke benytter aktiv markedsføring. Derimot benytter samtlige private aktører sosiale medier som Facebook, Google, Twitter etc. for å profilere seg, og de opplever sosiale medier som en genial måte å nå ut til den aktuelle kundemassen som de identifiserer seg med. Legitimitet er komplekst, det gjør at private sykehus i likhet med andre organisasjoner ikke kan tilfredsstille alle interessenter i omgivelsen. Likevel, på marginen kan ledelsestiltak utgjøre en betydelig forskjell, i den grad virksomhetens aktiviteter ansees å være ønskelig, forsvarlig og hensiktsmessig innenfor en gitt kulturell kontekst. Det hevdes at etablering av legitimitet handler om kommunikasjon, kommunikasjon mellom organisasjonen og mennesker i omgivelsene. Kommunikasjon inkluderer nonverbale signaler som organisasjonen omgir seg med (Mick & Wyttenbach, 2003). Forskningsstudien avdekker at samtlige ledere i private sykehus er seg bevisst disse mekanismene og synes jobbe aktivt med å fremstå som troverdige og ansvarlige aktører gjennom måten de møter media, bruk av reklame og videre ved et bevisst forhold til lobbyvirksomhet og mulige effekter som diskutert ovenfor.

En institusjonell tilnærming til legitimitet angir at legitimitet ikke er en operasjonell ressurs, men heller en oppfatning (Suchman, 1995). Legitimitet en tilstand som reflekterer relevante regler, lover og normativ støtte, eventuelt justert for et kulturelt kognitivt rammeverk, og fremkaller en dypere mening. I vår tid er styresmakter, profesjoner og næringsorganisasjoner avgjørende for organisasjoner, hvor sertifisering og godkjenning av autoritære posisjoner oftest er gode indikatorer på legitimitet (Scott, 2008). Anbudskontrakter kan tenkes å ha en symbolsk verdi som kvalitetsstempel, som diskutert ovenfor, samtidig har leger og sykepleier en offentlig autorisasjon for å kunne utøve sitt virke. Likeledes må private sykehus som ønsker å være med i konkurranse om anbudskontrakter ha sykehuskonsesjon på alle de fagområdene de ønsker å levere helsetjenester til det offentlige, i samsvar med Scott (2008) er dette gode indikatorer på legitimitet, som styrker de private sykehusenes posisjon som viktige aktører i et større samfunnsmaskineri.

Ulik legitimitet kan stå i direkte motsetning til hverandre og skape konflikt, eksempelvis kan profesjoner motiveres til å overholde normative standarder, men avvike fra regulatorisk byråkratisk organisering (Scott, 2008). Private sykehus i likhet med offentlige sykehus er sterkt profesjonsdrevet, hvor de medisinske profesjonsnormene legger visse begrensninger for hvordan de private sykehusene tilpasser seg regulatoriske forhold og balanserer hensyn mellom profittmaksimerende tiltak knyttet til økt effektivitet og produktivitet oppimot hensyn til hva som er faglig forsvarlig virksomhet og god pasientbehandling, dette er i samsvar med Scott (2008) som angir at legitimitet gir normer verdighet og rettferdiggjør nødvendige institusjonelle handlinger. Jeg finner at samtlige private aktører poengterer nødvendigheten av å sette hensynet til pasienters sikkerhet fremfor økonomi, men det fremkommer ikke i hvilke grad de private aktørene ikke overholder regulatoriske forhold som eksempelvis standarder for hva som er faglig forsvarlig bemanning på operasjonsstuen, krav til norsk standard for anestesi etc. Av effektiviseringshensyn er redusert bemanning en effektiv måte å kutte kostnadene, da lønnskostnader også i private sykehus ansees å være en av de tyngste utgiftspostene. Men i kraft av sterke medisinske profesjonsnormene er det grunn til å tro at profesjonene ikke vil godta en bemanning som risikerer å gå utover pasientsikkerheten, men som diskutert ovenfor er det et relativt begrep hva som ansees som god pasientbehandling, eksempelvis i forhold til samlebåndspreget produksjon. I hvilken grad dette har noen effekt på hvordan omgivelsen opplever private sykehus er vanskelig å si, det vil være et spørsmål om hva som er synlig i omgivelsene. Interne forhold blir ofte ikke synlig for publikum før en opplever systemet eller journalister og allmennheten fatter interesse av en større eller mindre skandale hvor private aktører blir eksponert i media og risikere å settes i et dårlig lys, som i neste rekke kan true deres anseelse i omgivelsene. Suchman (1995) presiserer at organisasjoner noen ganger kan oppleve en ufortjent, naiv positiv evaluering, som kan være spesielt nyttig i motgangstider hvor legitimiteten er truet. Hvilket betyr at dersom omgivelsene ellers opplever private sykehus som nyttig i samfunnsmaskineriet, og fortsatt fremstår som tillitsfull og fornuftig kan de fortsatt ha legitimitet i omgivelsene tross for noen feilskjær.

Institusjonell teori skiller mellom ulike typer legitimitet, hvor hver har en generalisert oppfatning eller forutsetning om at organisatoriske aktiviteter er ønskelig, riktig og hensiktsmessig innenfor et sosialt konstruert system av normer, verdier, oppfatning og definisjoner. Pragmatisk legitimitet er mest egnet når en ser på privat sykehusvirksomhet (Busch et al., 2011). Pragmatisk legitimitet er knyttet til at organisasjoner oppfattes som et

nyttig verktøy i samfunnsmaskineriet (Suchman, 1995). Ved å fremstå som en effektive produsenter med høy verdiskapning kan en organisasjon fremstå som legitim (Buch et al., 2010). Karakteristika ved private sykehus legger premissene for hvordan de kan oppnå aksept og anseelse i omgivelsene. I forhold til anbudskontrakter kan det antydes at RHF'ene spiller på de private aktørers egeninteresse av å sikre god kvalitet for å ivareta egen anseelse og legitimitet i omgivelsene. Av hensyn til eget renommé og omdømme, kan ikke de private aktørene risikere å få dårlig ord på seg og miste anseelse ved å tyne effektiviteten til det ytterste. Kvalitet og pasientsikkerhet må komme først, da det er grunnleggende for virksomheten. Dette viser i tråd med Suchman (1995) som angir at pragmatiske hensyn og betraktninger like godt kan inngå i vurderinger av moralsk legalitet i organisasjonen. De private sykehusene skiller seg fra ordinære produksjonsbedrifter ved å operere mennesker og ikke materielle ting, det legger begrensninger i forhold til grad av effektivisering og mulighet til verdiskapning. Det at private sykehus kan tilby operasjon raskere og hjelper mennesker raskere tilbake i jobb, må antas å være et ønsket tilbud og nyttig verktøy i samfunnsmaskineriet. Private sykehus er moderne institusjoner, som i følge Suchman (1995), gir legitimitet ved å fremstå som personifiserte autonome og moralsk ansvarlige organisasjoner som oppleves å ha gode intensjoner, være anstendige, tillitsfulle og fornuftige virksomheter. Bare det at private sykehus ønsker å tilby tjeneste til det offentlige signaliserer at de ønsker å bidra til fellesskapet, men som kommersielle aktører ligger det i deres natur å ha hensikter knyttet til å generere inntekt eller mer strategiske hensikter som diskutert tidligere.

Organisasjoner kan oppnå pragmatisk og moralsk legitimitet ved å aktivt delta i diskusjoner (Suchman, 1995), det taler for at lobbyvirksomhet kan ha en positiv effekt på pragmatisk legitimitet. Ofte forsterker de ulike legitimiteten hverandre, men det kan være konflikt mellom de ulike typene, eksempelvis kan en krass anklage mot pragmatisk legitimitet øke moralske krav, og dårlig moral uthuler pragmatisk legitimitet (Suchman, 1995). Det innebærer at private sykehus bør tilstrebe å fremstå som bidragsytere i et større samfunnsmaskineri, eksempelvis ved å levere helsetjenester i offentlige avtaler.

Forskningsstudien viser at de private aktørene er opptatt av hvordan de fremstår, og tilstreber å fremstå som moralske ansvarlige aktører eksempelvis ved å yte den samme service til alle pasientene uavhengig av hvem de tjener mest penger på. I samsvar med Suchman (1995) har slike handlinger en gjensidig forsterkende effekt på opplevelsen av private sykehus som

bidragsyter i samfunnsmaskineriet, hvilket gir legitimitet som igjen styrker omdømme og renommé. Dette synes forenelig med det Suchman (1995) beskriver som strategisk tilnærming til legitimitet som en operasjonelle ressurs som kan gjøre organisasjoner konkurransedyktige i deres kulturelle omgivelser. Ledere i private sykehus har en svært bevisste fokus på service, kvalitet, fornøye kunder, og jobber aktivt for å ivareta renommé og omdømme, hvilket er i samsvar med Suchman (1995) som angir at strategisk legitimitet forutsetter høy grad av ledelsesmessig kontroll i legitimitetsprosessen. Private sykehus kan tenkes å profitere på en sterk medisinske profesjonsnorm som setter en standard som virker begrensende og stabiliserende på virksomheten i den forstand at de holder aktiviteten innenfor det som ansees som moralsk ansvarlig i omgivelsene, eksempelvis ved å balansere hensyn til å maksimere profitt ved økt effektivisering oppimot faglig forsvarlig pasient behandling.

Mick & Wyttenbach (2003) sin beskrivelse av legitimitet i helsesektoren er oppsummerende og understreker hvilke fokus de private sykehusene har. De angir at legitimitet er en indikator på troverdighet, og at sykehus kan tilstrebe legitimitet og bygge institusjonell tillit ved å overholde gjeldende normer og forventninger som regulerer organisatorisk atferd. Tillit er viktig for omdømmeeffekter, i tillegg reduserer tillit muligheter for opportunistisk atferd. Videre angir de at kvalitet og service er avgjørende for legitimitet i helsevesenet (Mick & Wyttenbach, 2003).

Risikoen ved å stadig tilstrebe å leve opp til forventninger i omgivelsen er at organisasjonene tar etter og adapterer mål som tar seg godt ut i omgivelsen kun for å oppnå legitimitet, da blir målene mer symboler enn reelle mål å jobbe etter. ISO-sertifiseringen kan sees som symbolikk på kvalitet, men som poengtert tidligere sier det reelt sett ikke noe om kvaliteten på arbeidet, det er kun prosedyrer for hvordan ting skal gjøres. Hvilket er forenlig med en institusjonell tilnærming til legitimitet, hvor organisasjoner opparbeider seg støtte fra bestanddeler som gjør at omgivelsene oppfatter virksomheten som verdifull (Suchman, 1995). Her er ledernes beslutninger i stor grad konstruert med utgangspunkt i oppfatninger som ansees å være i samsvar med en ønsket målgruppe, hvor beslutningen ofte har en symbolsk verdi. Forskningsstudien viser at de private aktørene som ønsker å være med i konkurranse om anbudskontrakter synes å ha et ønske om å ha mål som tar seg godt ut i omgivelsene. Videre hevdes det at enkelte private aktører overdokumenterer kvalitet ved å finne mål og visjoner som tar seg godt ut i omgivelsene, men dette er enkeltutsagn og kan ikke sies å være gjeldende praksis for bransjen. Forskningsstudien viser at det finnes mye grundervirksomhet i

mindre frittstående sykehus, de representerer motsetningen, de ønsker ikke å direkte kopiere mål som bare ser bra ut i omgivelsene, de synes mer å ha en genuine visjoner og tanker om hvordan ting best kan løses, de er ikke så opptatt av å kopiere suksessfulle trender på samme måte som større private sykehus. De er på et vis i opposisjon til de store aktørene i bransjen, de ønsker å gjøre ting på sin måte, og de forventer å bli akseptert og få anseelse for det. De ønsker å skape en nye institusjonelle strukturer og å bli oppfattet som legitime aktører. Dette er forenelig med en strategisk tilnærming til legitimitet, som Suchman (1995) beskriver som målrettet, kalkulert og ofte opposisjonelt. For å oppnå legitimitet må de likevel tilpasse seg systemet eller prøve å forandre systemet slik at de blir akseptert.

Oppsummert synes det som private sykehus både benytter seg av en strategisk og institusjonell tilnærming til legitimitet, dette er i samsvar med Suchman (1995) som angir at i den virkelige verden står organisasjoner ovenfor både strategiske operasjonelle utfordringer og institusjonelle påvirkninger. Videre poengterer Suchman (1995) viktigheten av å belyse begge perspektivene for å kunne gi et helhetlig bilde av hvordan legitimitet etableres og fungerer, det presiseres at legitimitet både kan benyttes som en manipulerende ressurs og som en oppfatning som omgivelsene tar for gitt. Pragmatisk legitimitet er den legitimitetsformen som er enklest å manipulere, fordi den direkte reflekterer en bytte- og innflytelsesrelasjon mellom organisasjonen og spesifikke bestanddeler (Suchman, 1995). I den grad det forekommer overdokumentasjon av kvalitet i bransjen kan det sees som en form for manipulasjon for å sikre seg pragmatisk legitimitet. I private sykehus vil pasientene forvente å få faglig forsvarlig behandling, hvilket bygger på en tradisjonelt sett grunnleggende tillit til den medisinske profesjonen, slik Scott (2008b) beskriver det, har de iboende tillit og respekt i kraft av sin profesjon, hvilket tilsier at en tar for gitt å få faglig god pasientbehandling også i private sykehus. Det beskrives en rekke uheldige konsekvenser av legitimeringsstrategi som kan utarme og true legitimiteten, og gjøre omgivelsene skeptisk til virksomheten.

Forskningsstudien viser at ledere ved private sykehus angir et bevisst forhold til å ikke drive *over doing*, eller utnyttet pasientene på noe vis, dette kan hindre det Ashforth & Gibbs (1990, i Suchman (1995)) beskriver at som *self-promoter paradox*, hvor det kan oppstå utilsiktede konsekvenser fordi omgivelsenes tolkning kan avvike fra virksomhetens forventninger.

Generelt sett, i samsvar med Suchman (1995), favoriserer institusjonelle hensyn private sykehus som *make sense* og som *play the rules*, hvilket krever at de har et bevisst forhold både til offentlige hensyn, men også egen relative ytelse, for å kunne balansere det

uunngåelige motsetningsforholdet mellom å oppnå spesifikke profittmaksimerende mål og samtidig følge generelle regler knyttet til å yte helsetjenester i offentlige kontrakter. Dette vil i følge Suchman(1995) bidra til å beskytte legitimiteten i hele sektoren.

7.6 Isomorfisme i privat sykehus marked

Forskningsstudien viser at aktørene i det private sykehusmarkedet på mange områder blir mer og mer like hverandre, isomorfisme, hvilket skyldes at de private aktørene i streben etter å sikre legitimitet tilpasser seg samfunnets forventninger og krav til rasjonelle, velfungerende og moderne organisasjoner. Hovedårsaken til at de private aktørene blir mer og mer lik hverandre er at de må tilpasse seg grunnleggende krav for å få lov til å være med i konkurranse om anbudskontrakter, som sykehuskonsesjon, intern-kontrollrutiner, kvalitetssystemer, hvor ISO-sertifisering er blitt langt mer vanlig enn tidligere, dette bidrar til å standardisere bransjen på de formelle tingene. I samsvar med DiMaggio og Powell (1983, i Nyborg (1998)) skjer det en tvingende isomorfisme på bakgrunn av at organisasjoner blir pålagt ny praksis av høyere institusjoner. De private sykehusene må forholde seg til nye reguleringer i konkurransegrunnlaget, endrede kvalifikasjons- og tildelingskriterier som angir hva som skal til for at de skal oppleves som legitim aktør ut ifra de enkelte RHF sin tolkning. Videre angir medisinske profesjonsnormer en viss standard for faglig forsvarlig pasientbehandling, som også bidrar til å gjøre de private sykehusene like hverandre, omtalt som normativ isomorfisme. Hva som ansees å være en passende handling endres over tid, men det synes å være noen mekanismer som gjør at det som oppfattes som en god organisasjon smitter fra den ene til den andre, ved at aktørene kopierer hverandre på det som synes å være en suksess, nye trender etc., omtalt som etterlignede isomorfisme. I streben etter å være seriøse og profesjonelle aktører søker de private sykehusene å plukke det beste fra hverandre. Suchman (1995) angir at tap av mangfold kan være spesielt beklagelig i fremvoksende industrier og i sektorer med sosiale utfordringer. Forskningsstudien viser at ledere i private sykehus har stor tro på at markedet for private helsetjenester skal vokse sterkt i fremtiden og at de vil få en stadig mer sentral rolle, sett i lys av økende kapasitetsutfordringer i offentlig helsevesen (jfr. Spekter seminar 11.01.2012). I samsvar med Suchman (1995) kan de hevdes at sentrale helsemyndigheter i større grad burde stimulere til mangfold fremfor å bidra til å standardisere bransjen, men dette er klart vanskelig i praksis knyttet til rettfærdig tildeling av anbudskontrakter. Det synes som aktørene best kan skille seg fra hverandre ved å sikre seg de beste kirurgene, tilby en unik produktsammensetning, yte utmerket service i hele pasientforløpet, samt være innovative ved å utvikling nye konsepter,

forhold som ikke umiddelbart lar seg kopiere. Jepperson (1991, i Suchman (1995)) angir at legitimitet har en tendens til å bli et korthus med gjensidige tilpasninger, isomorfisme, hvor noe tas for gitt og vanskeliggjør å endre tilpasninger til skiftende miljø. Forskningsstudien viser at samtlige private aktører angir evne til innovasjon og utvikling av nye konsept som vesentlig for å overleve i det kommersielle markedet, men samtidig understreker flere at nye konsepter må matche deres eksisterende profil for hvordan de ønsker å fremstå for å ikke forvirre omgivelsene og svekke sitt renommé. Flere aktører angir at de henter ny inspirasjon og ideer fra utlandet, i håp om å skape seg noen fortrinn ovenfor konkurrentene. Videre synes de store aktørene å kopiere hverandre på noen områder som ortopedi og plastikkirurgi, områder hvor det finnes store offentlige kontrakter og forsikringsavtaler, samtidig synes de å spesialisere og differensiere seg oppimot ulike nisjer i det privatbetalende markedet. Hvilket er strategisk fornuftig for å opprettholde nisjer hvor inntjeningen er høyere enn i markeder for offentlige avtaler. De mindre aktørene fremstår noe mer heterogene både med hensyn til produktspesialisering og i forhold til bredde versus nisjestrategi.

7.7 Streben etter rasjonalitet i private sykehus

For å forstå beslutninger som fattes i de private sykehus må en forstå den eksisterende rasjonaliteten (Hodgkinson & Sparrow, 2002; Vidaillet, 2008, i Selart (2010)). Det presiseres at ved å forstå omgivelsene, kan virksomheter lære å konkurrere, overleve og tilpasse seg (March, 1994, i Selart (2010)). Private sykehus som velger å være med i konkurranse om anbudskontrakter må tilpasse seg institusjonelle normer, som diskutert utfyllende ovenfor ligger normene dels i lovverket RHF`ene må forholde seg til, dels i den medisinske profesjonen og dels i hva som ansees som ønskelig, riktig og hensiktsmessig adferd i omgivelsene, dette omtales som *logic of appropriateness*. Likeledes må de private sykehusene som kommersielle aktører skue mot økonomiske hensyn og rene økonomiske konsekvenser, mål-middel rasjonalitet, omtalt som *logic of consequence*. Det hevdes at *logic of consequence* er et særtrekk ved private virksomheter og at *logic of appropriateness* ofte er mer sentral ved offentlige organisasjoner (Albert og Whetten, 1985, i Bush og Gustafsson (2006)).

Forskningsstudien viser derimot at de private aktørene som velger å være med i konkurranse om anbudskontrakter må forholde seg både til nyttemessig rasjonalitet (*logic of consequence*) hvilket innebærer og normativ rasjonalitet (*logic of appropriateness*). Det kan forklares med at private sykehus som ønsker å levere helsetjenester i offentlige avtaler, også må forholde seg til regelverket rundt avtalene og ikke bare rene profittmaksimerende hensyn. De private aktørene er avhengig av å foreta så rasjonelle handlinger som mulig for å sikre troverdighet

og omdømme, ofte er dette forankret i prosedyrer som intern-kontrollsystem og kvalitetssystemer. I praksis står en ovenfor kvasirasjonelle prosesser, hvor prosessene tilsynelatende ser rasjonelle ut, men i virkeligheten opplever en at de ikke er det.

Forskningsstudien viser at noe av regelverket knyttet til anbudskontrakter tilsynelatende ikke er like rasjonelt som det var tiltenkt i utgangspunktet, praksis viser at regelverket resulterer i mindre hensiktsmessige løsninger. Eksempelvis kan ISO-sertifiseringen sees som en type kvasirasjonelle prosesser, typisk regelstyring i form av spesifikke prosedyrer.

Forskningsstudien viser at de private aktørene ikke opplever at arbeidet med å skaffe seg ISO-sertifisering ikke har gitt dem den effekt de i utgangspunktet trodde det ville ha, som et kvalitetsstempel som kunne gi dem noen fortrinn.

Oppsummert er det åpenbart flere forhold som påvirker i hvor stor grad de private aktørene tilpasser seg økonomisk versus institusjonelle normer. *Logic of appropriateness* innebærer at en tilpasser seg institusjonelle normer, hvor normene ligger dels i lovverket, dels i den medisinske profesjonen, og dels i hvordan byråkrater opptrer og hva som ansees for gjeldende atferd eller premisser. *The logic of consequence* ser på rene økonomiske konsekvenser. De private sykehusene synes å kombinere begge typer, men i noe varierende grad. Det synes grunnlag for å antyde at private sykehus med offentlige avtaler har et større fokus på institusjonelle rammer gitt i lovverket enn private sykehus som velger å ikke være med i konkurranse om anbudskontrakter. Men som kommersielle aktører må samtlige private aktører ta hensyn til økonomiske konsekvenser, men samtidig sikre seg støtte og anseelse i omgivelsene ved å tilpasse seg institusjonelle normer gitt i lovverket og hva som ansees som passende atferd i omgivelsene. Dette er i samsvar med Scott (1987, i Suchman (1995)) som presiserer at en tett interaksjon med omgivelsene gir en mer ideell tilpasning mellom organisasjonen og omgivelsen.

8 Konklusjon

Utredningen har forsøkt å belyse og gi økt innsikt i hvilke vurderinger de private sykehusene gjør knyttet til valg om å være med i konkurranse om anbudskontrakter, hvilke muligheter og utfordringer det gir, samt hvordan de private sykehusene tilpasser seg og handler på kort sikt, men også mer langsiktige strategiske beslutninger. De private sykehusene står ovenfor en rekke forhold som påvirker deres vurdering, velger de å være med i konkurransen om anbudskontrakter legger anbudskontraktene noen institusjonelle regulatoriske føringer som har konsekvenser og driver mye av tilpasningen i de private sykehusene. Jeg finner at i streben etter å sikre anerkjennelse og legitimitet i omgivelsene er det nødvendig å forholde seg lojal til lover og regler gitt av myndighetene, selv om de oppleves som rigid og tungrodd. Videre setter de medisinske profesjonsnormene en standard for virksomheten og angir rammer for hva som ansees for faglig forsvarlig virksomhet. Jeg finner noe ulike normer og oppfatninger knyttet til hva som ansees å være god pasientbehandling, hvilket kommer særlig til uttrykk i forhold til produktivitet, effektivitet og kostnadsutt. Jeg finner at større private sykehus som er del av en kjede synes å ha en mer samlebåndspreget produksjon, hvilket kan sees i sammenheng med at de legger beslag på størsteparten av de offentlige avtalene, som igjen fordrer et stort fokus på en strømlinjeformet virksomhet med effektivisering av samtlige aktiviteter grunnet små marginer og pressede priser i anbudskontrakter, som de kompenser med økt produktivitet for å få ned enhetskostnadene per operasjon. Jeg finner ikke grunnlag for å si noe om i hvilken grad det medfører lavere kvalitet på tjenestene, da det forventes at de medisinske profesjonsnormene overstyrer økonomiske administrative ønsker om høy produktivitet og profittmaksimerende hensyn. Videre vil enkelte aktørers opplevelse av anbudskontrakter, deres persepsjon av virkeligheten, ha betydning for hvilke vurderinger de private sykehusene gjør i forhold til å være med i konkurranse om anbudskontrakter eller ikke. Jeg finner ulike oppfatninger knyttet til verdien og nytten av å være med i konkurranse om anbudskontrakter. Samtlige aktører angir at det er skjerpene og positivt for virksomheten å utarbeide tilbud til anbudskontrakter da det krever nøye gjennomgang av kostnader, tidsbruk, intern-kontroll, prosedyrer og kvalitetssystemer, hvilket bidrar til en mer strømlinjeformet virksomhet. Dette kan sees som en positiv indirekte effekt av å være med i konkurranse om anbudskontrakter.

Private sykehus angir mer strategiske hensikter enn rene økonomiske hensyn som begrunnelse for å være med i konkurranse om anbudskontrakter. Det synes videre grunnlag for å antyde at det i større grad forekommer taktikk og strategiske hensikter hos de større aktørene som er del

av en kjede, enn hos mindre frittstående sykehus, hvilket kan skyldes at de har bedre mulighet til å håndtere utfordringene knyttet til offentlige kontrakter. Det synes grunnlag for å antyde at spesielt de større aktørene har mulighet og er villig til å tjene så godt som ingenting på de offentlige avtalene for å kunne dra nytte av andre fordeler. Hvilket kan forklares ut ifra at de store aktørene har større økonomisk trygghet og tåler bedre dårlig inntjening noen år i motsetning til mindre enkeltstående aktører som ikke har et konsern å støtte seg til. Hensyn til å skaffe virksomheten oppdrag som kan styrke virksomhetens posisjon, sikre drift og sysselsette ansatte, samtidig som det skaper en base for å bygge videre oppimot andre fagområder og betalingssegment, synes å være en av de viktigste årsakene til at de private sykehusene ønsker å være med i konkurranse om anbudskontrakter. I tillegg finner jeg en faglig begrunnelse for å levere kirurgiske helsetjenester i offentlige avtaler, knyttet til å utvikle spisskompetanse innen spesifikke fagområder som de kan utnytte ved å tilby ekspertise til forsikringspasienter og privatbetalende pasienter. Samtidig finner jeg en mer idealistisk begrunnelse knyttet til at de har ledig kapasitet som de ønsker å tilby til offentlig helsevesen, ved at de kan tilby operasjon raskere og dermed hjelpe folk raskere tilbake i jobb. Videre finner jeg at noen søker å sikre bredde i fagmiljøene, som kan gjøre dem mer interessante i konkurransen om de beste fagpersonene, da å knyttet til seg dyktige kirurger angis å være en av nøkkelfaktorene for å lykkes i det kommersielle markedet. Likeledes finner jeg at noen angir konkurranse om anbudskontrakter som en *benchmarking* mellom de private aktørene, men slik konkurransesituasjonen oppleves per i dag hvor taktiske hensyn og press på pris for å sikre seg kontrakter, sier ikke det å vinne en kontrakt nødvendigvis noe om kvalitet direkte. Forskningsstudien bekrefter at kvalitet er vanskelig å måle, og at det i praksis blir enten godkjent eller ikke, det finnes ingen direkte indikator på en skala som enkelt kan skille aktørene fra hverandre. Jeg finner at de private sykehusene enklest kan skille seg fra konkurrentene ved å sikre fremragende service og oppfølging av pasienten gjennom hele behandlingsskjeden, samt å sikre seg de rette folkene og da spesielt kirurger. Samtidig finner jeg at noen benytter anbudskontrakter av konkurransestrategiske hensyn, enten for sikre en posisjon i markedet, hindre nyetablering eller sikre seg en stor offentlig avtale og bruke det som en base for å etablere seg i et nytt geografisk område. Dette støtter antagelsen om at det å ha anbudskontrakter kan gi noen fordeler utover å generere inntekt, men det finnes bare delvis støtte for å kunne si at anbudskontrakter fremstår som et kvalitetsstempel utad i omgivelsen, grunnet karakteristika ved dagen anbudspraksis.

Jeg finner at de private aktørene er seg svært bevisst viktigheten av å tilby god kvalitet, utmerket service, fornøyde kunder og levere mer enn det som forventes og beskytte merkevare og sikre godt omdømme. Samtlige private aktører, både store og små fremhever viktigheten av å fremstå som seriøse og profesjonelle aktører, for å få anerkjennelse og bli oppfattet som en ønsket, nyttige og hensiktsmessige aktør og bidragsytere i samfunnsmaskineriet. Dette synes å bidra til å styrke deres legitimitet i omgivelsene og gjøre dem bedre rustet til å overleve i det kommersielle markedet. Dette støtter antagelsen om at de private sykehusene i stor grad må ta hensyn til institusjonelle forhold for å kunne tilstrebe å fremstå som seriøse og legitime aktører med den hensikt at omgivelsene skal oppfatte virksomheten som ønskelig, forsvarlig og hensiktsmessig i samfunnsmaskineriet.

Samlet sett finner jeg at private sykehus ønsker å gjøre seg mindre og mindre avhengige av de offentlige avtalene, satse stort på å sikre seg avtaler med forsikringsselskap der betalingsviljen er større, samt optimalisere pasienttilstrømningen av privatbetalende pasienter hvor fortjenesten er høyest. Den viktigste årsaken til at private sykehus ønsker å gjøre seg mer uavhengig av offentlige avtaler er at anbudskontraktene er relativt kortvarige og innebærer et usikkert volum, hvilket gir dårlig grunnlag for langsiktig planlegging. Dette støtter delvis antagelsen om at manglende forutsigbarhet i dagens anbudspraksis fremtvinger kortsiktige løsninger og vanskeliggjør langsiktige strategiske beslutninger. Jeg finner at de private sykehusene synes å ha en langsiktig plan knyttet til valg om å være med i konkurranse om anbudskontrakter, som del av virksomhetens strategiplan. Kortsiktige løsninger synes å være forårsaket av forhold som ligger utenfor de private aktørenes mulighet til å påvirke. Tiltross for at anbudskontraktene har en maksimal ramme på fire år, som må ansees å være kortsiktig i strategisk sammenheng, synes likevel de private aktørene å ha en *backup* plan for hvordan de skal håndtere å miste en anbudskontrakt. Jeg finner at løsningen synes å ligge i aktørenes evne til å tenke nytt, være innovative og fange opp nye trender. Dette synes å være en viktig egenskap ved de private sykehusene som gjør dem mer dynamiske og bedre egnet til å tilpasse seg konkurranse om anbudskontrakter som per i dag er relativt kortvarige avtaler hvor en på ingen måte har noen garanti for å få forlenget avtalen etter at avtaleperioden er utløpt. Dette støtter antagelsen om at jo mer innovative og dynamiske de private sykehusene er, jo bedre egnet er de til å tilpasse seg utfordringer knyttet til anbudskontrakter.

Jeg finner at det er store forbedringspotensialer i anbudsprosessen og måten anbudskontraktene benyttes, dette har også sentrale helsemyndigheter oppdaget og pålagt de

regionale helseforetakene å foreta eksterne evalueringer av anbudsprossene, hvor hensikten er å lære av erfaringer og sikre mer hensiktsmessige anbudsprosser i fremtiden. Forslag om en felles helhetlig standard mal for hvordan anbudsprossen bør foregå og hvilke krav som bør stilles synes hensiktsmessig, samtidig viser forskningsstudien at det er behov for mulighet til å gjøre noen lokale tilpasninger knyttet til ulike utfordringer eksempelvis innenfor ulike geografiske områder. Lederne i private sykehus opplever det som positive signaler at det foretas eksterne evaluering av anbudsprossen, hvilket gir håp om bedre og mer hensiktsmessige løsninger i fremtidige anbud. Men forvaltningsjussen oppleveres som begrensende og lite smidig, slik at de kan oppfordres til å se mer på helheten, men dette krever overordnet handling.

Utredningen har forsøkt å belyse og forklare hvilke muligheter og utfordringer som følger med offentlige anbudskontrakter. Institusjonell teori forklarer på en god måte hvordan de private sykehusene balanserer ulike hensyn og tilpasser seg institusjonelle rammer og reguleringer i samfunnet. Men teori og modeller kan sjelden gjenspeile den fullstendige kompleksiteten og dynamikken som eksisterer mellom de private sykehusene, de regionale helseforetakene og andre forhold som påvirker hvordan de private sykehusene tilpasser seg og handler. Institusjonell teori fanger ikke opp og kan heller ikke forklare interne forhold i de private sykehusene som avveininger mellom profesjoners rolle versus økonomisk rasjonalitet.

Det er åpenbart flere forhold som påvirker i hvor stor grad de private aktørene tilpasser seg økonomiske hensyn versus institusjonelle normer. *Logic of appropriateness* angir at de private sykehusene tilpasser seg institusjonelle normer gitt dels i lovverket, dels i den medisinske profesjonen, og dels i hvordan byråkrater opptrer og hva som ansees for gjeldende atferd eller premisser. *Logic of consequence* derimot angir rene økonomisk konsekvenser. De private sykehusene synes å kombinere begge typer i stor grad. Spesielt hensyn knyttet til profesjoners rolle og økonomisk rasjonalitet synes utfordret i de private sykehusene som ønsker å være med i konkurranse om anbudskontrakter, grunnet strekt pressede priser og små marginer. På bakgrunn av forskningsstudien kan det hevdes at økonomiske hensyn i stadig større grad skyver og skviser premisser og standard for hva som ansees som faglig forsvarlig pasientbehandling, til fordel for profitt maksimerende hensyn, hvilket kommer til uttrykk i en stadig mer samlebåndspreget produksjon hvor effektivitet og produktivitet verdsettes. De institusjonelle rammene og streben etter å oppnå legitimitet har konsekvenser i form av økt

standardisering av bransjen, hvor særlig de større private sykehusene på noen områder blir mer og mer lik hverandre, hvilket sees spesielt i markedet for offentlige kontrakter.

Utfordringer i fremtidens Helse-Norge antar å måtte fordre et tetter samarbeid mellom offentlige og private helseaktører, men rammene og hvordan samarbeidet bør foregå synes ennå uklart. Det ligger mye muligheter og kompetanse i det private sykehus markedet, og det synes som de private sykehusene er interessert i å bidra til et bedre helsetilbud for befolkningen, men på de rette premissene. Bransjen som helhet synes å ha tro på at økende kapasitetsproblemer i det offentlige fremtvinger at det offentlige helsevesenet i større grad må benytte private aktører for å imøtekomme økende krav fra befolkningen, samt utfordringer knyttet til en større andel eldre i befolkningen. Det synes spennende å følge utviklingen og se hvilke tilpasninger som mer eller mindre tvinger seg frem for å finne hensiktsmessige og samfunnsøkonomiske gode løsninger.

Referanser

Andersen, C., Brekke, K.R., Kjerstad, E., Kristianse, F., Straume, O.R., Sunnevåg, K.J. (2006), SNF-rapport nr. 25/06, ”Konkurransen i spesialisthelsetjenesten?” http://www.konkurransetilsynet.no/iKnowBase/Content/427159/SNF-06-25_SPELIALISTHELSETJENESTEN.PDF (nedlastet 12.mai 2012).

Busch, T. og Gustafsson, O. (2006). *Fra offentlig til privat virksomhet: en endring av identitet, rasjonalitet og legitimitet*. Høgskolen i Sør-Trøndelag. TØH-serien, nr. 2006:1. http://brage.bibsys.no/hist/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_6823/1/Fra%20offentlig%20til%20privat%20virksomhet.pdf

Busch, T., Vanebo, J.O., Dehlin, E. (2010). *Organisasjon og organisering*. 6.utgave. Universitetsforlaget, Oslo.

Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K., Vanebo, J.O., (2011). *Modernisering av offentlig sektor, trender, ideer og praksiser*. 3 utgave, Unversitetsforlaget, Oslo.

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. 2. utgave, Universitetsforlaget AS, Oslo.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave, Gyldendal Akademiske, Oslo.

E24, e24.no. *Hele styret i Helse Midt-Norge byttet ut*. <http://e24.no/jobbb/hele-styret-i-helse-midt-norge-byttet-ut/20147607> (nedlastet 19.06.2012)

Forum for offentlig anskaffelser nr 3, (15.06.2010) *Spesialister fyrer løs* <http://www.foa.no/blog/files/e638f135e435ce713b4c1cd543f12638-63.html> (nedlastet 12.mai 2012).

Helmers B, A.K.(2012). Sykepleien.no (30.01.2012). *Kastet styre på grunn av intern uenighet*. <http://www.sykepleien.no/nyhet/812442/kastet-styre-pa-grunn-av-intern-uenighet> (nedlastet 19.06.2012)

Helse Midt-Norge, helse-midt.no. *Til felles beste?*. <http://www.helse-midt.no/no/Aktuelt/Magasinet-Helse/Magasinet-Helse-2008/Magasin-Helse-nr-4--2008/Til-felles-beste/> (nedlastet 19.06.2012)

Helse Nord, Styresak 37-2012 (29. mars 2012). *Ekstern evaluering av anskaffelser av private helsetjenester*. <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Styret/Styredokumenter/2012/Styresak%2037-2012%20Ekstern%20evaluering%20av%20anskaffelser%20av%20private%20helsetjenester.pdf> (nedlastet 12.06. 2012)

Helse Sør-Øst, KPMG rapport desember 2011. *Evaluering av anskaffelser i helsetjenesten*.

<http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styremøter/2012/16.februar/005-2012%20Vedlegg%20-%20Rapport%20fra%20KPMG.pdf> (nedlastet 11.06. 2012).

Helse Sør-Øst, Styresak nr 005-2012. *Kvalitet i anskaffelse av helsetjenester.*

<http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styremøter/2011/14.%20april/025-2011%20Kvitet%20i%20anskaffelser%20av%20helsetjenester%20-%20opplegg%20for%20evaluering.pdf> (nedlastet 11.06.2012).

Karlsen, A. (1999). *En utlegning om institusjonelle perspektiver, sammendrag fra dr.polit avhandling.* Nordlands forskning, NF-rapport nr. 15/99.

Kaspersen, S.L. og Kalseth, B. *Omfang og utvikling av det selvbetalende markedet for private spesialisthelsetjenester i Norge.* SINTEF helsetjenesteforskning. Mars 2012

<http://www.sintef.no/upload/Helse/Rapport%20A15248%20Omfang%20og%20utvikling%20av%20det%20selv-betalende%20markedet.pdf>

Lovdata 1, lovdata.no, *Lov om offentlige anskaffelser*

<http://lovdata.no/all/nl-19990716-069.html> (nedlastet 10.05.2012).

Lovdata 2, lovdata.no, *Lov om helseforetak m.m (helseforetaksloven)*

<http://www.lovdata.no/all/hl-20010615-093.html#map0> (nedlastet 10.05.2012).

Lovdata 3, lovdata.no, *Foreskrift om offentlige anskaffelser*

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20060407-0402.html>
(nedlastet 12.mai 2012).

Lovdata 4, lovdata.no. *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*

<http://www.lovdata.no/all/hl-20000414-031.html> (nedlastet 17.06.2012).

Malterud, K. (2005). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og utfordringer.* Videnskap og praksis, Ugeskrift læger 167/22, (30.05.2005). Københavns Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdeling for Almen Medicini, og Universitetet i Bergen, seksjon for allmennmedisin.

<http://www.ugeskriftforlaeger.dk/lf/UFL/2005/22/pdf/VP41098.pdf> (nedlastet 20.mai 2012).

Mick, S.S, og Wyttenbach, M.E. (2003). *Advances in health care organization theory.* First edition. Published by Jossey-Bass, SanFrancisco.

Nyborg, J. (1998). *Institusjonell teori og økonomistyring.* Arbeidsnotat nr. 47. Høgskolen i Nord-Trøndelag, Steinkjer.

Regjeringen 1, regjeringen.no Helse og omsorgsdepartementet.

Sykehusreformen iverksatt fra 2002

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/sykehusreformen-20012002.html?id=226436> (nedlastet 13.05.2012).

Regjeringen 2, regjeringen.no. Helse og omsorgsdepartementet, *Lov om helseforetak m.m*

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20002001/otprp-nr-66-2000-2001-/4.html?id=165119> (nedlastet 18.06.2012).

Regjeringen 3, regjeringen.no. *Helse og omsorgsdepartementet. De fire regionale helseforetakene i Norge*

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/virksomheter-eid-av-hod.html?id=485368> (nedlastet 13.05.2012).

Regjeringen 4, regjeringen.no, Fornyings- Administrasjons og Kirke departementet

Veileder til reglene om offentlige anskaffelser

http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2006/veileder-til-reglene-om-offentlige-anska/veileder-til-reglene-om-offentlige-anska/5.html?id=476389 (nedlastet 10.05.2012).

Robertsen, K. (1999) *Konkurransetsetting av offentlig virksomhet*. Magma, Econas tidskrift for økonomi og ledelse. <http://www.magma.no/konkurransetsetting-av-offentlig-virksomhet> (nedlastet 12.mai 2012).

Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A. (2009). *Research methods for business students*. 5.utgave. Harlow, England, Pearson Education Limited.

Scott, R.W. (2008). *Institutions and Organizations, Ideas and Interest*. Third edition. Sage Publications Inc.

Scott, R.W. (2008b). *Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents*. *Organization Studies* 29, no. 2 (2008): 219-38. <http://oss.sagepub.com/content/29/2/219>

Selart, M. (2010). *A leadership perspective on decision making*. 1.utgave. Cappelen akademiske forlag.

Spekter, arbeidsgiver foreningen (11.01.2012) *Samarbeid mellom offentlige og private helse aktører må styrkes*.

http://spekter.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=416&I=4772&tabmid=575&mid=575a613 (nedlastet 13.05.12)

Stene, K. (2008). *Anbod for private kirurgiske tenester*. Master i samfunnsøkonomi, Universitetet i Bergen.

Suchman, M.C. (1995). *Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches*. *The Academy of Management Review*, Vol. 20, No. 3 (Jul., 1995), pp. 571-610 Published by: [Academy of Management](http://www.jstor.org/stable/258788) Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/258788> Accessed: 18/04/2012 07:20.

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Akademiske, Oslo.

Internett sider:

Regionalt helseforetak helse Vest <http://www.helse-vest.no/>

Regionalt helseforetak helse Midt-Norge <http://www.helse-midt.no/>

Regionalt helseforetak helse Sør-Øst <http://www.helse-sorost.no/>

Regionalt helseforetak helse Nord <http://www.helse-nord.no/>

Database for offentlige innkjøp: www.doffin.no

Vedlegg

Vedlegg 1 Intervjuguide Private sykehus

Intervjuguide private aktører med/uten anbudskontrakt

For å sikre en felles forståelse og referanseramme for intervjuet vil jeg kort beskrive hensikten og formålet med prosjektet.

I masteroppgaven ser jeg på *utfordringer* knyttet til offentlige anbudskontrakter av kirurgiske helsetjenester. **Mitt fokus vil være hvordan de institusjonelle rammene rundt anbudskontrakter påvirker hvordan private sykehus tilpasser seg og hvorfor de handler som de gjør?** For å sikre riktig og grundig forståelse av denne praksisen innhentes informasjon både fra RHF og private sykehusaktører som har gjort seg noen erfaringer med anbudskontrakter.

I RHF ligger mange *offentlige reguleringer* som legger premisser for hvordan offentlige anbudskontrakter utformes og tildeles. Det observeres noe ulik praksis i de ulike RHF, hva er vurderingen bak ulik praksis (behovsvurdering, tildelingskriterier; pris vs. kvalitet etc.) og hvilke effekter dette har for de private aktørene. **Private aktører kan velge å være med i anbudskonkurransen eller ikke**, jeg ønsker innsikt i **hvilke vurderinger** de gjør knyttet til dette.

Videre ønsker jeg innsikt i hvordan RHF og private aktører mener offentlige anbudskontrakter på kirurgiske helsetjenester kan forbedres.

1. Hvor stor andel av deres totale omsetning er fra offentlige anbudskontrakter?

Hvor viktig er anbudskontraktene for dere?

I hvor stor grad er dere økonomisk avhengig av offentlige anbudskontrakter?

Hvilke utfordringer opplever dere knyttet til anbudskontrakter?

I hvilke grad opplever dere usikkerhet knyttet til offentlige anbudskontrakter?

Hvilke konsekvenser ville det hatt om dere ikke fikk ny kontrakt i neste runde?

2. Hvordan utarbeider dere anbudstilbud?

Hvem har ansvar for dette, sentralisert (konsernnivå) eller desentralisert lokalt i den enkelte klinikk?

Dersom konsernnivå; hvilke tilpasninger gjøres i fht det enkelt RHF?

(ulike tildelingskriterier og kvalifikasjonskriterier, i hvilke grad vektlegges pris, kvalitet, tilgjengelighet etc.)

Hvilke vurderinger er viktig for dere ved utarbeiding av anbudstilbud?

Hva tenker dere om pris vs kvalitet?

Er det noen form for kommunikasjon med RHF under anbudsprosessen?

3. Hvordan opplever dere at RHF følger opp anbudskontrakten?

Oppfølging av kvalitetskriterier årlig?

Opplever dere RHF som en **samarbeidspartner** eller kun som **oppdragsgiver**?

Hvordan opplever dere RHF ser på dere? Supplement, korrektiv...

4. Hvilken erfaring har dere med å levere kirurgiske helsetjenester via offentlige anbudskontrakter?

Hvorfor ønsker dere å konkurrerer om anbudskontrakter, evt ikke valgt å konkurrere om anbudskontrakter?

Hvilke fordeler ser dere ved å ha offentlige anbudskontrakter?

Hvilke ulemper ser dere ved å være forpliktet til å levere helsetjenester knyttet til anbudskontrakter?

Hvilke anbudskontrakter er dere inne i nå?

Hvilke tildelingskriterier ble benyttet?

I hvor stor grad her dere langvarige kontrakter, evt. mulighet for forlenging av kontrakten?

Er anbudskontrakten innenfor deres kjernevirksomhet?

Kreves det noen bedriftsspesifikk investering knyttet til anbudskontrakten?

Hvordan betales de private sykehusene når de er inne i anbudskontrakter?

Hvilke implikasjoner har det for inntjening? (Aktivitetsbasert stykkpris, evt DRG)

Opplever dere noen endring i fht hvordan RHF benytter innkjøp av helsetjenester fra private for å ivareta sitt sørge-for-ansvar?

Hvordan kombinerer dere drift knyttet til privatbetalende og pasienter knyttet til anbudskontrakter?

5. Hvordan kunne anbudskontraktene vert bedre utformet?

Tettere samarbeid mellom offentlig helsevesen og private helseaktører?

Hva tenker dere om mer langsiktige samarbeidskontrakter?

Kortvarige kontrakter disiplinere ovenfor private aktører pga RHF står fritt til å velge tildele neste anbudskontrakt til andre private aktører.

Hvordan sikre mer forutsigbarhet for private aktører?

6. Hvordan legger anbudskontrakter premissene for konkurransen og strategiutforming?

Direkte investeringer, forutsigbarhet, personell, utstyr...

Gjør dere noen form for konsekvensanalyse når dere utarbeider anbudstilbud?

Hva tenker dere om pris vs. kvalitet i forhold til tildelingskriterier?

Hvilke tilpassninger er nødvendig for å håndtere usikkerheten knyttet til offentlige anbud?

Gir offentlig anbudskontrakter noen form for konkurranse fortrinn eller ulemper?

7. Kan det tenkes å være positiv omdømmeeffekt i form av "kvalitetsstempel" knyttet til å være inne i anbudskontrakter?

Hvordan kan anbudskontrakter bidra til bedre renome?

8. Hvordan påvirker anbudskontraktene deres strategiske beslutninger?

Investeringer, produktsammensetning, satsningsområder?

Hvilke konsekvenser ved å vinne vs tape en anbudskontrakt? Effekter på kort vs lang sikt.

Hvilke konsekvenser har det for planlegging av drift og muligheter for økonomisk inntjening?

Hvilke utfordringer ser dere i fht å fordele antall pasienter knyttet til anbudskontrakten utover hele året?

9. Hvordan opplever dere konkurransen mellom de private aktørene?

Hvordan opplever dere konkurranseforholdene i markedet?

Hvordan ønsker dere å skille dere ut?

Konkurranse om anbudskontrakter vs konkurranse om privat betalende pasienter?

Deler de private aktørene mer eller mindre bevisst markedet mellom seg?

Differensierer aktørene seg i ulike retninger, eller går en "etter hverandre"? Hvilke konsekvenser?

Er det noen strukturelle eller regulatoriske endringer som har betydning for hvordan dere tenker om deres virksomhet?

10. Hva gjør dere for å fremstå som konkurransedyktig?

Hvordan differensierer dere produkter eller tjenester for å tilpasse dere markedet?

Organisering, konsolidering en del av den strategiske posisjonering?

Bredde strategi eller spesialiseringsstrategi, nisjesegment?

Hvilke alternativer finnes slik dere ser det?

Hva kreves for å være med i konkurransen? Markedsandeler, renome, omdømme..

Hvordan vil dere fremstå?

11. Hvordan er innovasjon og endringskapasitet nødvendig for å overleve som kommersiell aktør i dette markedet?

I hvilke grad opplever dere **endret etterspørselsmønster?**

Hvordan ser dere på fremtiden i denne bransjen?

Hvilke endringer tror dere kommer?

12. Det har vært en konsolidering av private sykehus de siste årene, hva tenker du om det?

Hvorfor valgte dere en slik organisering (konsolidert eller frittstående)?

Hva er motivasjonen for å konsolidere? Større ressurser til å bygge merkevare (markedsføring), omdømme.

Hvilke fordeler/ulempene gir det på kort og lang sikt?

Evne til raskere omstilling, tilpasning til endrede konkurranseforhold etc.

Slå seg sammen og dermed stå sterkere økonomisk, investeringsfokus, merkevarebygging – markedsføringsfokus etc.?

13. Offentlige anbudskontrakter befinner seg i grenseland mellom økonomi – politikk – fag, hva tenker dere som private aktører om dette?

Muligheter – utfordringer knyttet til dette?

RHF har sterk forhandlingsmakt, private aktører må tilpasse seg gitte premisser.

Politisk endringer konsekvenser for i hvilke stor grad private aktører trekkes inn i offentlig helsevesen?

Endringer knyttet til kontraktstype?

Strukturelle endringer politisk regulert?

14. Er det noe som du mener er vesentlig som jeg ikke har spurt om?

Ser du noen **motsetning mellom lovverket og det som praktiseres**

Vedlegg 2 Intervjuguide RHF

Intervjuguide RHF

For å sikre en felles forståelse og referanseramme for intervjuet vil jeg kort beskrive hensikten og formålet med prosjektet.

I masteroppgaven ser jeg på *utfordringer* knyttet til offentlige anbudskontrakter av kirurgiske helsetjenester. *Mitt fokus vil være hvordan de institusjonelle rammene rundt anbudskontrakter påvirker hvordan private sykehus tilpasser seg og hvorfor de handler som de gjør.* For å sikre riktig og grundig forståelse av denne praksisen innhentes informasjon både fra RHF og private sykehusaktører som har gjort seg noen erfaringer med anbudskontrakter. I RHF ligger mange *offentlige reguleringer* som legger premisser for hvordan offentlige anbudskontrakter utformes og tildeles. Det finnes noe ulik praksis i de ulike RHF, hva er vurderingen bak ulik praksis (behovsvurdering, tildelingskriterier; pris vs. kvalitet etc.) og hvilke effekter dette har for de private aktørene. *Private aktører kan velge å være med i anbudskonkurransen eller ikke, jeg ønsker innsikt i hvilke vurderinger de gjør knyttet til dette.* Videre ønsker jeg innsikt i hvordan RHF og private aktører mener offentlige anbudskontrakter på kirurgiske helsetjenester kan forbedres.

1. Hvor stor andel av RHF budsjettet innen kirurgiske helsetjenester går til innkjøp fra private aktører?

Stabilt fra år til år?

I hvilken grad står RHF fritt til å vurdere i hvor stor grad RHF skal benytte seg av innkjøp fra private aktører, politiske føringer, økonomisk spørsmål?

Kostnadsmessige forskjeller knyttet til egenproduksjon vs innkjøp fra private aktører?

Kapasitetsbegrensninger som er årsak til innkjøp fra private aktører?

2. Hvilke type kirurgiske helsetjenester kjøper RHF fra private sykehus?

Evt. referer til hjemmesiden i innledningen, evt. reflekterer dette situasjonen de er i?

Innslaget av private tjenester – hvor stor andel utgjør det av den totale aktiviteten.

3. Hvordan kartlegger RHF behovet for innkjøp av kirurgiske helsetjenester via anbudskontrakter?

Kontinuerlig vurdering av RHF sørge-for-ansvar vurdert oppimot kapasitet i egne offentlige sykehus?

Involveres fagfolk i behovsvurderingen og analysen av ventetidsstatistikk?

4. Hvilke hensyn eller kvalifikasjonskriterier er viktig ved tildeling av anbudskontrakter?

Hvilke kvalifikasjonskrav? (Pris, kvalitet, tilgjengelighet etc.)

Hvordan definerer dere kvalitet?

Hvordan mener dere private aktør kan konkurrere på kvalitet?

Inngår kvalitet enten som del av anbudskontrakten eller som vurderingskriterier?

Stiller RHF samme kvalitetskrav ovenfor egne sykehus jfr. krav til private kommersielle i anbudsprosessen?

Kan det tenkes at private, kommersielle sykehus har en høyere grad av spisskompetanse på enkelte kirurgiske fagområder enn det egne, offentlige sykehus har?

5. Hvordan ser RHF på innkjøp av helsetjenester fra private aktører?

Supplement, korrektiv mht pris og kvalitet, eller et "nødvendig onde" pålagt av Soria Moria II-erklæringen?

6. Hvordan foregår anbudsprosessen?

Hvor lang tid tar prosessen, planlegging, gjennomføring?

Hvem har ansvar for tildeling av anbudskontrakter? Tverrfaglig gruppe?
Benyttes eksterne konsulenter for behovsvurdering og utforming av kontrakter?

7. Hvordan fungerer den nasjonale databasen for offentlige anskaffelser, DOFFIN?

Hvilke erfaringer har dere med bruk av DOFFIN?

Er det forhold ved databasen som kompliserer anbudsprosessen?

8. Hvordan følger RHF opp sitt sørge-for-ansvar gjennom anbudskontrakter?

Hvordan vurdere, måle kvalitet?

Vurdering av antall og type klagesaker, en sak har alltid to sider, hvordan følger dere opp klagesaker?

9. Hvordan betales de private aktørene?

DRG vs aktivitetsbasert (stykkpris som faktureres RHF etter gitte satser)?

Hvilke erfaringer har dere med denne praksisen? Fordeler, ulemper.

10. Hvilken betydning har private aktører som et supplement til det offentlige?

Hvilke utfordringer opplever RHF knyttet til bruk av anbudskontrakter?

Har RHF et mål om å etablere langsiktige rammeavtaler med private kommersielle aktører for å senke transaksjonskostnadene?

11. I hvor stor grad er RHF fornøyd med hvordan dagens anbudsortning av kirurgiske helsetjenester fungerer?

Hvordan evaluerer RHF – private aktører erfaringer knyttet til anbudskontrakter?

Hvordan kunne ting vert gjort annerledes, mer smidig?

12. Vurderer RHF forhold knyttet til å stimulere til reell konkurranse på anbudskontrakter?

Bevisst tildeling av anbudskontrakter til flere aktører for å opprettholde flere private tilbydere i regionen som ønsker konkurrere på anbudskontrakter?

13. Hvordan tar RHF hensyn til utfordringer private aktørene opplever knyttet forutsigbarhet, lite fleksibilitet, evt spesifikke investeringer etc.?

Relativt kortvarige anbudskontrakter, 2årig kontrakter med ensidig opsjon fra RHF sin side om forlenging med +1år +1år. RHF sterk forhandlingsmakt.

14. Hvilke tanker har RHF om alternativ utforming av anbudskontrakter?

Lengre tidshorisont på avtalene, evt mer åpne avtaler, samarbeidsavtaler som går over 5-10 år?

Større mulighet for forhandling, koordinering etter behov?

Endring av hvilke type tjeneste som kjøpes, omfang av helsetjenester som kjøpes?

Avveining mellom forutsigbarhet/kompetanseoppbygging og fleksibilitet...?

Vanskelig å bestille tjenester i lengre perspektiv ved varierende kapasitet i eget RHF?

15. Hva tenker RHF om behovet for innkjøp fra private aktører i fremtiden?

Er dette en "buffer" ordning som er kommet for å bli? (krav knyttet til sitt sørge-for-ansvar og eieransvar)

Hvordan kan dette gjøres bedre?

Tettere samarbeid –samarbeidsavtale mer enn direkte anbudskontrakter?

Konkurransemessig problematisk?

16. Hva tror RHF motivere private aktører til å være med i anbudskonkurransen?

Mulighet til å sikre et visst inntjeningsgrunnlag?

Positiv omdømmeeffekt – anbudskontrakt signaliserer kvalitet og profesjonalitet?

17. Er det noe som du mener er vesentlig som jeg ikke har spurt om?

Ser du noen motsetning mellom lovverket og det som praktiseres

Vedlegg 4 Meldeskjema NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.2) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	Hvordan offentlige anbud påvirker strategiske beslutninger i private sykehus.	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Norges Handelshøyskole	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Institutt for strategi og ledelse	
Institutt		
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Arent	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Greve	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Professor	
Arbeidssted	NHH, Institutt for strategi og ledelse	
Adresse (arb.sted)	Breviksvveien 40	
Postnr/sted (arb.sted)	5045 Bergen	
Telefon/mobil (arb.sted)	55959244 /	
E-post	arent.greve@nhh.no	
		NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Anne-Elin	
Etternavn	Hanebrekke	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Strandgaten 203	
Postnr/sted (privatadresse)	5004 Bergen	
Telefon/mobil	92606685 /	
E-post	Anne-Elin.Hanebrekke@stud.nhh.no	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Jeg ønsker i min masterutredning å se på hvordan offentlige anbud påvirker strategiske beslutninger i private sykehus. Det vil være aktuelt å gjøre en deskriptiv, utforskende studie da det finnes lite konkret informasjon på dette området. Det vil være nødvendig å gjøre intervju av ledere med beslutningsansvar i private sykehus og aktuelle personer i de regionale helseforetakene.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		

7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	Ledere med beslutningsansvar i private sykehus, samt personer i de regionale helseforetakene som har med utarbeiding og tildeling av anbudskontrakter. Ønsker informasjon både fra private sykehus som har pågående anbudskontrakter og noen aktører som ikke lenger har pågående anbudskontrakter.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Jeg ønsker informanter som er sentrale i forhold til min problemstilling. Jeg vil forespørre ledere med beslutningsansvar i private sykehus med sykehuskonsesjon. Samt sentrale personer i de fire regionale helseforetakene.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Jeg vil forespørre i første omgang på mail og videre telefonkontakt før eventuelt det blir aktuelt å gjøre intervju.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	Jeg ønsker 1 representant fra hvert av de fire regionale helseforetakene, samt 6-7 representanter fra de private sykehusene. Totalt antar jeg ca 10 informanter.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om inklusjon i forskning av myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar	Kvalitativ studie med personlige dybdeintervju synest mest hensiktsmessig	
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Hos de private sykehusene ønsker jeg informasjon om deres utfordringer knyttet til anbudskontrakter og hvordan det påvirker deres strategiske beslutninger. Fra representantene hos de regionale helseforetakene ønsker jeg informasjon om hvordan anbudsprosessen foregår og hvilke hensyn de vektlegger ved tildeling av anbudskontrakter.	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er

Spesifiser hvilke	Navn og evt tittel	NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke?	Det er en liten og relativt oversiktlig bransje, mulig identitet kan gjenkjennes av aktører i bransjen, men neppe for utenforstående.	Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ○ Nei ●	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		<p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.</p> <p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Les mer om krav til informasjon og gyldig samtykke, samt om forskning uten samtykke</p>
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja ○ Nei ●	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja ○ Nei ●	

Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Privat Mac beskyttet med brukernavn og passord	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	mulig jeg vil gjøre bruk av ekstern harddisk til backup hjemme, innelåst.	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktsreguleres Les mer om databehandleravtaler her
Hvis ja, hvilken?		
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om

Kommentar		dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01/02/2012 Prosjektslutt:20/06/2012	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?		Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?	Masteroppgaven vil være tilgjengelig i skolens studentarbeid, med mindre informantene ønsker konfidensialitet.	Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?	Jeg ser ikke noen hensikt i å oppbevare dataene noe lenger enn til sensur av masteroppgaven foreligger.	Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet. Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Jobb og studielån	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger	Kvalitativ studie, hvor jeg vil tilby informantene anonymisering.	
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	0	



KONKURRANSEGRUNNLAG

Kjøp av kirurgisk behandling

Konkurransen med forhandling

TILBUDSFRIST

02.06.08 Kl. 12.00

Stjørdal, 20.05.08

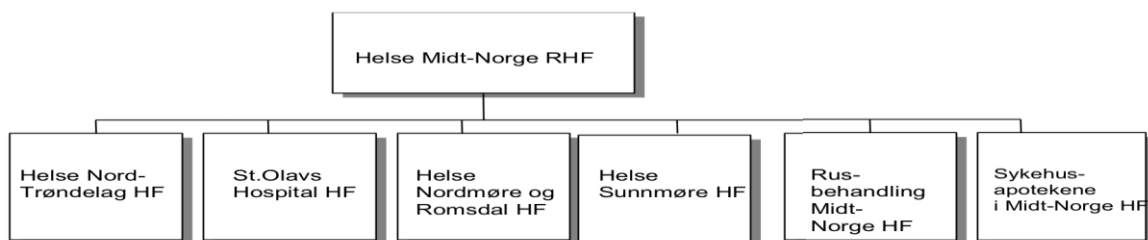
1.	Innledning	2
2.	Om Helse Norge	2
3.	Oppdragsgiver	2
4.	Konkurransbestemmelser	3
4.1	Tilbydere og leverandører	3
4.2	Anskaffelsesprosedyre	3
4.3	Kunngjøring og informasjon	3
4.4	Kontrakt.....	3
5.	Oppdragsbeskrivelse.....	4
5.1.	Lovmessig grunnlag.....	4
5.2.	Avtalegrunnlag	4
5.3.	Omfang	4
5.4.	Tilbud/deltilbud	4
5.5.	Pristilbud	4
6.	Tilbudet	5
6.1	Tilbudsdokumentet	5
6.2	Tidsfrister	5
6.3	Tilbudsåpning	5
6.4	Annet.....	6
7.	Tildelingskriterier	6

1. Innledning

Helse Midt-Norge RHF inviterer med dette til å gi tilbud i en **konkurranse med forhandling** om kjøp av kirurgisk behandling for pasienter i helseregion Midt-Norge.

2. Om Helse Norge

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i landet og har overordnet ansvar for alle offentlige sykehus og annen spesialisthelsetjeneste for over 650 000 innbyggere i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Helseforetaksgruppen Helse Midt-Norge er organisert i 6 helseforetak (se figuren under) med over 15 000 ansatte og har et budsjett på rundt 13 milliarder kroner. Helseforetakene er egne rettssubjekter og har blant annet arbeidsgiveransvaret for de ansatte. Det vises for øvrig til informasjon på vår hjemmeside på internett: www.helse-midt.no.



3. Oppdragsgiver

Helse Midt-Norge RHF (org. nr. 983 658 776) er oppdragsgiver og vil være kontraktspart.

Helse Midt-Norge RHF kan kontaktes på forskjellige måter:

Postadresse:

Postboks 464
7501 STJØRDAL

Kontoradresse:

Strandv. 1 – 4 etasje i Tangen Næringsbygg
7500 STJØRDAL

Telefon: 74 83 99 00
Telefaks: 74 83 99 01
E-post: postmottak@helse-midt.no

Kontaktperson:

Kontraktssjef Bård Skage, e-post: bard.skage@helse-midt.no

Tilbudsdokumentet skal ikke sendes pr. e-post!

4. Konkurransbestemmelser

4.1 *Tilbydere og leverandører*

Med tilbyder forstås de(t) foretak/selskap som gir et tilbud og deltar i konkurransen, mens leverandør er de(t) foretak/selskap som blir tildelt kontrakt og undertegner denne.

4.2 *Anskaffelsesprosedyre*

Tildelingen av kontrakt vil skje etter **konkurranse med forhandling** i henhold til lov om offentlige anskaffelser og forskrift om offentlige anskaffelser – del I og del II.

Forhandlingene gjennomføres for å tilpasse tilbudene til kravene som er stilt i konkurransegrunnlaget, særlig tildelingskriteriene. Det kan ikke forhandles om absolutte vilkår som oppdragsgiver har stilt i konkurransegrunnlaget, ettersom dette vil være i strid med kravene til forutberegnelighet og likebehandling. Det kan for øvrig forhandles om endring eller supplering av alle sider ved tilbudene, så som pris, tekniske spesifikasjoner og forretningsmessige vilkår. Forhandlingene trenger ikke å gjennomføres i fysiske møter, men kan også skje med e-post og telefon.

Oppdragsgiver forbeholder seg retten til å gjennomføre forhandlingene i flere faser og redusere antallet tilbud som det skal forhandles om, jf. § 11-8 (1) i forskrift om offentlige anskaffelser.

Oppdragsgiver oppfordrer for øvrig tilbyderne til å gjøre seg kjent med ovennevnte regelverk.

4.3 *Kunngjøring og informasjon*

Tilbudsforespørselen er kunngjort i Databasen for offentlige innkjøp i Norge (DOFFIN) den 20.05.08 med referanse MAY099571.

Før kontrakt inngås får tilbyderne skriftlig melding om valg av leverandør i henhold til § 13-3 i forskrift om offentlige anskaffelser.

I henhold til samme bestemmelse kan oppdragsgiver, dersom det er grunnlag for dette og frem til kontrakten er undertegnet av begge parter, annullere beslutningen om hvem som skal tildeles kontrakt.

Oppdragsgiver kan for øvrig avlyse konkurransen eller forkaste samtlige tilbud når det foreligger saklig grunn til det.

Oppdragsgiver dekker ikke kostnader som tilbyderne har ved deltakelse i konkurransen.

4.4 *Kontrakt*

Det skal inngås kontrakt(er) om levering av kirurgisk behandling fra 01.07.08 til 30.06.10 med mulighet for oppdragsgiver til å forlenge kontrakten(e) i 1+1 år.

Oppdragsgiver kan, av hensyn til framtidig konkurranse og valgmuligheter for pasientene, komme til å tildele kontrakt til mer enn én leverandør i geografiske områder/steder der det er mer enn en tilbyder. Oppdragsgiver vil derfor forbeholde seg retten til å velge flere leverandører, selv om det innebærer at også de nest beste tilbyderne kan komme i betraktning og få tildelt kontrakt.

5. Oppdragsbeskrivelse

5.1. Lovmessig grunnlag

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester.

Avtalen skal gjennomføres i henhold til den til enhver tid gjeldende lovgivning for spesialisthelsetjenesten, herunder Lov om spesialisthelsetjenesten, Lov om pasientrettigheter og Lov om helsepersonell.

5.2. Avtalegrunnlag

Avtalen(e) med offentlig godkjente private sykehus skal være et supplement og et alternativ til tilbud i helseforetakene.

Avtalen(e) gjelder pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som er henvist i henhold til de til enhver tid gjeldende regler for dette.

Ut fra pasienthensyn tillates det ikke at valgt(e) leverandør(er) utfører tjenester basert på henvisninger fra eget eller innleid personell som også arbeider i helseforetak i Helse Midt-Norge.

5.3. Omfang

Oppdragsgiver krever at tjenestene skal leveres i helseregion Midt-Norge og har definert **fem fagområder** med et omfang på **4350 DRG-poeng** pr. år i kontraktperioden. Fordelingen av disse og hvilke inngrep som omfattes fremgår av vedlegg 1. I tillegg har oppdragsgiver mulighet for å kjøpe ytterligere **200 DRG-poeng** ved behov. Bruk av denne opsjonen skjer etter nærmere avtale med leverandøren(e).

5.4. Tilbud/deltilbud

Oppdragsgiver har utarbeidet et eget tilbudsskjema, som finnes i vedlegg 1, og som skal fylles ut og være en del av tilbudet.

Det er anledning til å gi tilbud på ett fagområde, flere fagområder eller alle fagområdene.

Tilbyder skal dessuten opplyse om hvordan tilbudt kapasitet er tenkt fordelt for hver måned pr. år i avtaleperioden. Denne fordelingen blir lagt til grunn for oppfølging av avtalen. Forklaring skal gis på siste side i tilbudsskjemaet, som finnes i vedlegg 1.

5.5. Pristilbud

Det er utarbeidet et eget prisskjema, som finnes i vedlegg 1, som skal fylles ut og være en del av tilbudet. Prisen skal oppgis som én prosentsats (%) av DRG. Med DRG forstås funksjonen/produktet av de til enhver tid gjeldende DRG-vekter for de aktuelle inngrepene og den til enhver tid gjeldende enhetsrefusjon, jf. ISF-regelverket. Prisen skal gjelde uavhengig av om inngrepet foretas ved dagkirurgi eller krever innleggelse. Leverandør skal ta hånd om pasientene til de kan reise hjem uten risiko. Dette gjelder også dagkirurgiske pasienter. Utgifter til eventuell ekstra overnatting dekkes av leverandør.

6. Tilbudet

6.1 Tilbudsdokumentet

Tilbudsdokumentet skal utarbeides i tre (3) eksemplarer på norsk i heftet/innbundet format (ikke ringperm). I tillegg skal tilbudsdokumentet leveres elektronisk (CD/DVD/USB-plugg). Tilbudsdokumentet skal ha følgende oppbygging:

1. Tilbudsbrev
2. Dokumentasjon på kvalifikasjonskravene jf. kunngjøringen i DOFFIN
3. Tilbuds-/prisskjema
4. Annet

Forpliktende tilbudsbrev skal være datert og underskrevet av person med nødvendig fullmakt. Eventuelle forbehold i tilbudet må klart fremgå i brevet. Forbehold kan medføre at tilbudet blir avvist. I tilbudsbrevet må det også fremgå hvem som er kontaktperson hos tilbyder. Telefonnummer og e-postadresse må oppgis.

Tilbudsdokumentet skal sendes pr. post eller leveres direkte i lukket forsendelse og må være merket:

“Tilbud – Kirurgisk behandling – Åpnes ikke før 02.06.08 kl. 13.00”

6.2 Tidsfrister

- Tilbudsfrist: **02.06.08 kl. 12.00**
- Vedståelsesfrist: **02.09.08 kl. 12.00**

Tilbudsdokumentet må være oppdragsgiver **i hende** senest ved tilbudsfristens utløp. Tilbud som mottas etter tilbudsfristens utløp blir avvist.

Vedståelsesfristen er den tiden oppdragsgiver krever at tilbudet er bindende for tilbyder.

For å sikre reell mulighet til å besvare eventuelle spørsmål fra tilbyderne og at svarene skal kunne meddeles til alle, settes siste frist for spørsmål til oppdragsgiver til den **26.05.08 kl. 09.00**. Spørsmål må fremmes til kontaktpersonen pr. e-post jf. punkt 3 i dette konkurransegrunnlaget.

Oppdragsgiver legger tentativt opp til forhandlingmøter på Stjørdal den **06.06.08** og ber tilbyderne om å sette av tid til dette.

6.3 Tilbudsåpning

Tilbudene åpnes hos Helse Midt-Norge RHF på Stjørdal den 02.06.08 kl. 13.00. Tilbudsåpningen er ikke offentlig eller åpen for tilbyderne.

6.4 Annet

Opplysninger fra tilbyderne behandles konfidensielt i konkurransen. Oppdragsgiver kan bli pålagt å utlevere tilbudsdokumenter og annet materiale til Klagenemnda for offentlige anskaffelser (KOFA) eller til domstolene i tilfelle klage, begjæring eller søksmål i tilknytning til en anskaffelsesprosess.

7. Tildelingskriterier

Oppdragsgiver vil velge leverandør(er) ut fra hvilket tilbud som har de **laveste prisene** – dog med mulighet for å velge flere enn én leverandør jf. forbeholdet i punkt 4.4.

Vedlegg 1 – Tilbuds-/prisskjema

TILBYDER:		TILBUDSPRISER
		Én pris for både dagkirurgi og innleggelse (pris oppgis i % av DRG)
Ortopedi: Inntil 2300 DRG-poeng		
Inngrep i:	Skulder, albue, hånd, kne, ankel og fot	
Ikke-kosmetisk plastikkirurgi: Inntil 1000 DRG-poeng		
Inngrep:	Brystreduksjon, bukplastikk, og andre typer plastikk etter vektreduksjon	
Øre-nese-hals kirurgi: Inntil 600 DRG-poeng		
Inngrep i:	Nese (bihuler, neseplastikk, septum). Søvnutredning	
Generell kirurgi: Inntil 300 DRG-poeng		
Inngrep:	Brokk, åreknuter og hudtumores	
Øyekirurgi: Inntil 150 DRG-poeng		
Inngrep:	Grå stær, skjeleoperasjoner på barn i narkose, tunge øyelokk	

Kommentarer til tilbuds-/prissjemaet:

Vedlegg 6 Avklaringsnotat Helse Midt-Norge



Besøksadresse:
Strandveien 1
7500 STJØRDAL

Postadresse:
Postboks 464
7501 STJØRDAL

Telefon: 74 83 99 00
Telefaks: 74 83 99 01
postmottak@helse-midt.no
Org.nr. 983 658 776

Notat

Sak: **Kjøp av kirurgisk behandling – avklaringer - nr. 1**

Til: Tilbyderne

Kopi: -

Fra: Oppdragsgiver ved kontraktssjef Bård Skage

Dato: 26.05.08

Vedlegg: -

Oppdragsgiver har anledning til å foreta rettelser, suppleringer og endringer av konkurransegrunnlaget som ikke er vesentlige, jf. forskrift om offentlige anskaffelser § 8-2 (1) og (2). Med dette oversendes følgende endringer og suppleringer:

1. Opsjoner

Oppdragsgiver endrer med dette omfanget av konkurransen til også å inneholde opsjoner for behandling som ikke er spesifikt angitt i tilbuds-/prisskjema i vedlegg 1 i konkurransegrunnlaget og som kan utføres ved offentlig godkjente private sykehus, herunder operasjoner/inngrep i forbindelse med ordningen ”raskere tilbake”. I de tilfellene det blir aktuelt for oppdragsgiver å benytte slike opsjoner, vil betingelsene knyttet til disse fastsettes etter nærmere avtale. Oppdragsgiver er ikke forpliktet til å inngå slike kontrakter med samtlige leverandører som blir tildelt rammeavtale.

2. Innhold

Helsetjenestene skal omfatte vurdering av henvisninger, nødvendige pre-operative konsultasjoner, behandling, post-operative kontroller og oppfølging.

Helsetjenestene skal inneholde nødvendig samhandling med andre leverandører av helsetjenester om den enkelte pasient, deriblant primærhelsetjenesten og opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner.

3. Konsultasjoner

Dersom undersøkelse viser at en pasient som er henvist til behandling ikke trenger de tjenester som en inngått avtale omfatter, kan leverandør fakturere dette til en sats på 500 kr. Det samme gjelder dersom pasienten av medisinske årsaker må gjennomgå en pre-operativ konsultasjon som ikke kan gjøres på operasjonsdagen og som heller ikke medfører innleggelse.

Konsultasjoner som utføres operasjonsdagen eller under samme innleggelse, samt kontroll, oppfølging og samhandling med andre leverandører av helsetjenester som har sammenheng med gjennomførte inngrep etter denne avtalen, er leverandørens ansvar og godtgjøres ikke særskilt.

4. Lønns- og arbeidsvilkår

Oppdragsgiver er forpliktet til å ha følgende klausul i kontraktene med leverandørene:

”Oppdragsgiver stiller krav om at ansatte hos leverandøren og eventuell(e) underleverandør(er) som direkte medvirker til å oppfylle kontrakten, har lønns- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn det som følger av gjeldende landsomfattende tariffavtale, eller det som ellers er normalt for vedkommende sted og yrke.”

”Leverandør må på forespørsel dokumentere lønns- og arbeidsvilkår til ansatte som medvirker i oppfyllelsen av kontrakten”.

”Dersom leverandøren ikke etterlever klausulen, har oppdragsgiveren rett til å holde tilbake deler av kontraktssummen til det er dokumentert at forholdet er i orden. Summen som blir holdt tilbake skal svare til ca. 2 ganger innsparingen for leverandøren”.

Det vises for øvrig til informasjon om bestemmelsene knyttet til lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter på følgende nettsted:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/pressesenter/pressemeldinger/2008/forskrift-mot-sosial-dumping.html?id=499506>

5. Private legespesialister

Oppdragsgiver ber om at tilbyderne beskriver samarbeidet med eventuelle private legespesialister som har driftsavtale med Helse Midt-Norge RHF og som er fysisk lokalisert i sykehuset, herunder redegjørelse for leie av kontor, bruk av operasjonsfasiliteter, journalsystem og rutiner i forhold til henvisninger, innkallinger og epikriser.

KONKURRANSEGRUNNLAG

for anskaffelse av kirurgiske tjenester

fra private sykehus

2010



1	INNLEDNING	4
1.1	Oppdragsgiver.....	4
1.2	Anskaffelsens formål	4
1.3	Anskaffelsens ytelse og omfang.....	4
1.4	Varighet og økonomisk omfang.....	5
1.4.1	<i>Kirurgiavtale</i>	5
1.4.2	<i>"Raskere tilbake"-avtale</i>	6
2	OPPDRAUGS GIVERS KONTAKTPERSON OG TILLEGGSOPPLYSNINGER	6
2.1	Oppdragsgivers representant	6
2.2	Tilleggsopplysninger	6
2.3	Rettelser, suppleringer eller endring av konkurransegrunnlaget	6
3	ALMINNELIGE REGLER FOR GJENNOMFØRING AV KONKURRANSEN	7
3.1	Regler for konkurransen.....	7
3.2	Anskaffelsesprosedyre	7
3.3	Avvisning av leverandør.....	7
3.4	Avvisning av tilbud	7
3.5	Avklaringer	7
3.6	Retting av åpenbare feil	8
3.7	Alternative tilbud	8
3.8	Forbehold.....	8
3.9	Tilbud på deler av omfanget	8
3.10	Oppdragsgiver forbeholder seg retten til å.....	8
3.11	Offentlighet.....	8
3.12	Taushetsplikt	8
4	TILBUDET	9
4.1	Tilbyders kvalifikasjoner	9
4.1.1	<i>Innledning</i>	9
4.1.2	<i>Formelle krav</i>	9
4.1.3	<i>Registrering, godkjenninger</i>	9
4.1.4	<i>Finansiell og økonomisk stilling</i>	10
4.1.5	<i>Tekniske og faglige kvalifikasjoner</i>	10
4.2	Tilbudsbrevet	11
4.3	Tilbudets utforming.....	11
4.4	Aksept av vilkår	12

4.5	Innleveringssted	12
4.6	Innleveringsfrist/tilbudsfrist	12
4.7	Vedståelsesfrist.....	12
4.8	Konfidensialitet	12
4.9	Kostnader forbundet med deltagelse i konkurransen	12
5	OM AVTALEN	13
5.1	Kirurgiavtalene	13
5.2	”Raskere tilbake”- avtale	14
5.3	Kontraktsgjennomføringskrav	15
5.4	Leveranse.....	15
6	VALG AV TILBUD	15
6.1	Generelt om evalueringen	15
6.2	Kriterier for valg av tilbud i denne konkurransen	15
6.3	Evaluering av tilbudene.....	16
7	MEDDELELSE OM HVEM SOM TILDELES KONTRAKT	16
8	VEILEDENDE TIDSPLAN	16

Vedlegg 1: Tilbudsbrev

Vedlegg 2: Tilbudsskjema - private sykehus

Vedlegg 3: Tilbudsskjema - private sykehus – ”Raskere tilbake”

Vedlegg 4: Veiledning til tilbudsskjema

Vedlegg 5: Utkast til rammeavtale – kirurgiavtale

Vedlegg 6: Utkast til rammeavtale – kirurgiavtale – ”raskere tilbake”

Vedlegg 7: Egenerklæring om internkontroll i henhold til helselovgivningen

Vedlegg 8: HMS-erklæring

Vedlegg 9: Opplysningskjema

1 Innledning

Helse Vest RHF har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane.

Helse Vest RHF har sitt hovedkontor i Stavanger og er eier av totalt fem helseforetak inkludert Apoteka Vest HF. I tillegg eier Helse Vest RHF Helse Vest IKT AS.

1.1 Oppdragsgiver

Helse Vest RHF heretter kalt oppdragsgiver eller Helse Vest innbyr til åpen anbudskonkurranse i forbindelse med anskaffelse av kirurgiske tjenester.

1.2 Anskaffelsens formål

Helse Vest RHF har i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a ansvar for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen i Helseregionen Vest. Disse tjenestene ytes dels gjennom egne helseforetak og dels gjennom avtaler med private leverandører av spesialisthelsetjenester.

Som et supplement til de tjenester i egne helseforetak leverer, ønsker Helse Vest å inngå avtale om leveranse av kirurgiske tjenester med dagkirurgi og/eller kortidsinnleggelse fra private sykehus som er godkjent som sykehus av Helse- og omsorgsdepartementet, er inkludert i ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) og som ikke mottar basistilskudd fra Helse Vest RHF.

Formålet med anskaffelsen er å gi et supplerende behandlingstilbud til pasientene i regionen innenfor de kategoriene som omfattes av anskaffelsen.

I tillegg til det ovennevnte er det ønskelig å inngå avtaler innenfor ordningen ”Raskere tilbake”. Ordningen ”Raskere tilbake” er videreført gjennom inneværende års statsbudsjett. Stortinget har bevilget ekstramidler til kjøp av helse- og rehabiliteringstjenester for å få sykmeldte arbeidstakere raskere tilbake i jobb. Tiltaket er et ledd i oppfølgingen av Sykefraværsutvalgets arbeid, og det nasjonale prosjektet har fått navnet ”Raskere tilbake”.

For å kunne møte de krav og forventninger som ligger i ”Raskere tilbake”, har Helse Vest behov for å kjøpe tjenester fra det private markedet. Behovet gjelder primært kirurgiske tjenester, supplert med ikke-kirurgiske tjenester i form av diagnostisk avklaring og anbefalinger for ikke-kirurgisk behandling for pasienter der kirurgi ikke er hensiktsmessig.

1.3 Anskaffelsens ytelse og omfang

Helse Vest skal anskaffe kirurgiske tjenester innenfor følgende fagområder:

- Generell kirurgi
- Ortopedisk kirurgi
- Plastikkirurgi
- Ryggkirurgi
- Urologisk kirurgi
- Øyekirurgi

Innenfor ordningen ”Raskere tilbake” vil Helse Vest anskaffe følgende:

- Ortopedi:
 - Kirurgisk aktivitet
 - Ikke-kirurgisk aktivitet

- Rygg:
 - Kirurgisk aktivitet
 - Ikke-kirurgisk aktivitet

Tilbyder må kunne utføre både dagkirurgiske tjenester og tjenester som krever innleggelser.

Det er i konkurransen anledning til å gi tilbud innenfor ett eller flere fagområder. Det stilles imidlertid krav om at leverandøren skal gi tilbud og levere på samtlige operasjoner/tilstander innenfor det eller de fagområder leverandøren ønsker å oppnå avtale på. Det er ikke anledning til å ta forbehold mot enkelte typer av operasjoner/tilstander innenfor ett fagområde. Tilbud med slike forbehold vil bli avvist.

Nærmere angivelse av omfang og hvilke operasjoner/tilstander Helse Vest ønsker å inngå avtale om innenfor hvert fagområde, går frem av vedlagte tilbudsskjemaer, jf. vedlegg 2 og 3 (”raskere tilbake”).

Tilbudet må inneholde opplysninger om hvor tjenesten skal leveres og en angivelse av leverandørens kapasitet for kirurgisk aktivitet relatert til total årlig kontraktsverdi pr fagområde.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a skal Helse Vest RHF sørge for at pasienter hjemmehørende i Helseregion Vest tilbys spesialisthelsetjenester. Forespørselen gjelder derfor primært pasienter hjemmehørende i Helseregion Vest, jf. imidlertid punkt 12.3 i avtaleutkastet vedlegg 5. Det stilles derfor krav om at tjenestene skal utføres innenfor Helseregion Vest. Tilbud med annet leveringssted vil bli avvist.

Kontrakter tildeles pr fagområde(r).

Konkurransen er kunngjort på DOFFIN den 25.1.2010, referansenummer 196815.

1.4 Varighet og økonomisk omfang

1.4.1 Kirurgiavtale

Avtalene skal gjelde fra ikrafttredelse (tentativt 1.5.2010) til og med 30.4.2012, med en ensidig rett til forlengelse for Helse Vest RHF for ytterligere ett år ad gangen i inntil 2 år. En eventuell forlengelse vil kunne omfatte én eller flere avtaler inngått gjennom denne anskaffelsen, alternativt beskjære en eller flere avtaler, hvis saklige grunner tilsier dette.

Total økonomisk ramme for anskaffelsen er på om lag kroner 69 250 000,- per år.

Det vil bli inngått rammeavtaler med en eller flere leverandører ut fra de prinsipper som er fastsatt i punkt 6.2 og 6.3.

Det tas forbehold om forandringer i økonomiske rammer for etterfølgende år dersom statlige overføringer til Helse Vest RHF endres.

1.4.2 ”Raskere tilbake”-avtale

Avtalene skal gjelde fra inngåelse av kontrakt og til og med 31.12.2010. I tillegg kan oppdragsgiver ha opsjon på forlengelse av avtalene i ytterligere ett år av gangen, men ikke lengre enn ut 31.12.2013.

Total økonomisk ramme for anskaffelsen er på om lag kroner 22 000 000,- per år.

Det vil bli inngått rammeavtaler med en eller flere leverandører ut fra de prinsipper som er fastsatt i punkt 6.2 og 6.3.

Det tas forbehold om forandringer i økonomiske rammer for etterfølgende år dersom statlige overføringer til Helse Vest RHF endres.

2 Oppdragsgivers kontaktperson og tilleggsopplysninger

2.1 Oppdragsgivers representant

Oppdragsgivers kontaktperson er seniorrådgiver Elisabeth Meland.

Adresse:
Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

2.2 Tilleggsopplysninger

Dersom tilbyder finner at konkurransegrunnlaget ikke gir tilstrekkelig veiledning, kan spørsmål merket ”Kjøp av kirurgiske tjenester fra private sykehus” sendes til:

helse@helse-vest.no

Frist for innsendelse av spørsmål er 1.2.2010 kl 12:00. Senere henvendelser vil ikke bli besvart.

Innkomne spørsmål vil bli gjennomgått og besvart på en generell og anonymisert måte, og vil bli fortløpende distribuert på Doffin.

2.3 Rettelser, suppleringer eller endring av konkurransegrunnlaget

Innen tilbudsfristens utløp har oppdragsgiver rett til å foreta rettelser, suppleringer og endringer av konkurransegrunnlaget som ikke er av vesentlig karakter.

Rettelser, suppleringer eller endringer skal umiddelbart publiseres på Doffin databasen. Opplysningene som oppdragsgiveren gir på forespørsel fra en enkelt tilbyder, skal umiddelbart også gis til de øvrige.

Dersom rettelsene, suppleringsene eller endringene som nevnt ovenfor kommer så sent at det er vanskelig for tilbyderne å ta hensyn til det i tilbudet, skal det fastsettes en forholdsmessig forlengelse av tilbudsfristen. Samtlige tilbydere skal varsles om forlengelsen.

3 Alminnelige regler for gjennomføring av konkurransen

3.1 Regler for konkurransen

Anskaffelsen er omfattet av lov om offentlige anskaffelser av 16. juli 1999 nr. 69, med forskrift om offentlige anskaffelser fastsatt ved kgl.res. 7. april 2006 nr 402 del I og II (uprioriterte tjenester).

Tilbyderne forutsettes å ha tilstrekkelig kjennskap til ovennevnte regelverk.

3.2 Anskaffelsesprosedyre

Denne anskaffelsen gjennomføres som en ”åpen anbudskonkurranse”. Dette er en anskaffelsesprosedyre som åpner for at alle interesserte leverandører kan gi tilbud, men den tillater ikke forhandlinger. Det er imidlertid tillatt med avklaringer av tilbudene for å klarlegge uklarheter såfremt uklarhetene ikke er av en slik art at tilbudene skulle vært avvist.

3.3 Avvisning av leverandør

Oppdragsgiver plikter å avvise leverandører av årsaker som angitt i forskrift om offentlige anskaffelser § 11-10 første ledd.

Oppdragsgiver har adgang til å avvise leverandører av årsaker som angitt i forskrift om offentlige anskaffelser § 11-10 annet ledd.

Oppdragsgiver viser til de krav som er stilt tilbyder i punkt 4.1 og som skal oppfylles for at leverandøren skal bli kvalifisert.

Avdekkes det handlinger eller annet samarbeid mellom tilbyderne som kan vanskeliggjøre oppdragsgivers gjennomføring av anskaffelsen, kan dette medføre utelukkelse fra konkurransen.

3.4 Avvisning av tilbud

Oppdragsgiver plikter å avvise tilbud av årsaker som angitt i forskrift om offentlige anskaffelser § 11-11 første ledd.

Oppdragsgiver har adgang til å avvise tilbud av årsaker som angitt i forskrift om offentlige anskaffelser § 11-11 annet ledd.

3.5 Avklaringer

Det er ikke tillatt å endre tilbudene eller forsøke å endre tilbudene gjennom forhandlinger. Imidlertid er det adgang til avklaringer av tilbud som vist til i forskriften om offentlige anskaffelser § 12-1 annet ledd.

3.6 Retting av åpenbare feil

Oppdragsgiver kan rette åpenbare feil i tilbudet i tråd med forskriften om offentlige anskaffelser § 12-1 tredje ledd

3.7 Alternative tilbud

Det er ikke anledning til å inngi alternative tilbud. Tilbud skal relateres til de tjenester og krav som er satt i konkurransegrunnlagets vedlegg 2 og 3 (tilbudsskjemaene). Ytelser som tilbys utover dette, vil ikke bli hensyntatt.

3.8 Forbehold

Det er adgang til å ta forbehold dersom de ikke er vesentlige. Tilbud som inneholder vesentlige forbehold vil bli avvist. Oppdragsgiver gjør oppmerksom på at det ikke er anledning til å ta forbehold mot enkelte typer av tjenester innenfor ett fagområde, jf. punkt 3.9.

Eventuelle forbehold skal klart fremgå av tilbudsbrevet for å være gyldig. Forbehold skal være presise og entydige slik at oppdragsgiver kan vurdere disse uten å ta kontakt med tilbyderen. Dersom forbeholdet ikke lar seg kostnadsberegne vil det kunne føre til at tilbudet anses ufullstendig og blir avvist.

3.9 Tilbud på deler av omfanget

Det er anledning til å gi tilbud på deler av anskaffelsens omfang, jf. punkt 1.3. Det er i konkurransen anledning til å gi tilbud innenfor ett eller flere fagområder. Det stilles imidlertid krav om at leverandøren skal gi tilbud og levere på samtlige operasjoner innenfor det eller de fagområder leverandøren ønsker å oppnå avtale på. Det er ikke anledning til å ta forbehold mot enkelte typer av operasjoner innenfor ett fagområde

Tilbyder er selv ansvarlig for at tilbudet omfatter priser for de aktuelle operasjoner/tilstander. Alle utgifter i forbindelse med et inngrep skal være inkludert i tilbudets priser.

3.10 Oppdragsgiver forbeholder seg retten til å

- forkaste samtlige tilbud
- inngå kontrakter med flere enn en tilbyder
- ikke kjøpe enkelte delytelser
- avlyse konkurransen dersom det foreligger saklig grunn

3.11 Offentlighet

For allmennhetens innsyn i tilbud og anskaffelsesprotokoll gjelder lov av 19. mai 2006 nr 16 om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemnd.

3.12 Taushetsplikt

Oppdragsgiver og hans ansatte plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om tekniske innretninger og fremgangsmåter eller drifts- og forretningsforhold

som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde, av hensyn til den opplysningene angår.

4 Tilbudet

4.1 Tilbyders kvalifikasjoner

4.1.1 *Innledning*

I tilbudet skal leverandørene dokumentere sine kvalifikasjoner i samsvar med kravene nedenfor. Kravene skal sikre at leverandørene er egnet til å kunne oppfylle kontraktsforpliktelsene.

Oppdragsgiver forbeholder seg retten til å innhente ytterligere dokumentasjon og opplysninger i den utstrekning forskriften om offentlige anskaffelser gir anledning til dette.

Tilbydere som oppfyller samtlige krav i punktene 4.1.2 til 4.1.5 vil være kvalifisert til delta i konkurransen.

Manglende dokumentasjon vil føre til at tilbudet blir avvist.

Alle krav i konkurransegrunnlaget skal i utgangspunktet tilfredsstilles, men dersom tilbyder i sitt tilbud må ta forbehold til noen av bestemmelsene, eventuelt reservere seg fra enkelte av kravene i konkurransegrunnlaget skal dette fremkomme som et eget punkt i tilbudet, jf. tilbuds brevet (vedlegg 1).

Dersom tilbyder må benytte underleverandører på leveransen for å kunne gi et fullverdig tilbud, skal kvalifikasjonskriteriene også være oppfylt for underleverandøren. Dette skal dokumenteres av tilbyder.

Som dokumentasjon skal det vedlegges informasjon om følgende, i nevnte rekkefølge:

4.1.2 *Formelle krav*

Følgende dokumenter skal vedlegges tilbudet jf. forskrift om offentlige anskaffelser §§ 3-3 og 3-4:

- a) skatteattester for merverdiavgift og skatt, ikke eldre enn 6 måneder regnet fra tilbudsfristens utløp
- b) egenerklæring om helse, miljø og sikkerhet (HMS-attest), se vedlegg 8.

4.1.3 *Registrering, godkjenninger*

Følgende dokumenter skal fremlegges som dokumentasjon for registrering og godkjenning fra myndighetene:

firmaattest (eller tilsvarende i det land utførende institusjon/virksomhet er registrert) som ikke er eldre enn 6 måneder

4.1.4 *Finansiell og økonomisk stilling*

Det kreves at leverandørene har en tilfredsstillende økonomisk soliditet og grunnlag for drift for hele avtaleperioden. Som dokumentasjon bes følgende fremlagt:

- a) årsmelding med revisorgodkjent regnskap for siste år
- b) erklæring for siste års totalomsetning

Helse Vest RHF forbeholder seg retten til å foreta kredittvurdering av tilbyder.

For nyetablerte selskaper eller selskaper som er usikre på om den økonomiske stillingen er god nok, kan det sammen med tilbudet inngis morselskapsgarantier, bankgaranti eller lignende som gir tilsvarende sikkerhet for gjennomføringen. Også denne dokumentasjon skal eventuelt følge med tilbudet. For det tilfelle at morselskapsgaranti er aktuelt, skal ovennevnte dokumentasjon (a og b) legges ved for morselskapet. Tilbyder må også legge ved et forslag til et forsvarlig budsjett.

4.1.5 *Tekniske og faglige kvalifikasjoner*

For å kunne delta i konkurransen, er det et krav at tilbyderne har gode tekniske og faglige kvalifikasjoner, herunder ha en organisasjon som er kompetent til å utføre tjenestene og ha en god gjennomføringsevne.

Som dokumentasjon fremlegges:

- a) Leverandøren må dokumentere at de er godkjent som sykehus av Helse- og omsorgsdepartementet, er med i ISF-ordningen og ikke mottar basistilskudd fra Helse Vest RHF.
- b) Faglig leder for virksomheten må dokumentere sin godkjenning som legespesialist.

Videre må spesialistgodkjenning dokumenteres for andre leger som er ansatt av tilbyderne eller som er planlagt brukt i utførelse av tjenesten innenfor de fagområder det gis tilbud på.

Som dokumentasjon ber vi leverandøren sende inn utskrift fra databasen til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH).

Bekreftelse/egenerklæring på at eventuelle endringer i autorisasjonen og/eller meldte saker direkte mot enkeltlege som er del av tilbyders tilbudte personell, umiddelbart skal varsles til oppdragsgivers kontaktperson.

- c) Beskrivelse av foretakets organisasjon, herunder oversikt over foretakets totale bemanning.
- d) Tilbyder skal beskrive lokaler, utstyr og medisinsk tekniske løsninger som dokumenterer tilstrekkelig teknisk kapasitet i forhold til de fagområder som omfattes av tilbudet, samt serviceløsninger i lokalene.
- e) Tilbyder skal ha et internkontrollsystem som omfatter internkontroll i henhold til forskrift om internkontrollsystem i sosial- og helsetjenesten.

Som dokumentasjon kreves en *egenerklæring* som bekrefter at kravene i ovennevnte internkontrollforskrift tilfredsstilles, jf. vedlegg 7.

4.2 Tilbudsbrevet

Tilbudsbrev for anskaffelsen, jf. vedlegg 1, skal innleveres i utfylt stand. Tilbudsbrevet skal være datert, underskrevet av autorisert representant for tilbyder og stemplet med firmaets navn.

4.3 Tilbudets utforming

Tilbudet skal være utformet på norsk i - 3 - tre eksemplarer på papir, samt en elektronisk versjon på CD - rom.

NB! Den nye offentleglova, som trådte i kraft 1. januar 2009, innebærer en betydelig endring for åpenhet om offentlige anskaffelser. Utgangspunktet om at anskaffelsesprotokollen og tilbudene i en anskaffelse kan unntas offentligheten er endret. Det er fortsatt slik at protokollen og tilbudene i en anskaffelse kan unntas frem til valg av tilbyder er gjort, men fra det tidspunktet tildelingsbeslutningen er meddelt deltakerne i konkurransen, blir protokollen og tilbudene offentlige. Helse Vest RHF, som offentlig oppdragsgiver, har likevel en plikt til å påse at det ikke gis innsyn i forretningshemmeligheter.

På denne bakgrunn ber vi derfor tilbyderne om å sende inn ytterligere en elektronisk versjon av tilbudet, i tillegg til de forannevnte. Dette skal være en versjon av tilbudet hvor alle forretningshemmeligheter er sladdet (for at sladdet tilbud skal kunne leses i sin helhet, er det viktig at teksten ikke slettes, men at tilbyder kun merker de opplysningene som er nødvendig med sort). På denne måten blir også oppdragsgiver raskere i stand til å ta stilling til hva som anses som forretningshemmeligheter, ved en eventuell innsynsbegjæring.

Tilbudet skal presenteres i permer med vedlegg etter følgende skilleark:

Bak skilleark 1:

Generell anbudsinformasjon med tilbudsbrev, jf. opplysningsskjema vedlegg 9 og tilbudsbrev vedlegg 1.

Bak skilleark 2:

Dokumentasjon av tilbyders kvalifikasjoner. Rekkefølgen ovenfor i punkt 4.1 skal følges.

Leverandørens eventuelle opplysninger og tilbyders beskrivelse av gjennomføringen av kontraktskravene jf. punkt 5.3.

Bak skilleark 3:

Tilbudsskjema på tjenester og pris, vedlegg 2 og/eller vedlegg 3. Tilbudspriser/- sum skal gis i vedlagte skjema.

Tilbudsskjemaet skal innleveres i utfylt stand, og skal være datert, underskrevet og stemplet med firmaets navn.

Ved motstrid mellom opplysningene i tilbuds-/prisskjemaet og i tilbudsbrevet, har opplysningene i tilbudsbrevet forrang.

4.4 Aksept av vilkår

Tilbyderen skal erklære at samtlige vilkår som oppstilles i konkurransegrunnlaget og den vedlagte rammeavtale er akseptert, jf tilbudsbrief (vedlegg 1).

Dersom tilbyderen vil ta forbehold mot noen av vilkårene må det fremgå uttrykkelig hvilke vilkår det tas forbehold om og hva forbeholdene går ut på.

4.5 Innleveringssted

Tilbudet skal sendes eller leveres til:

Helse Vest RHF
Postboks. 303
4066 Stavanger

Alternativ innlevering ved vår besøksadresse:
Nådlandskroken 11,
4034 Stavanger

Tilbudet skal leveres i lukket konvolutt merket "Kjøp av kirurgiske tjenester fra private sykehus" og "Åpnes kun av mottaker".

4.6 Innleveringsfrist/tilbudsfrist

Tilbudet skal være Helse Vest RHF fysisk i hende innen 22.2.2010 kl. 12:00.

Tilbudene vil bli påført tidspunkt for mottakelse etter hvert som de kommer inn. På anmodning skal oppdragsgiver skriftlig bekrefte tidspunktet for mottaket av tilbudet.

Det er tilbyders ansvar å besørge korrekt levering. For sent innkomne tilbud vil bli avvist.

Det vil ikke bli gjennomført åpen tilbudsåpning.

4.7 Vedståelsesfrist

Tilbyder må stå ved tilbudet frem til 30.6. 2010.

4.8 Konfidensialitet

Helse Vest RHF vil behandle all informasjon fra tilbyderne konfidensielt. Tilsvarende forutsettes tilbyderne å håndtere tilsendt informasjon fra Helse Vest RHF i tilknytning til anskaffelsen konfidensielt, herunder ivareta både Helse Vest RHF og andre berørte parters konfidensialitet også etter at anskaffelsen er avsluttet.

Innkomne tilbud vil ikke bli returnert, men arkivert eller forskriftsmessig destruert.

4.9 Kostnader forbundet med deltagelse i konkurransen

Kostnader som tilbyderen pådrar seg i forbindelse med utarbeidelse og levering samt oppfølging av tilbudet vil ikke bli refundert av oppdragsgiver.

5 Om avtalen

5.1 Kirurgiavtalene

Avtalen som inngås vil være en rammeavtale med varighet fra ikrafttredelse (tentativt 1.5.2010) til og med 30.4.2012, med en ensidig opsjon for forlengelse for Helse Vest RHF på ett (1) år ad gangen i inntil to (2) år, jf. utkast til rammeavtale vedlegg 5.

Vedlegg 1 til avtalen vil inneholde nærmere opplysninger om ytelsen og pris.

I avtalene vil det bli satt en øvre årlig økonomisk ramme for de tjenester som kan leveres i henhold til avtalen, jf. utkast til rammeavtale vedlegg 5.

De vurderinger med hensyn til aktivitet som danner grunnlaget for denne konkurransen, er foretatt i relasjon til kalenderår. Med bakgrunn i at kontraktperioden og kontraktens oppstart vil avvike fra kalenderåret, vil det i kontraktene bli satt tak på følgende måte:

.....2010 – 31.12.2010	-	.../12 av forespurt årsvolum
1.1.2011 – 31.12.2011	-	fullt årsvolum
1.1.2012 – 30.04.2012	-	4/12 av forespurt årsvolum

Nedenfor følger et utvalg av kontraktsbestemmelsene:

1. Helse Vest er ikke forpliktet til kjøp av et bestemt volum under rammeavtalene som inngås. Avrop skjer ved pasientvalgt henvisning og bestemmelser om fritt sykehusvalg.
2. Leverandøren skal planlegge sin produksjon slik at pasientene har tilbud gjennom hele året, og tilstrebe en jevn fordeling av produksjonen mellom de diagnoser og prosedyrer som avtalen omfatter.
3. Leverandør kan ikke velge bort henviste pasienter innenfor de fagområder, herunder de operasjoner/tilstander, som det er gitt tilbud på.
4. Levering av tjenester i henhold til avtalen stopper opp hvis leverandøren i løpet av kalenderåret overstiger tildelt årlig volum. Den midlertidige stansen i levering av tjenester varer frem til neste årsskifte.
5. Tilbudet skal omfatte vurdering av henvisninger i henhold til pasientrettighetslovens bestemmelser, nødvendig utredning, behandling og etterkontroll.
6. Leverandør skal ta hånd om pasientene til de kan reise hjem uten risiko. Dette gjelder også dagkirurgiske pasienter. Utgiftene til eventuell ekstra overnatting dekkes av leverandør.
7. Det forutsettes at leverandør etter behov følger opp pasientene etter behandling. Pasientene skal informeres om mulige problemer og komplikasjoner som følge av behandlingen, og om hvor de skal henvende seg med spørsmål og problemer.

8. Tjenesten skal inneholde nødvendig samhandling med andre helsetjenester om den enkelte pasient, deriblant primærhelsetjenesten og rehabiliteringsinstitusjoner.
9. Dersom det oppstår problemer som krever mer omfattende medisinsk hjelp enn det leverandøren kan gi, skal pasienten overføres til offentlig sykehus.
10. Helse Vest gjør særskilt oppmerksom på at undersøkelser/behandlinger innenfor rammeavtalen forutsettes å skje av personell som ikke er ansatt i hovedstillinger i helseforetak underlagt Helse Vest RHF.
11. Konsultasjoner/vurderinger som ikke fører til inngrep/operasjon honoreres med et beløp på kr 1 000,-.

5.2 ”Raskere tilbake”- avtale

Avtalene skal gjelde fra inngåelse av kontrakt og til og med 31.12.2010. I tillegg kan oppdragsgiver ha opsjon på forlengelse av avtalene i ytterligere ett år av gangen, men ikke lengre enn ut 31.12.2013.

Vedlegg 1 til avtalen vil inneholde nærmere opplysninger om ytelsen og pris.

I avtalene vil det bli satt en øvre økonomisk ramme for de tjenester som kan leveres i henhold til avtalen, jf. utkast til rammeavtale vedlegg 6.

De vurderinger med hensyn til aktivitet som danner grunnlaget for denne konkurransen, er foretatt i relasjon til kalenderår. Med bakgrunn i at kontraktperioden og kontraktens oppstart vil avvike fra kalenderåret, vil det i kontraktene bli satt tak på følgende måte:

.....2010 – 31.12.2010 - .../12 av forespurt årsvolum

Helse Vests avtale for kjøp av kirurgiske tjenester - ”raskere tilbake” vil bli benyttet, jf vedlegg 6. Et utvalg kontraktsbestemmelser følger nedenfor:

1. Helse Vest er ikke forpliktet til kjøp av et bestemt volum under rammeavtalene som inngås. Avrop skjer ved pasientvalgt henvisning.
2. Tjenesten skal omfatte vurdering av henvisninger i henhold til retningslinjer for utvalg av pasienter for ”Raskere tilbake”, nødvendig utredning, behandling og etterkontroll. Pasienter som ikke egner seg for kirurgisk behandling skal etter diagnostisk avklaring få råd om hvordan videre oppfølging helst bør gjøres ved egeninnsats, i primærhelsetjenesten eller i annen spesialisthelsetjeneste.
3. Leverandøren kan ikke la være å ta imot en pasient dersom pasienten fyller kriteriene for ”Raskere tilbake” og oppdraget er innenfor det tjenestetilbudet leverandøren har forpliktet seg til.
4. Leverandør skal ta hånd om pasientene til de kan reise hjem uten risiko. Dette gjelder også dagkirurgiske pasienter. Utgifter til eventuell ekstra overnatting dekkes av leverandør.
5. Det forutsettes at leverandør etter behov følger opp pasientene etter behandling. Pasientene skal informeres om mulige problemer og komplikasjoner som følge av behandlingen, og om hvor de skal henvende seg med spørsmål og problemer.

6. Tjenesten skal inneholde nødvendig samhandling med andre instanser om den enkelte pasient, herunder pasientens henvisende lege, arbeidsgiver og NAV.
7. Dersom det oppstår problemer som krever mer omfattende medisinsk hjelp enn det leverandøren kan gi, skal pasienten overføres til offentlig sykehus.
8. Helse Vest gjør særskilt oppmerksom på at undersøkelser/behandlinger innenfor rammeavtalen forutsettes å skje av personell som ikke er ansatt i hovedstillinger i helseforetak underlagt Helse Vest RHF.
9. Konsultasjoner/vurderinger som ikke fører til inngrep/operasjon honoreres med et beløp på kr 1000,-.

5.3 Kontraktgjennomføringskrav

Tilbyder må dokumentere at de vil være i stand til å oppfylle følgende kontraktskrav både innenfor kirurgiavtalene og kirurgiavtalene innenfor "Raskere tilbake":

- a) Leverandøren må sannsynliggjøre at de vil kunne påbegynne leveransen primært innen 1.5.2010 og senest innen 1.10.2010.
- b) Leverandøren skal planlegge sin produksjon slik at pasientene har et tilbud gjennom hele året, og tilstrebe en jevn fordeling av produksjonen mellom de(t) fagområde(r) og operasjoner/tilstand som avtalen omfatter, jf. utkast til rammeavtaler.

5.4 Leveranse

Tilbyderen bør primært kunne påbegynne leveransen innen 1. mai 2010, senest 1.oktober 2010.

6 Valg av tilbud

6.1 Generelt om evalueringen

Tilbydere som tilfredsstillt kvalifikasjonskravene, vil få sine tilbud evaluert i tråd med bestemmelsene i dette punktet.

6.2 Kriterier for valg av tilbud i denne konkurransen

Hovedkriteriet for valg av tilbud i denne konkurransen er følgende:

Laveste pris

Tildelingen skjer ut fra hvilke tilbud som har lavest pris pr fagområde.

Tilbyder skal oppgi en pris for operasjonene i den aktuelle DRG. Inngitt pris skal gjelde for alle operasjoner under samme DRG i henhold til kravspesifikasjon. På noen DRG-er er det

åpnet for prisdifferensiering innenfor samme DRG slik det vil fremgå av skjema. Det er denne prisen som blir brukt i oppdragsgivers prisevaluering.

Beregning av tilbyders konkurransepris skjer ved at tilbyders pris(er) innenfor det enkelte fagområde blir multiplisert med forventet fordelt aktivitet innenfor fagområdet.

Forventet fordeling av aktivitet er basert på erfaringstall og antatt fremtidig behov for anskaffelser hos private leverandører. Den faktiske fordelingen vil kunne avvike fra dette.

6.3 Evaluering av tilbudene

Det vil bli foretatt en evaluering av tilbudene pr fagområde, og det tildeles kontrakter pr fagområde ut fra laveste pris jf. pkt. 6.2.

Dersom tilbyder med lavest pris ikke har tilstrekkelig kapasitet skal gjenstående volum tildeles neste tilbyder rangert etter pris pr fagområde.

Dersom flere tilbydere kommer likt ut i rangeringen vil relevant volum deles likt mellom tilbyderne.

7 Meddelelse om hvem som tildeles kontrakt

Oppdragsgivers beslutning om hvem som får tildelt kontrakt skal skriftlig meddeles samtidig til alle deltakerne i rimelig tid før kontrakt inngås. Med "kontrakt er inngått" menes tidspunktet for undertegning av kontrakten av begge parter.

Meddelelsen skal inneholde en kort begrunnelse for valget og angi en frist for leverandøren til å klage over beslutningen.

Dersom oppdragsgiver etter at meddelelsen er gitt finner at beslutningen om å tildele kontrakt ikke er i samsvar med pkt. 6 kan beslutningen annulleres frem til kontrakt er inngått.

8 Veiledende tidsplan

Anskaffelsen gjennomføres etter den tentative tidsplan som er gjengitt i tabellen nedenfor.

Milepæl	Dato
Kunngjøring av anskaffelsen	25.1.2010
Frist for tillegsspørsmål	1.2.2010 kl 12:00
Tilbudsfrist	22.2.2010 kl 12:00
Evaluering av tilbud	Uke 8
Kontraktstildeling	Uke 9
Kontraktinngåelse	Uke 12
Avtalens ikrafttredelse	1.5.2010
Vedståelsesfrist	30.6. 2010

