

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE304E

Navn / kandidatnr.: Tina Eitran / 16

Økonomistyring i spesialisthelsetjenesten:
Innføring av nøytral merverdiavgift i
helseforetak

Dato: 20.05.2019

Totalt antall sider: 74

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet som siste del av master i økonomi og administrasjon ved Handelshøgskolen på Nord Universitet, og utgjør 30 studiepoeng med hovedprofil i økonomistyring.

Først og fremst vil jeg takke foreleser i faget økonomistyring ved Handelshøgskolen, Anatoli Bourmistrov, som også har vært min veileder fra oppgaven begynte å ta form allerede høsten 2018 fram til masteroppgaven ble ferdigstilt. Det har vært utrolig lærerikt å ha en veileder, som har bidratt til gode refleksjoner og innspill til oppgaven.

Videre vil jeg rette takk til seksjon for økonomi i Helse Nord RHF, som gav inspirasjon til utforming av en problemstilling allerede høsten 2018. Jeg vil også takke min arbeidsgiver, Helse Nord RHF, for mulighet til å gjennomføre en master som siviløkonom ved siden av mitt arbeidsforhold, og min leder Karin Paulke for all støtte og motivasjon i hektiske dager.

Det rettes også en stor takk til respondentene ved helseforetakene i Helse Nord, for at dere tok dere tid til å delta i min studie.

Jeg vil også takke familie og venner for støtte og hjelp til å kunne gjennomføre studien. Sist men ikke minst vil jeg takke min kjære ektemann, Erik Eitran, som til tider har vært gressenkemann og er verdens beste støttespiller gjennom det som kalles livet.

Bodø, 20. mai 2019

Tina Mari Eitran

Sammendrag

Økonomistyring i spesialisthelsetjenesten er preget av krav og kontroll, og interessenter med ulike forventninger til driften. Spesialisthelsetjenesten eies overordnet av Helse- og omsorgsdepartementet, noe som medfører at ulike innføringer også kan ha en politisk agenda, og som en del av offentlig virksomhet bør man sørge for optimal ressursutnyttelse og mest mulig velferd for pasienter og pårørende.

Helse- og omsorgsdepartementet innførte en finansieringsordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 01.01.2017, som frem til da var utenfor merverdiavgiftssystemet. Et av insentivene bak innføringen var å skifte en uheldig vridning av vurdering mellom egenproduksjon og kjøp av tjenester fra private aktører. Fra regjeringens politiske plattform var innføringen et tiltak for å åpne opp for at flere private tjenestetilbydere kunne bidra til å løse fellesskapets oppgaver (Helsedirektoratet 1, 2016).

Studien har til formål å studere hvordan innføring av nøytral merverdiavgift har påvirket beslutninger eller beslutningsprosesser knyttet til støttetjenester i helseforetakene.

Problemstillingen: «*Hvordan har innføring av nøytral merverdiavgift påvirket helseforetakenes vurdering knyttet til produksjon av støttetjenester?*», er studert ved bruk av et intervjustudie av beslutningstakere på ledernivå 3 og 4 i helseforetak i Helse Nord. Det er gjort til sammen 6 individuelle, semi-strukturerte intervju.

Sentralt i denne studien er økonomistyring fra organisasjonsteoretisk perspektiv (Busch, 2004), isomorfisme (Boxembaum & Jonsson, 2017), løs-kobling (Weick, 1979) og Anderson og Weitz (1986) sitt rammeverk for beslutninger om «make-or-buy». Intervjuene ble gjennomført med de teoretiske rammeverket i grunn.

Empirien indikerer at beslutninger er preget av ulikt behov for legitimering. Det kommer også fram at innføringen av nøytral merverdiavgift har hatt minimal påvirkning på beslutningstakere knyttet til vurdering om «make-or-buy» av støttetjenester i helseforetakene. Beslutningene baserer seg stort egg av at pasienten kommer først, og er preget av hva man har gjort tidligere-

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	ii
Innholdsfortegnelse	iii
Liste over figurer:	iv
Liste over tabeller:	v
Liste over vedlegg:	v
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Problemstilling	3
1.3 Begrepsavklaringer	4
1.4 Oppgavens begrensninger	4
1.5 Videre oppbygging av oppgaven	5
2 Teoretisk rammeverk	5
2.1 Styring og organisering av spesialisthelsetjenesten	5
2.2 Økonomistyring fra et organisasjonsteoretisk perspektiv	7
2.3 Organisasjoners legitimering gjennom isomorfisme	9
2.4 Dekobling eller løs-kobling mellom nye strukturelle forhold og organisasjonsatferd	11
2.5 Transaksjonskost-teoretisk framgangsmåte til beslutninger om «make-or-buy»	13
2.5.1 Andre insentiver til «make-or-buy»	15
2.6 Tidligere studier	18
2.6.1 Studier om endringsprosesser i spesialisthelsetjenesten	18
2.6.2 Studier om merverdiavgiftskompensasjon i andre offentlige virksomheter	20
2.7 Sammendrag av den teoretiske diskusjonen i oppgaven	20
3 Metode	22
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	22
3.2 Forskningsdesign	23
3.2.1 Data	24
3.2.2 Datainnsamling	25
3.2.3 Intervjuguide	28
3.2.4 Utvelgelse av informanter	28
3.3 Metodevalg	29
3.4 Analyse av innsamlet data	31
3.5 Studiets kvalitet	32
3.5.1 Validitet	32
3.5.2 Reliabilitet	33
3.6 Forskningsetikk	33
4 Beskrivelse av utvalget – helseforetak i Helse Nord	35
5 Fremstilling av empiri	40
5.1 Organisering av støttetjenester	40
5.1.1 Mål og strategier	41
5.2 Forankring ved innføringen av nøytral merverdiavgift i helseforetak	42
5.3 Beslutningsprosesser om støttetjenester i helseforetakene	42
5.4 Insentiver for produksjon av støttetjenester	43
5.4.1 Insentiver før innføring av nøytral merverdiavgift	43

5.4.2 Insentiver etter innføring av nøytral merverdiavgift	45
5.5 Opplevd effekt av innføringen	48
5.5.1 Opplevd nøytral merverdiavgift	48
5.5.2 Bruk av kalkyler eller analyser.....	49
5.5.3 Konkurransetiltaket	49
5.5.4 Etisk dilemma.....	50
5.6 Muligheter og utfordringer	50
5.6.1 Utfordringer knyttet til innføringen av nøytral merverdiavgift.....	50
5.6.2 Muligheter som følge av nøytral merverdiavgift	51
5.7 Oppsummering av empiriens hovedfunn	53
6 Analyse.....	54
6.1 Økonomistyringens effekt på operativt nivå	54
6.2 Løs-kobling i helseforetakene	55
6.3 «Make-or-buy» støttetjenester.....	56
7 Konklusjon	58
Litteraturliste	60
Vedlegg 1	63
Vedlegg 2	66
Vedlegg 3	68
Vedlegg 4	70
Vedlegg 5	73
Vedlegg 6	74

Liste over figurer:

Figur 1 – Merverdiavgiften gir helseforetakene insentiv til egenproduksjon (Finansdepartementet 1, 2015:11)	s. 2
Figur 2 - Forenklet organisasjonskart for spesialisthelsetjenesten basert på Helse Nord sitt organisasjonskart (Helse Nord (2), 2018)	s. 6
Figur 3 – Forhold mellom grad av spesifisering og transaksjons- og produksjonskostnader (Gordon og Weber, 1984:375)	s. 14
Figur 4 – Grad av åpenhet i den kvalitative tilnærmingen (Jacobsen, 2015:128)	s. 26
Figur 5 – Hierarkisk linjestruktur i Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2016:5)	s. 35
Figur 6 – Helse Nords virksomhetsstyring (Helse Nord 3, 2018:14)	s. 37
Figur 7 – Organisasjonskart over Drifts- og eiendomssenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2016:21)	s. 38
Figur 8 – Organisasjonskart over Service, drift og eiendom i Finnmarkssykehuset HF (Finnmarkssykehuset, 2019:6)	s. 39

Liste over tabeller:

Tabell 1 – Sterke og svake sider ved ulike intervju typer (Jacobsen, 2015:148).	s. 27
Tabell 2 – Oversikt over intervju med respondenter	s. 31

Liste over vedlegg:

Vedlegg 1 – Søknad til norsk senter for forskningsdata - NSD	s. 63
Vedlegg 2 – Godkjenning fra norsk senter for forskningsdata - NSD	s. 66
Vedlegg 3 – Intervjuguide v.1.0	s. 68
Vedlegg 4 - Informasjon med samtykkeerklæring	s. 70
Vedlegg 5 – Forespørsel om intervju – første kontakt med respondentene	s. 73
Vedlegg 6 – Kodebok	s. 74

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet innførte en finansieringsordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene fra 01.01.2017, som frem til da var utenfor merverdiavgiftssystemet. Et av insentivene bak innføringen var å skifte en uheldig vridning av vurdering mellom egenproduksjon og kjøp av tjenester fra private aktører. Fra regjeringens politiske plattform var innføringen et tiltak for å åpne opp for at flere private tjenestetilbydere kunne bidra til å løse fellesskapets oppgaver (Helsedirektoratet 1, 2016). Temaet for denne oppgaven er å se hvordan innføringer fra Helse- og omsorgsdepartementet fører til endringer hos beslutningstakere i helseforetakene.

1.1 Bakgrunn

Økonomistyringen i spesialisthelsetjenesten har gjennomgått flere prosesser på ulike nivå for å forsøke å effektivisere ressursbruken i helseforetakene.

Et av områdene som tilsynelatende kunne være et hinder for samfunnsøkonomisk effektiv utnyttelse av ressursene var det faktum at store deler av offentlig sektor var utenfor merverdiavgiftssystemet. Offentlige tjenester, som blant annet omsetning av helsetjenester, var unntatt fra den generelle merverdiavgiftsplikten. Det innebar også at det ikke ble gitt fradrag for merverdiavgift ved anskaffelser av varer og tjenester til bruk ved produksjon av helsetjenester. Da spesialisthelsetjenesten kjøpte merverdiavgiftspliktige tjenester fra private måtte det betales merverdiavgift, men dersom helseforetaket ansatt egne til å utføre samme tjeneste ble det ikke betalt merverdiavgift. Konsekvensen av dette var at for eksempel renholdstjenester fra en privat merverdiavgiftspliktig tilbyder, måtte være 20% mer effektiv for å konkurrere med renholdere som var ansatt av helseforetaket. Denne konsekvensen innebar at det kunne være økonomisk fordelaktig for helseforetak å produsere tjenesten med egne ansatte (uten merverdiavgift) foran å kjøpe disse tjenestene (med merverdiavgift) fra private leverandører. Det har opp gjennom årene blitt vurdert flere ulike løsninger for å nøytralisere merverdiavgiften for offentlig sektor (Finansdepartementet 1, 2015).

Kommunesektoren hadde en begrenset ordning for merverdiavgiftskompensasjon i perioden 1995-2003, og denne ble fra 01.01.2004 erstattet med en generell kompensasjonsordning. I 2005 var et forslag, om å inkludere helseforetakene samt enkelte private aktører innen spesialisthelsetjenesten i kompensasjonsordningen for kommunesektoren, på høring. Det konkluderte med at kompensasjonsordningen burde omfatte investeringer, og forslaget ble

utsatt grunnet høyt investeringsnivå i sektoren. Det var viktig for regjeringen å få på plass en ordning som skulle gi nøytral merverdiavgift for statlig sektor, og det ble påpekt at ordningen burde være budsjettnøytral, altså at bevilgningene til de statlige virksomhetene ble redusert tilsvarende forventet merverdiavgiftkompensasjon. Det ble da startet en kartlegging av merverdiavgiftskostnadene for ulike statlige virksomheter (Finansdepartementet 2, 2013).

Det ble sendt et nytt forslag om nøytral merverdiavgift i helseforetakene på høring i 2015, som var utarbeidet i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Finansdepartementet. Høringsnotatet illustrerte vridninger som oppstår når helseforetak kan produsere tjenester med egne ansatte uten plikt til å beregne merverdiavgift, mens de belastes merverdiavgift dersom de kjøper lik tjeneste fra private aktører:

Merverdiavgiften gir helseforetakene insentiv til egenproduksjon

Et helseforetak har behov for å oppgradere og vedlikeholde sitt system for elektronisk pasientjournal, noe som kan gjøres ved å kjøpe IT-tjenester i markedet (avgiftspliktig) eller ved la sine egne IT-ansatte ta seg av denne jobben (ikke-avgiftspliktig).

En privat aktør krever 100 mill. kroner + 25 millioner i mva. for arbeidet. Dersom helseforetakets egne IT-ansatt tar jobben kan denne utføres for 110 millioner kroner (avgift skal ikke beregnes).

Her lønner det seg, alt annet likt, for helseforetaket å produsere IT-tjenestene selv til tross for at den private leverandøren kan produsere tjenestene billigere. Merverdiavgiften bidrar altså til en vridning som gjør at tjenestene ikke produseres mest mulig effektivt.

Figur 1 – Merverdiavgiften gir helseforetakene insentiv til egenproduksjon (Finansdepartementet 1, 2015:11).

Det var antatt at de største insentivene for å produsere støttetjenester selv i helseforetakene var knyttet til merverdiavgiften. Støttetjenester ble definert som ikke-medisinske tjenester i helseforetakene, som renhold, vaskeri, kjøkken, IKT, vakthold, transport og regnskap m.m. Nøytral merverdiavgift for helseforetakene kunne da bidra til å åpne opp for at private aktører fikk ta del i et stort marked for støttetjenester. Finansdepartementet begrunnet å åpne opp denne muligheten for private aktører, ved at de kunne utføre tjenester mer effektivt enn helseforetakene selv, som følge av konkurranse, spesialisering og stordriftsfordeler. Innføringen var forventet å være kostnadsreduserende for helseforetakene. Helseforetak var særlig unntatt fra merverdiavgiftsregelverket, noe som førte til at de ble sluttbrukere, på lik linje med forbrukere, og belastet merverdiavgift, ettersom de ikke har mulighet å fradragføre inngående merverdiavgift. Konsekvensen ble da som nevnt en vridning som kunne føre til

insentiv for egenproduksjon av avgiftspliktige tjenester foran å kjøpe tjenestene fra private aktører (Finansdepartementet 1, 2015).

Det var forventet at innføring av nøytral merverdiavgift til helseforetak muligens kunne føre til at det måtte gjøres noen omorganiseringer. Innføringen hadde et mål om å påvirke styring av helsesektoren i minst mulig grad, ei heller gi motiv til uhensiktsmessige organisatoriske tilpasninger og medføre minst mulig administrative kostnader (Finansdepartementet 1, 2015).

Det ble innført en finansieringsordning 01.01.2017, som var basert på konklusjon fra høringssvarene fra høringen for nøytral merverdiavgift for helseforetakene i 2015. Ordningen avviker fra det som ellers følger av merverdiavgiftslovens regler om fradragsføring av inngående merverdiavgift på kjøp av varer og tjenester, og er heller ikke en del av merverdiavgiftssystemet. Ordningen var budsjettneøytral for Staten i oppstartsåret 2017, og ble finansiert av uttrekk på 5,9 milliarder kroner i basisrammen til de regionale helseforetakene. Formålet med ordningen hvor helseforetakene skulle få kompensert merverdiavgiften var å fjerne insentivet merverdiavgiften skapte for helseforetakene til egenproduksjon av tjenester. Ordningen skulle bidra til bedre ressursutnyttelse, og lavere samlede kostnader i utføringen av statlige oppgaver (Helsedirektoratet 2, 2016).

1.2 Problemstilling

På grunnlag av det som er beskrevet i bakgrunnen ønsker jeg å belyse følgende problemstilling:

«Hvordan har innføring av nøytral merverdiavgift påvirket helseforetakenes vurdering knyttet til produksjon av støttetjenester?»

For å kunne besvare overnevnte problemstilling har jeg utformet følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan har innføringen av nøytral merverdiavgift endret praksis i vurderinger knyttet til egenproduksjon av støttetjenester i helseforetakene mot anskaffelse av tilsvarende tjenester fra private leverandører?
- Hvilke forskjeller er det i praksis mellom ulike helseforetak?

Utredningen vil ha et beskrivende formål – beskrive hvordan innføringer fra eier faktisk blir håndtert og om eierens ønsket effekt av innføringen blir innfridd. Dette vil være et deskriptivt studie som beskriver virkeligheten hos beslutningstakere i helseforetakene.

1.3 Begrepsavklaringer

Støttetjenester: Støttetjenester defineres i denne oppgaven som ikke-medisinske tjenester som renhold, vaskeri, kjøkken, vakthold, transport, IKT, regnskap m.m. (Finansdepartementet 1, 2015:14).

Egenproduksjon: I denne oppgave defineres det som produksjon av merverdiavgiftspliktige tjenester som blir gjort av egne ansatte i helseforetakene.

Anskaffelser: Defineres som offentlige anskaffelser av ikke-medisinske varer og tjenester knyttet til drift av helseforetakene. Offentlige anskaffelser som foregår enten gjennom anbudskonkurranser som det er forbudt å forhandle om, konkurranse med forhandlinger eller direkte anskaffelser – avhengig av den anslåtte verdien man skal anskaffe tjenester eller varer for (Lovdata, 2015).

Private leverandører: I denne oppgaven defineres det som frittstående leverandører eller aktører, som kan tilby helseforetakene merverdiavgiftspliktige støttetjenester.

1.4 Oppgavens begrensninger

Denne oppgaven har følgende begrensninger i behandling av temaet grunnet tid og kapasitet. Oppgaven vil fokusere på kjøp av støttetjenester, basert på Finansdepartementets antakelser om at det er disse tjenestene som merverdiavgiften gav størst insentiv til å produsere selv (Finansdepartementet 1, 2015:14). Det innebærer blant annet at kjøp av helsetjenester hos private tilbydere og investeringer ikke vil bli studert videre i denne oppgaven. Oppgaven begrenser seg til helseforetak underlagt ett regionalt helseforetak, og begrenser seg videre til helseforetak som leverer helsetjenester. Sammenligningen vil begrense seg til tre helseforetak i samme region, og basere seg på ledere i nivå 3 og 4 i helseforetakene.

1.5 Videre oppbygging av oppgaven

Videre i denne oppgaven blir relevant teori som bygger rundt studiets problemstilling presentert, i tillegg til annen relevant forskning. Videre vil det vitenskapsteoretiske ståstedet studiet er bygget på bli presentert, og en beskrivelse av hvordan data er samlet inn og analysert. Så vil empiri bli presentert og analysert mot problemstilling og det teoretiske rammeverket. Avslutningsvis vil bli konklusjonen fremstilles, før oppgaven avrundes med forslag til videre forskning.

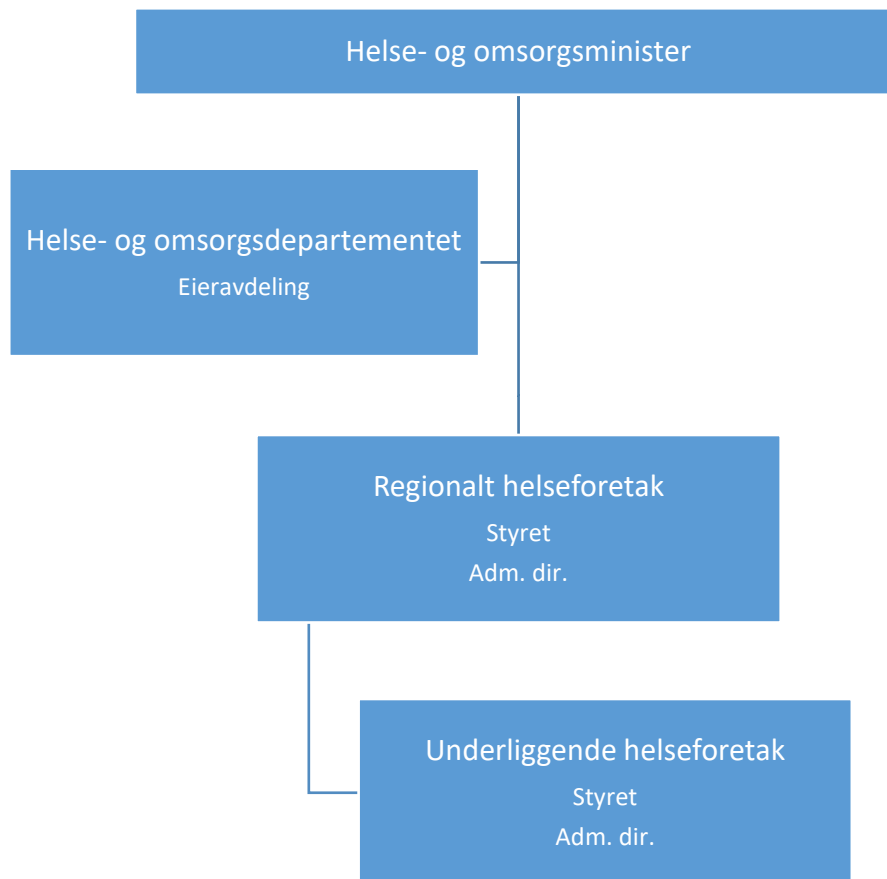
2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil oppgavens teoretiske rammeverk bli presentert. Først følger en kort beskrivelse av hvordan styring og organisering av spesialisthelsetjenesten foregår. Videre ønsker jeg å beskrive funksjonen til økonomistyring i en organisasjon basert på et organisasjonsteoretisk perspektiv, før det kommer en presentasjon av dekobling eller løskobling mellom nye strukturelle forhold og organisasjonsatferd og beslutningsgrunnlag knyttet til «make-or-buy». Videre i dette kapitlet har jeg tatt for meg annen relevant forskning som kan knyttes opp mot denne oppgaven for å se hvilke hull min problemstilling kan tette i tillegg til sammenhenger som også kan påvirke utfallet for denne oppgaven. Avslutningsvis har man bundet sammen det teoretiske rammeverket med den andre relevante forskningen.

2.1 Styring og organisering av spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er helt overordnet organisert gjennom at Helse- og omsorgsdepartementet eier landets fire regionale helseforetak. De regionale helseforetakene eier underliggende helseforetak i tillegg til at de i fellesskap eier seks nasjonale helseforetak. Stortinget og regjeringen bestemmer rammene for hva de regionale helseforetakene skal gjøre, og denne bestillingen er samlet i et oppdragsdokument, som leveres til de regionale helseforetakene i et foretaksmøte ved starten av året. Rammene for de regionale helseforetakene beskrives i to styringsdokumenter - vedtektene for hvert enkelt regionale helseforetak og de årlige oppdragsdokumentene. Eierstyring fra helseministeren overfor de regionale helseforetakene kan kun utøves gjennom foretaksmøtene, og helseministeren har anledning å kalle inn til foretaksmøter ved behov. Resten av tiden er det styrene i de regionale helseforetakene som har ansvar for styring og kontroll av driften (Helse Nord (1), 2018).

De regionale helseforetakenes underliggende helseforetak består av flere sykehusforetak, et apotekforetak og et IKT-foretak. Styring av underliggende helseforetak foregår på samme måte som nevnt ovenfor mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene.



Figur 2 - Forenklet organisasjonskart for spesialisthelsetjenesten basert på Helse Nord sitt organisasjonskart (Helse Nord (2), 2018)

De regionale helseforetakene rapporterer tilbake til Helse- og omsorgsdepartementet på hvordan man løser sine oppgavene og hvor godt de forvalter pengene fra Stortinget. Den årlige hovedrapporteringen skjer gjennom årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet. De underliggende helseforetakene rapporterer på samme måte til de regionale helseforetakene. I tillegg til den årlige hovedrapporteringen har de blant annet tertialrapportering og spesifikt for denne oppgaven skal de rapportere regional for å få kompensasjon for merverdiavgiften (Helse Nord 1, 2018).

2.2 Økonomistyring fra et organisasjonsteoretisk perspektiv

Busch (2004) beskriver økonomistyring i et organisasjonsteoretisk perspektiv, og relaterer det blant annet til forhold innenfor politikk og institusjon. Busch viser til Anthony, Dearden og Bedford der han definerer økonomistyring som alle teknikker og systemer som ledelsen bruker for å sikre at organisasjonen arbeider etter overordnede mål og strategier. Med bakgrunn i denne definisjonen kan man si at innføringen av ordningen med nøytral merverdiavgift var økonomistyring fra spesialisthelsetjenesten sine eiere. Innføring av et system som skulle sikre at helseforetakene skulle arbeide etter eierens mål og strategi. Busch (2004) beskriver ulike former for kontroll som bør være tilstede for å oppnå organisasjonen mål i grensesnittet mellom økonomistyring og organisasjonsteori. Det skilles mellom administrativ kontroll, sosial kontroll og selvkontroll. Sosial kontroll fokuserer på at medlemmene i en organisasjon utøver en betydelig kontroll gjennom holdninger, normer og verdier. Her ble det også vist til en dualisme som kan oppstå mellom profesjonelle normer og interne normer i en organisasjon. Dette var allerede blitt avdekket på sykehus hvor tolkninger av økonomistyringen var ulik avhengig av hvilket nivå man befant seg på i sykehusene, og mindre sammenheng mellom formelle budsjettbeslutninger og aktivitetene på laveste nivå. Dette vil være svært relevant når jeg i denne oppgaven skal se hvilke endringer innføring av nøytral merverdiavgift har hatt i praksis hos beslutningstakere i helseforetakene og om det har vært noen målbar eller merkbar effekt. En annen type kontroll som nevnes av Busch (2004) er selvkontroll, som han definerer som kontrollen som utøves av det enkelte individ og ikke av eksterne kontrollsystemer eller kulturelle forhold. Denne typen kontroll er også svært relevant i organisasjoner med høyt kompetansenivå – typisk for helseforetak, og for at man skal kunne nyttiggjøre seg kompetansen må handlingsrommet til den enkelte økes og grad av atferdskontroll reduseres. Busch (2004) viser til konflikter mellom papirbaserte kontrollsystemer og linjeledelsens handlingsrom og mulighet for selvkontroll.

Busch (2004) tar også for seg økonomistyring fra et politisk perspektiv. Avhengighet og maktforhold kan gi dominerende interessenter mulighet til å sette press eller legge føringer for at en organisasjon skal realisere interessentenes egne interesser. Når man ser økonomistyring fra dette perspektivet blir makt en viktig ressurs og man bør gjennom en økonomisk analyse se eksisterende avhengighetsfaktorer til interessenter. Ressursavhengighetsteori påpeker at ressurser er en nødvendig forutsetning for organisasjonens eksistens, og avhengighetsforholdet til politiske interessenter kan være kritisk. Dette gjelder også for spesialisthelsetjenesten som er eid av helseministeren og avhengig av tildelte ressurser fra

statsbudsjettet. Busch (2004) viser til at maktforholdet påvirkes av kontraktsformen mellom organisasjonen og interessentene, og det definerer organisasjonens formelle grenser. Videre påpekte Busch (2004) konsekvensen med å legge et politisk perspektiv, med makt og avhengighet, til grunn for økonomistyring, vil være at økonomistyringens analyser vil måtte strekke seg utover det tradisjonelle. Det vil også påvirke rapporteringsbehovet utover det tradisjonelle regnskapssystemet, for å inkludere blant annet informasjon om makt/avhengighetsrelasjoner, den totale ressurstilgangen, og effekten av ulike kontrakter. Effektene kan være på selve organisasjonen (effekt av ressurstilførselen/overføring til interessentene/atferdsendring). Dette er noe som kan være relevant med tanke på problemstillingen og hvordan politikere kan følge opp effektene av presset/kravet de har satt til helseforetakene med innføring av nøytral merverdiavgift for å redusere/fjerne insentivet til egenproduksjon. Busch (2004) poengterer at eierne som interessent ikke står i noen særstilling, og organisasjonene skal arbeide for å øke belønningene for alle deres interessenter, både økonomiske og ikke-økonomiske. Interessentenes (også politiske) mål vil være i konstant endring gjennom forhandlinger og politiske prosesser. Organisasjonenes sosiale og etiske ansvar muliggjør det også å registrere effekten på aktører i organisasjonens omgivelser som ikke har kontrakt med dem, knyttet til forhold som direkte eller indirekte påvirkes av deres handlinger.

Busch (2004) så også på økonomistyring fra et institusjonelt perspektiv. Han viser til påstander om at fra dette perspektivet blir økonomistyring sett på med et langt bredere perspektiv som passer bedre rammene organisasjonene jobber innenfor i dagens samfunn. Organisasjonene jobber innenfor en stadig mer kompleks verden, med større utfordringer knyttet til usikkerheter i omgivelsene sine, større innslag av tjenesteproduksjon og større behov for en fleksibel organisering. Ut fra det institusjonelle perspektivet sees økonomistyringen på styring som går utover den tradisjonelle regnskapsmessige og finansielle kontrollen. I tillegg til den bedriftsøkonomiske virkeligheten til organisasjonene, er det behov for innblikk i de politiske og kulturelle dimensjonene av deres operasjonelle handlingsrom. Her blir det også vist til at gjennom institusjonaliseringsprosessen vil normer og verdier i omgivelsene gi organisasjonene en verdibasert status, noe som tilsier at ved utøving av økonomistyring må man legge til grunn legitimitet og identitet til de tradisjonelle effektiviserende kriteriene. Innenfor den institusjonelle teorien vises det til fire ulike dimensjoner man kan vurdere organisasjonens legitimitet. Den første dimensjonen som nevnes er den pragmatiske som er basert på et nytteperspektiv, og legitimitet oppnås når

organisasjonen vurderes som et nyttig verktøy i samfunnet. Den andre dimensjonen er den normative, som tilsier at organisasjonens handlinger skjer innenfor aksepterte moralske normer, gjerne med tanke på konsekvensene og grunnlaget for handlingene. Den tredje dimensjonen er den kognitive, som går ut på at organisasjonens handlinger er i samsvar med deres kognitive struktur. Den fjerde dimensjonen, den regulative, går på at man oppnår legitimitet ved å følge nedfelte formelle og uformelle regler satt av samfunnet. De overnevnte dimensjonene vil sette motstridende krav til organisasjonene, og man kan forvente interne konflikter og negative reaksjoner fra omgivelsene om man ikke oppnår noen av dimensjonene for legitimering. Videre vil dette også påvirke inkonsistente krav til økonomistyringen, ut fra hvilke av de overnevnte perspektivene/dimensjonene de er basert på. De inkonsistente kravene vil spesielt prege de formelle styringssystemet som er synlige for alle. Busch (2004) viser til muligheter for å adoptere organisasjonsoppskrifter, med intern tilpasning som kan skape legitimering til de ytre omgivelsene, men samtidig bidra til å forvalte sin identitet. I et institusjonelt perspektiv på økonomistyring vil det være viktig å vise utad sin legitimitet, og det kan være ønskelig å skape sterke koblinger til den operative kjernen og tas hensyn til eksisterende struktur og organisasjonskultur for å forbedre organisasjonens effektivitet. Det er viktig å være oppmerksom på at nye strukturer implementeres reelt, for å unngå dekobling mellom det som sees utad og det som faktisk foregår innad i organisasjonen.

Økonomistyringen kan tilpasses institusjonelle krav dersom man etablerer systemer som tilfører organisasjonen innsikt i disse kravene, for eksempel gjennom å registrere kvalitative dimensjoner knyttet til organisasjonens interesser.

Busch (2004) poengterte at tradisjonelle modeller for økonomistyring ikke er tilstrekkelig med de forventninger og samfunnsmessige endringene som organisasjonene opererer innenfor i dag. Det er et behov for en helhetlig form for styring, for å kunne implementere hensiktsmessige løsningsstrategier. Dette er svært relevant for spesialisthelsetjenesten som har mange ulike interesser som stiller krav og forventninger til dem, og disse kan være inkonsistente ettersom flere av interessentene har ulike målsettinger. Dette gjelder både krav fra eier, brukermedvirkning, samfunnet, samarbeidspartnere m.m.

2.3 Organisasjoners legitimering gjennom isomorfisme

I en forsøk på å oppnå legitimering hos eksterne interesser eller aktører nevnte Busch (2004) at det finnes muligheter for å adoptere organisasjonsoppskrifter fra andre

organisasjoner i samme felt. Isomorfisme defineres som strukturell likhet som følge av at organisasjoner tilpasser seg både formelle krav men også det de tror samfunnet forventer av dem (Boxenbaum & Jonsson, 2017). Boxenbaum & Jonsson (2017) beskriver hvordan institusjonelle ideer presser organisasjoner til å vedta like strukturer og former, noe som kan føre til at de sakte men sikkert blir mer homogene. Videre beskriver de hvilke tre krefter som leder organisasjoner til å bli mer og mer lik: påtvunget, mimetisk og normativt press.

Påtvunget press er resultatet av maktrelasjoner og politikk, og eksempler på dette kan være krav fra staten, som medfølger konsekvenser dersom de ikke blir fulgt. Dette er noe man kan se hos helseforetakene som mottar klare krav fra eier. Mimetisk press kan komme av usikkerhet, som fører til at organisasjoner ser til likesinnede organisasjoner eller kolleger i samme felt på hvordan de løser ulike situasjoner. Normativt press handler om holdninger og moral. Det kan være krefter innad i organisasjonen eller samfunnet som forsøker å styre organisasjonen til å gjøre valg som de ser på som moralsk riktig. Helseforetakene er internt preget av høyt kompetansenivå og en sammensetning av mange fagfelt, og det kan være muligheter for at de opplever et normativt press fra faggrupper. Spesialisthelsetjenesten er også et tema som ofte dukker opp i media, og er av interesse for folket generelt.

Boxenbaum & Jonsson (2017) beskriver også hvordan ulike typer press kan ha en sammenheng med posisjonene som organisasjonens interessenter/aktører opererer innenfor. Påtvunget press kan ofte komme fra vertikalt posisjonerte aktører (eks. staten), mimetisk og normativt press kan være knyttet til horisontalt posisjonerte aktører (eks. andre helseforetak og interne grupperinger/like fagfelt). De tre kreftene som er beskrevet ovenfor kan være med på å forklare isomorfisme, altså at organisasjoner i samme felt stadig blir mer lik. Innføringen av den nye finansieringsordningen kan oppleves som et påtvunget press vertikalt til helseforetakene fra staten gjennom sine eiere, og videre kan det være et mimetisk press dersom helseforetakene er usikre på hvordan de skal håndtere den nye ordningen med nøytral merverdiavgift, og de ser til hvordan andre helseforetak har løst implementeringen (horisontalt press). Det kan også vurderes som et normativt press, dersom de ulike fagfeltene i helseforetakene som har deltok på høringen i 2015, presser dem til å implementere de endringene som bør følge med innføring av nøytral merverdiavgift. Disse pressene kan bidra til at helseforetakene driver sin virksomhet stadig mer homogent.

2.4 Dekobling eller løs-kobling mellom nye strukturelle forhold og organisasjonsatferd

Busch og Ramstad (2006) beskriver utfordringer knyttet til endringer i offentlig sektor som følge av legitimering og effektivisering. De viser blant annet til reduksjon av den offentlige sektors makt, og effektiviseringsfokus på alle offentlige instanser. Større grad av kontroll og krav, kan som nevnt føre til isomorfisme, men det kan også øke risiko for at organisasjonene bare tilsynelatende implementerer nye endringer i struktur og atferd for å oppnå større legitimitet. Busch (2004) nevnte at det kunne føre til liten eller ingen kobling mellom eksterne aktørers inntrykk av hva som foregår og det som faktisk foregår internt i en organisasjon.

Busch & Ramstad (2006) viser til Weick når løs-kobling defineres som individer/avdelinger/aktiviteter/intensjoner/handlinger som har en egen identitet og er tydelig atskilt, samtidig skal være sammenknyttede og påvirke hverandre. Weick (1979) utdypet det videre med at enhetene som nevnt ovenfor ofte har svært få eller svake fellesvariabler. Boxembaum & Jonsson (2017) definerer løs-kobling som svake linker mellom praksis av organisasjonsendring og organisasjonens beslutningstaking.

Weick (1979) beskriver hvordan årsaken til løs-kobling kan være at individer/avdelinger/aktiviteter/intensjoner/handlinger i en organisasjon har få variabler til felles, eller at de variablene man har felles har liten innvirkning på et system. Uklare mål og middelsammenhenger kan også bidra til økt løs-kobling i en organisasjon (Busch & Ramstad, 2006). I praksis vil dette bety at dersom en av variablene blir forstyrret, så vil forstyrrelsen begrense seg til den ene enheten, eller så vil effekten bli svakere. Weick (1979) beskrev løs-kobling som en måte en organisasjon kan ruste seg for å være mer fleksibel i møte med endringer. Løs-kobling kan promotere utholdenhet og produsere en buffer mot en kontinuitet av små endringer. En kombinasjon av stabile strukturer som er bundet av løs-kobling og «double interact» kan være å foretrekke i noen organisasjoner. Weick (1979) definerer «double interact» som gjengående dialog eller interaksjoner mellom organisasjonsenheter eller personer. Løs-kobling kan fremme forhold hvor endring kan skje fort, tilpasninger kan preserves og samtidig kan organisasjonen fortsette å være tilpasningsdyktig. Inndeling av organisasjonen i flere stabile del-strukturer (eks. avdelinger/seksjoner) og løs-kobling mellom disse kan bidra til stabilitet og fleksibilitet.

Boxembaum & Jonsson (2017) beskriver også løs-kobling i sammenligning med dekobling. Her pekte de på at forskjellen mellom løs-kobling og dekobling var intensjonen bak de valgene som ble gjort. Dersom organisasjonen bevisst ikke koblet sammen institusjonell

struktur og atferd, ble det definert som dekobling. I annet tilfelle kunne det gjøres en ubevisst løs-kobling mellom institusjonell praksis og struktur, også beslutningstaking.

Boxembaum & Jonsson (2017) definerer dekobling som forskjell mellom organisasjonens struktur/system for handling og de faktiske handlinger som blir gjort. Det kan gjenkjennes ved at reformer blir formelt implementert, uten at det har noen effekt på organisasjonens daglig drift. I forkant av en implementering av ny reform kan man ha forventet kaos, men i realiteten ble ingen påvirket av reformen. Årsaken til dekobling kan være at formell struktur ikke har sammenheng med organisasjonens produksjonsaktiviteter. En annen årsak til dekobling kan henge sammen med at man ikke har tro på den effekten en ny praksis skulle gi, og at man blir påtvunget implementering. Selv om man har tro på den nye praksisen kan det oppstå ubevisst dekobling, grunnet den gamle praksisen er så veletablert i en organisasjon. Busch og Ramstad (2006) viste til den største årsaken til dekobling var legitimeringskonflikter, foran konflikter mellom legitimitet og effektivitet. Dekoblingen legitimeres ved at organisasjonen tilsynelatende følger den påtvungne praksis gjennom å skjule det bak formaliteter, mens i virkeligheten har man opprettholdt den praksis som man har vurdert til mest effektiv for organisasjonen (Boxembaum & Jonsson, 2017).

Busch & Ramstad (2006) viser hvordan dekobling kan oppstå når endringer skal påvirke atferd innenfor eget handlingsrom. Spesielt peker de på dekobling mellom ønsket og realisert atferd i lederfunksjonene. Videre viser de at graden av dekobling mellom struktur og atferd oppstår i forhold til styring og koordinering. Manglende involvering av de som blir påvirket av endringene og liten kommunikasjon om hva som var problemet med den eksisterende organiseringen, påvirker legitimiteten til endringene. Endringer i offentlige instanser er ofte begrunnet med bedre ressursutnyttelse og tjenestekvalitet, men mangelfull oppfølging og evaluering gir signaler om lav prioritet hos beslutningstakere. Dette kan føre til dekobling grunnet konflikt mellom legitime og teknisk-rasjonelle løsninger. Dersom topplederens involvering er begrenset til implementeringsfasen, kan det også gi rom for opportunistisk atferd hos lederne i andre nivå uten at det gir sanksjoner grunnet manglende evaluering og oppfølging. Formålet med dekobling, som nevnt ovenfor kan være å legitimere organisasjonen jf den formelle strukturen, men om man blir oppdaget, vil det motsatte kunne være realiteten. Dekobling kan ha store konsekvenser for en organisasjon dersom det blir oppdaget, da kan man bli mistenkt for svindel eller korrupsjon. (Boxembaum & Jonsson, 2017).

Busch & Ramstad (2006) beskriver hvordan valg av endringsstrategier kan påvirke graden av dekobling og opportunistisk atferd. Tett kobling mellom store strukturelle endringer og tjenesteproduksjon kan redusere graden av dekobling. Dette gjelder spesielt i tilfeller ved liten forankring av endringene i en organisasjon. Boxembaum & Jonsson (2017) viser også til variabler som kan redusere sjansen for dekobling. Dersom organisasjonen har et tett forhold til aktører som stiller påtvungne krav (eks. staten), og om relasjonen tilsier at de overvåkes tettere, vil det kunne bidra til at man ikke viker fra formell og faktisk praksis. En annen variabel som kan redusere sjansen for dekobling er deltakelse i faglige nettverk eller forum hvor det er naturlig at faktisk praksis diskuteres eller deles med eksterne kolleger, aktører eller interessenter.

2.5 Transaksjonskost-teoretisk framgangsmåte til beslutninger om «make-or-buy»

Gordon og Weber (1984) definerer en transaksjon som overføring av varer eller tjenester mellom to separate enheter, og analysen av dette skal effektivisere administrasjonen av denne overføringen. Videre beskriver de to dimensjoner som avgjør den mest effektive måten å styre transaksjonen. Den første dimensjonen er usikkerheten knyttet til å utføre transaksjonen, og den andre er spesifikasjonene til varen eller tjenesten som er en del av transaksjonen. Her viser de til at problemet med å evaluere leverandørens prestasjon under høy usikkerhet og ved potensiell leverandørs opportunistisme under høy spesifikasjon av varen eller tjenesten reduseres når kjøperen har ensidig kontroll over transaksjonen dersom de kan stå for egenproduksjon av tilsvarende vare eller tjeneste.

Gordon og Weber (1984) drar dette videre inn i beslutningsprosesser om å «make-or-buy». Et av de punktene beslutningstakere må vurdere er valget mellom å produsere varen eller tjenesten selv, eller kjøpe tilsvarende fra et marked som reguleres av konkurransekrefter. De viser til ulike vurderinger av de overnevnte dimensjonene basert på egenproduksjon eller kjøp av ekstern leverandør. Basert på egenproduksjon ble vurdering av høy spesifikasjon - kunnskap om eller arbeidsforholdet mellom intern salgsperson og selskapet – usikkerhet knyttet til dette var utfordringer knyttet til å kunne evaluere egen prestasjon og miljømessige usikkerheter. Basert på kjøp fra ekstern leverandør ble høy spesifikasjon sett på som eksperter subjektive meninger av anstrengelser for å produsere varen eller tjenesten. Dersom varen eller tjenesten er preget av lav spesifikasjon vil det kunne være en fordel økonomisk for ekstern leverandør ovenfor kunden, i den grad de kan oppnå strømlinjet produksjon og små produksjons- og transaksjonskostnader. I motsatt tilfelle vil fordelene mest sannsynlig ligge til

kjøperen grunnet høye produksjons- og transaksjonskostnader. Gordon og Weber anbefaler at dersom det siste er tilfellet bør kjøperen unngå egenproduksjon og heller kjøpe varen eller tjenesten fra ekstern leverandør, som illustrert i modellen under.

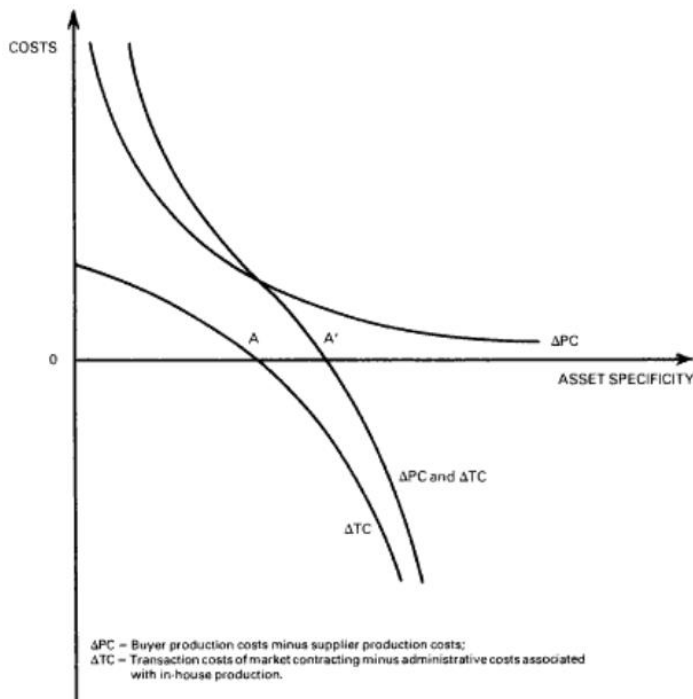


Figure 1. Relationship between asset specificity and transaction and production costs. (Adapted from Williamson, 1981: 560.)

*Figur 3 – Forhold mellom grad av spesifikasjon og transaksjons- og produksjonskostnader
 (Gordon og Weber, 1984:375)*

Gordon og Weber (1984) identifiserte også to typer av usikkerheter knyttet til beslutninger om «make-or-buy», hvor den ene er volum og den andre er teknologi. Usikkerhet knyttet til volum er avhengige av etterspørsel og trygghet på estimering av etterspørselen. Når denne er høy vil det kunne føre til uventede produksjonskostnader eller overskuddskapasitet for leverandørene, mens kjøperne i like tilfeller vil oppleve at leverandøren er utsolgt eller har et overskuddslager. Dette er også faktorer som påvirker transaksjonskostnadene. Høy usikkerhet knyttet til volum kan stemme for egenproduksjon, siden man selv kan styre etterspørselen og ikke blir påvirket av ytre faktorer. Det samme gjelder for høy teknologisk usikkerhet. Teknologisk usikkerhet knyttes av Gordon og Weber (1984) til teknologiske endringer som krever redesign og nye kostnader som må dekkes av kjøperen, noe som kan føre til så høye administrative kostnader at det blir rimeligere å produsere dette selv. Andre faktorer som kan

påvirke beslutning om «make-or-buy» er eventuell tidligere erfaring med å produsere varen eller tjenesten, som kan påvirke produksjonskostnadene.

Gordon og Webers (1984) analyser visse spesifikke faktorer som påvirker en beslutningstaker før en tar beslutningen om «make-or buy». Det største faktoren var sammenligning av produksjonskostnader, mens andre nevnte faktorer var konkurransemarkedet, kostsetting av transaksjonskostnader for egenproduksjon som ikke samsvarte med ekstern leverandørs kostsetting (mismatch) og usikkerheter knyttet til volum og etterspørsel med eventuelle kostnader knyttet til reforhandling,

Videre viste også analysen til Gordon og Weber (1984) til faktorer som burde påvirket beslutningen om «make-or-buy». Kryss-funksjonell kommunikasjon om kunnskap og erfaring fra kjøper til selger kunne ha påvirket effektivitet, kvalitet og produksjonskostnader.

Gordon og Weber (1984) beskrev også kognitive prosesser som de ikke hadde inkludert i sine analyser. Dette er også noe som kan bidra til å forklare og styre valget mellom «make-or-buy». De tre prosessene som ble vurdert til å kunne påvirke beslutningen var vurdering av fluksjoner i volum, vurdering av data ut fra generell erfaring og vurderinger basert på generell erfaring foran data.

Dette kan sees som relevant for min problemstilling gjennom helseforetakenes beslutninger om «make-or-buy». Den nye innføringen av nøytral merverdiavgift kan ha redusert kostnadene knyttet til å kjøpe støttetjenester fra privat leverandør sammenlignet med å produsere tilsvarende støttetjeneste selv. Jeg vil kunne bruke dette for å se etter endringer som er gjort i praksis når man vurderer egenproduksjon mot kjøp fra private leverandører.

2.5.1 Andre insentiver til «make-or-buy»

Anderson og Weitz (1986) utarbeidet et rammeverk for å forsøke å forklare eller beskrive ulike variabler eller forhold som beslutningstakere bør ha med i vurderingen når de skal gjøre en beslutning om å produsere en tjeneste selv eller outsource tjenesten («make-or-buy»). Her definerte de beslutningen om «make» til å være at firmaet utførte aktiviteten selv med egne ansatte, og «buy» ble definert til at firmaet inngikk kontrakt med ekstern aktør for å utføre samme aktivitet eller tjeneste. Rammeverket utfordrer den tradisjonelle transaksjonskostteorien, som sier at organisasjoner oppnår best effektivitet gjennom å erstatte egenproduksjon («make») ved å la eksterne aktører levere tilsvarende tjenester («buy»). Det

pekes på hvordan store byråkratiske organisasjoner kan være ineffektive, for de ansatte skjermes fra konkurransekraftene i markedet, ledere kan ha vanskelig for å terminere ineffektive praksiser eller personell, fremmedgjøring som dyrkes fram på grunn av en stor organisasjon og den enkelte mellomleders mål ikke nødvendigvis henger sammen med organisasjonens prestasjon og ytelse. Andersson og Weitz (1986) utfordrer, som nevnt, disse synspunktene og beskriver under hvilke forhold organisasjoner bør gjøre det motsatte av det transaksjonskostteorien tilsier, altså å satse på egenproduksjon («make»).

Anderson og Weitz (1986) sitt rammeverk viser under hvilke forhold effektivitet kan forbedres ved å produsere tjenesten selv. Opportunisme pekes på som en stor kjeppest i hjulene for effektivitet både ved «make» og «buy», og flere av forholdene i rammeverket er knyttet til å redusere akkurat denne muligheten. Opportunisme defineres som å dra fordel av sine omstendigheter eller omgivelser, foran å følge prosedyrer eller formelle prinsipper. Firma kan møte opportunistisk oppførsel på flere nivå, både fra enkeltindivider i eget firma eller fra en konkurrent, eller fra konkurrerende firma i samme marked.

Anderson og Weitz (1986) beskriver hvordan man kan forsøke å redusere opportunisme i markedet hvor tjenesten man er ute etter produseres, gjennom å vurdere flere forhold knyttet til markedet og tjenesten:

- Bedriftsspesifikke kunnskaper eller evner defineres som den kunnskapen eller de evnene som er nødvendige for å kunne utføre tjenesten som etterspørres, kunnskapen om hvordan firmaet opererer og forholdet mellom de som utfører tjenesten og sluttbrukeren. Det kan være store kostnader, tidsbruk og opplærings- eller rekrutteringsvanskeligheter knyttet til erstatning eller opplæring av nytt personell. Graden av nødvendige bedriftsspesifikke kunnskaper/evner kan påvirke opportunistisk oppførsel fra personell som innehar de riktige kunnskapene eller evnene, for de kan forsøke å dra fordel av sin ekspertise.
- Stordriftsfordeler kan oppnås ved økt markedsaktivitet eller økt aktivitetsfrekvens som fører til reduksjon av direkte kostnader per enhet, noe som gir økte inntekter og produksjonserfaring til den som produserer tjenesten.

En sammenheng mellom behov for bedriftsspesifikke kunnskaper eller evner og mulighet for stordriftsfordeler, knyttet til produksjon av tjenesten man etterspør, kan redusere graden av konkurranse i markedet. I et marked med liten konkurranse kan egenproduksjon («make») redusere opportunistisk oppførsel fra leverandør, og det kan føre til økt fortjeneste dersom man oppnår stordriftsfordeler (Anderson og Weitz, 1986).

Anderson og Weitz (1986) viser også til en sammenheng av andre forhold knyttet til markedet og tjenesten, som kan gjøre det vanskelig å inngå kontrakter med eksterne leverandører:

- Økt usikkerhet i markedet hvor man etterspør en tjeneste kan være forårsaket av kompleksitetsnivå og turbulens. Dette er forhold som kan føre til at det blir vanskelig å spesifisere tjenesten man har behov for, altså må man ofte revurdere og evaluere tjenesten man skal ha etterspør. Dette kan påvirke både «make» og «buy» i den grad at det vil kunne være vanskelig å inngå kontrakt med ekstern leverandør siden man kan slite med å definere det man har behov for, og at dette vil være i konstant endring. Samtidig beskriver Andersson og Weitz (1986) hvordan det kan være enklere å omgjøre punkter i kontrakten med ekstern leverandør enn å måtte sørge for tilstrekkelig fleksibilitet internt i firmaet for å håndtere usikkerheten i markedet.
- Dersom det er problematisk å vurdere kvaliteten med produksjonsutbytte, vil det tilsi at det kan være vanskelig å måle en leverandørens effektivitet og kvalitet i sin leveranse.
- «Free-riding» blir definert som at noen aktører får fordeler i form av eksempelvis ressurser eller ytelser uten å måtte betale eller prestere noe for det. En leverandør kan dra fordel av et kjedenavn med godt rykte til å skaffe seg kontrakter, uten å bidra til å opprettholde ryktet. Årsaken til at de kan sluntre unna kan være at kundene deres har få alternativer eller at eierne ikke tror deres sløvheter vil bli oppdaget. Muligheten for freeriding er stor når aktiviteten til enkelte leverandører i et marked påvirker andre uten at de selv må bære kostnaden knyttet til fordelene de nyter.

Andersson og Weitz (1986) beskriver videre hvordan man kan kontrollere tap knyttet til liten konkurranse, usikkerheter, vanskeligheter med å måle kvalitet og «free-riding». Forhold som gjør det vanskelig å skrive, overvåke og håndheve kontrakter med leverandører, og aktører med opportunistisk oppførsel eller som er uflexible, kan reduseres ved hjelp av egenproduksjon («make»). Administrativ kontroll, gjennom egenproduksjon, kan redusere opportunistisk oppførsel og tap i netto effektivitet. Et firma kan håndheve større kontroll over egne ansatte enn over kontraktsbundne leverandører, gjennom prosedyrer og direktiv. De har også større mulighet til å kontrollere og revidere aktivitetene til egne ansatte, noe som også gir firma større fleksibilitet til å fjerne opportuniste før det oppstår mulighet eller ønske om slik oppførsel. Organisasjonskultur kan også bidra til å redusere opportuniste, gjennom å skape et engasjement og motivasjon hos sine ansatte for at et firma skal sine mål. De to

forholdene, administrativ kontroll og organisasjonskultur, kan bidra til å holde nede opportunistisk oppførsel ved egenproduksjon, men et firma må også vurdere andre forhold knyttet til egenproduksjon. Administrative overheadkostnader knyttet til egenproduksjon må også sees i sammenheng med det man kan tjene på å produsere tjenestene selv («make»).

Oppsummert var det fem punkter Anderson og Weitz (1986) pekte på som kunne tilsi at et firma burde satse på egenproduksjon foran å kjøpe tjenesten fra ekstern leverandør:

1. grad av konkurranse i markedet var redusert
2. grad av prestasjonsytelse kunne vurderes ut fra output measures var redusert
3. økt potensial for free riding
4. økt usikkerhet i markedet grunnet høye bedriftsrelaterte kunnskaper/evner
5. økt aktivitet/forekomst av tjenesten

I motsatt tilfelle vil det være en fordel for firmaet å gjøre en beslutning om å «outsource» tjenesten («buy»).

2.6 Tidligere studier

Spesialisthelsetjenesten har vært tema i flere studier, men ettersom innføring av nøytral merverdiavgift er relativt nytt er det ikke gjort studier på denne i tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Det er derimot gjort studier på kompensasjonsordningen som ble gjort for kommunene i 2005. Jeg har først fokusert på studier gjort på endringsprosesser i spesialisthelsetjenesten, og til slutt studier gjort på merverdiavgiftkompensasjon i andre offentlige virksomheter.

2.6.1 Studier om endringsprosesser i spesialisthelsetjenesten

Sætermo (2018) gjorde et studie av implementeringsprosess i foretaksgruppen i Helse Nord med fokus på miljø, og forsøkte å belyse sammenhengen mellom det som skjer i styringslinjen og de aktivitetene som foregår på foretaksnivå. Studiet konkluderte med at det er en liten sammenheng. Dette kan være et tegn på at innføringen av finansieringsordningen om nøytral merverdiavgift i helseforetakene muligens ikke påvirker det som skjer på foretaksnivå i så stor grad som man forventet.

Knudsen og Skjelvik (2012) gjorde et annet studie om hvilken betydning krav fra Helse og Omsorgsdepartementet hadde for styringen av en sykehusklinikk og hva som førte til

handling. Oppgaven var basert på kritikk fra Riksrevisjonen om økonomistyringen i helseforetakene, og et ønske om å belyse hva OD som styringsverktøy betydde for klinikkene på laveste nivå i et helseforetak. Her beskriver de hvordan krav og mål fra OD innfris av klinikkene. Deres funn resulterte i en konklusjon som var tredelt. Det første funnet viste at veien mellom krav og handling kunne være lang. Det andre funnet viste at krav fra oppdragsdokumentet fungerte legitimerende på ulike beslutninger og argumentasjoner. Det siste funnet viste at kommunikasjon om kravene var kritiske suksessfaktorer for å nå ønsket handling. Funnene fra Knudsen og Skjelvik (2012) kan vise seg å være relevante for å forklare den eventuelle endring i praksis i helseforetakene etter innføringen av nøytral merverdiavgift. I slutten av oppgaven sin kom Knudsen og Skjelvik med forslag til videre forskning, hvorav et forslag var å undersøke måloppnåelsen for krav fra oppdragsdokumentet over noen år. Gjennom oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet 1) til et av de regionale helseforetakene i 2017 ytret departementet sin forutsetning om at det regionale helseforetaket skulle sette seg inn i Prop. 1 S (2016-2017) hvor innføringen av ordningen med nøytral merverdiavgift i helseforetakene er en del av profilen til budsjettforslaget til 2017 (Helse- og omsorgsdepartementet 2). Det innebærer at denne oppgaven vil bidra til å fylle et lite hull i forslag til videre forskning fra Knudsen og Skjelvik (2012).

Grongstad og Nilsen (2012) har gjort et studie om endringsprosessen i et helseforetak, basert på ledelse og implementering av vedtak. Studien analyserer problemer med å gjennomføre strukturelle endringer vedtatt i styrene til regionale helseforetak og underliggende helseforetak. Studiet avdekket dekobling i styringssløyfa og det ble stilt spørsmål til hvorfor det ikke medførte noen konsekvens å ikke gjennomføre vedtak eller forhindre dekobling. Et av punktene som ble vurdert til å bidra til dekobling var mangel på kommunikasjon, og uklare vedtak som åpnet opp for spill mellom prinsipal og agent. Funnene i undersøkelsen viser at det har vært mangelfull involvering og prosesser i forkant av vedtak om endringer. Et annet punkt de problematiserer og peker på som kritisk for en vellykket endring i helseforetakene, er tilstrekkelig kompetanse til å lede endringen som forventes. Dette vil også kanskje bidra til å forklare hvorfor implementering av den nøytrale merverdiavgiften har gitt de endringene man ønsket og redusert insentivet til egenproduksjon og mindre konkurranse i markedet. Grongstad og Nilsen (2012) foreslo å forske videre på hvordan man kan styrke samarbeid i helseforetakene, og hvordan man bedrer lederstøtte. Denne oppgaven vil mulig være relevant

til å belyse hvordan samarbeidet er mellom helseforetak, i den grad de har lik eller ulik praksis etter innføringen av nøytral merverdiavgift.

2.6.2 Studier om merverdiavgiftskompensasjon i andre offentlige virksomheter

Giske (2012) har gjort et studie om styring av norske kommuner og om det finnes noen sammenhenger mellom måten å styre på og læringseffekter. I denne oppgaven belyses styringsutfordringene for norske kommuner grunnet markedssvikt som følge av kollektive goder, og disse blir beskrevet fra et tilbuds- og etterspørselsperspektiv. I denne oppgaven blir innføring av merverdiavgiftskompensasjonsloven beskrevet som et eksempel på å innføre markedsmessige vurderinger i offentlig sektor, her kommuner. Studiet viser også til at tjenester som er tilnærmet gratis har en tendens til «overkonsum», og tilbudet kan skape sin egen etterspørsel. De to offentlige virksomhetene – kommune og spesialisthelsetjenesten – har flere likheter. De er like i den grad de yter tjenester til befolkningen som befolkningen har krav på, og det kan være vanskelig å forholde seg til en markedspris, sammenlignet med private virksomheter. Det er politikere som vedtar budsjett og økonomiplaner. Giske (2012) beskriver utfordringer knyttet til å måtte forholde seg til politiske prioriteringer, blant annet beslutninger preget av makt, opportuniste og flyktige allianser. Et av særtrekkene Giske (2012) peker på som gir styringsutfordringer er spesielt relevant i min oppgave. Han peker på det han kaller for «statens innføring av markedsmekanismer» i styring av kommuner, og innføringen av merverdiavgiftskompensasjonen vil da være en slik innføring, som nevnt ovenfor. Giske (2012) konkluderer studiet sitt blant annet med at kommuner bør ha både et resultatfokus og et kvalitativt fokus med å være en lærende organisasjon for å oppnå bedre effektivitet, og foreslår for videre forskning hvorfor det er slik. Det som kan godt å ha med seg videre fra dette studiet er sammenhengene mellom innføringen av «markedsmekanismer» fra staten og de utfordringene dette kan gi i de virksomhetene som blir påvirket av innføringene. Videre vil det da være interessant å se hvordan innføring av nøytral merverdiavgift i helseforetakene faktisk har hatt effekt på deres tidligere praksis.

2.7 Sammendrag av den teoretiske diskusjonen i oppgaven

Det teoretiske rammeverket som er presentert i dette kapitlet legges til grunn for å kunne besvare problemstillingen. Kapitlet starter med å beskrive hvordan spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert, og videre belyse økonomistyring fra flere ulike perspektiv, med en

beskrivende tilnærming på temaet. Spesialisthelsetjenesten er preget av kontroll og inntrykk fra flere ulike hold, både horisontalt og vertikalt i samfunnet. Busch (2004) belyser flere utfordringer helseforetakene kan møte gjennom organisering og styring i spesialisthelsetjenesten. Dette kan bidra til å beskrive hvordan innføring av en ny finansieringsordning er et forsøk på at helseforetakene skal nå regjeringens mål om økt effektivisering og ressursutnyttelse.

Boxembaum & Jonsson (2017) har sett på sammenhenger mellom press fra ulike aktører og hvordan dette kan resultere i at offentlige organisasjoner stadig blir mer like. Dette er sentralt for å beskrive hvordan helseforetakene kan forsøke å nå de effektiviserings- og legitimeringskrav fra sine eiere. Weick (1979), Busch & Ramstad (2006) og Boxembaum & Jonsson (2017) har forsøkt å beskrive hvordan flere forhold knyttet til nye strukturelle forhold eller atferd kan føre til dekobling eller løs-kobling. Noen av disse forholdene er knyttet til at endringer som blir påkrevd fra eiere ikke nødvendigvis trenger ned til nivået hvor aktivitetene forgår, slik som tidligere studier viser.

Gordon & Weber (1984) har fra et transaksjonskostteoretisk perspektiv belyst hva som bør ligge til grunn for beslutninger om «make-or-buy». Anderson & Weitz (1986) viste gjennom sitt rammeverk andre insentiv som kan være relevant i en beslutningsprosess om egenproduksjon av tjenester eller å kjøpe disse fra eksterne leverandører.

Teoriene kan kombineres ved at man ser at likheter mellom krav ovenfra ikke nødvendigvis når ned til der aktivitetene gjennomføres på helseforetakene. Busch (2004), Sætermo(2018), Knudsen & Skjelvik (2012) og Nilsen & Grongstad (2012) viser alle til ulike perspektiver på samme type utfordringer knyttet til endringsprosesser som iverksettes ovenfra og ned. Formål med de systemene eller kravene som settes til helseforetakene henger ikke nødvendigvis så godt sammen med det som faktisk skjer.

3 Metode

Dette kapitlet starter med å presentere studiens vitenskapsteoretiske ståsted, videre vil forskningsdesign og metodevalg følge. Neste del av kapitlet vil beskrive dataanalysen for denne studien, vurdere studiens kvalitet og avslutte med en del om forskningsetikk.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vitenskapsteori eller –filosofi er studiet av ulike vitenskaper. En av disse vitenskapene er samfunnsvitenskapen, som studerer hvordan mennesker opplever virkeligheten. Virkeligheten er en samling av gjenstander, personer, samhandlinger, erfaringer og fortolkninger (Johannessen m.fl, 2011). De underliggende filosofiske perspektivene til denne studien kan påvirke kvaliteten, og viser hvilke prinsipper som ligger til grunn for forutsetninger som blir gjort i denne oppgaven. Det vitenskapsteoretiske ståstedet legger fundamentet for valg av metode og forskningsdesign. Vi skiller mellom tre sentrale begreper: Ontologi, epistemologi og metodologi (Easterby-Smith m.fl, 2015).

Ontologi er læren om hvordan mennesket oppfatter verden, og hva man legger til grunn for sin virkelighet (Justesen og Mik-Meyer, 2010). I samfunnsvitenskapen skiller man primært mellom «internal realist», relativisme og nominalisme. Denne oppgaven er basert på relativistisk ontologi, som aksepterer at det finnes ulike fenomen i menneskets virkelighet som defineres og oppleves ulikt av forskjellige personer. Deres virkelighet og faktagrunnlag er preget av deres omgivelser, i tid, sted og rom. Altså er det ikke bare en virkelighet å forske på, men det finnes mange perspektiver på samme fenomen (Easterby-Smith m.fl, 2015).

Epistemologi er læren om kunnskap og innsikt, om hvordan mennesket erkjenner sin virkelighet (Justesen og Mik-Meyer, 2010). Det handler om hvordan man vet det man vet, og skiller mellom det fysiske (objektive) og det sosiale (subjektive). Denne studien anerkjenner at menneskets virkelighet defineres av mer enn bare det fysiske og målbare. Deres virkelighet er også et resultat av deres opplevelser og oppfatning av situasjoner de møter (Easterby-Smith m.fl, 2015). Altså kan forskeren forsøke å synliggjøre en objektiv virkelighet gjennom å få fram en eller flere sanne subjektive kunnskaper om problemet (Jacobsen, 2015).

Jacobsen (2015) beskriver to tilnærminger som knytter sammen ontologi og epistemologi, og det er hermeneutikk og positivisme. Positivismen har et fokus på at man gjennom ulike metoder kan avdekke en objektiv virkelighet, men hermeneutikken hevder at det bare er subjektive tolkninger om virkeligheten. Denne studien har en hermeneutisk utgangspunkt, og

vil ha fokus på å tolke meningsinnholdet i det som avdekkes gjennom den vitenskapelige metoden (Busch, 2015).

Forskeren kan tilegne seg den subjektive kunnskapen om den objektive virkeligheten gjennom ulike teknikker, også kalt metoden. Disse teknikkene har ulike metodologiske tilnærminger. Jacobsen (2015) skiller mellom induktiv og deduktiv tilnærming, hvor forskjellen er om man bruker teori for å forklare empiri (deduktiv), eller motsatt bruker empiri for å styrke en teori (induktiv). Dette studiet er basert på å finne ut hvordan virkeligheten er i helseforetakene, og det søkes etter empiri basert på det teoretiske rammeverket som er satt opp tidligere i oppgaven, altså en deduktiv tilnærming.

3.2 Forskningsdesign

Forskningsdesign kan defineres som studiens rammeverk for hvordan man skal gå fram for å gjennomføre forskningen fra start til slutt. Det må tas stilling til hva og hvem som skal undersøkes og hvordan man skal gjennomføre undersøkelsen (Johannessen m.fl, 2011). Forskningsdesignet skal si noe om hvordan man organiserer forskningsaktivitetene, og hvordan disse skal bidra til å besvare problemstillingen. Forskeren må gjøre valg som forklarer hvilken data som skal samles inn, i tillegg til hvordan og hvor man skal skaffe denne dataen. Videre skal forskeren også forklare hvordan dataene som bli innsamlet skal analyseres og hvordan analysen skal kunne bidra til å besvare problemstillingen (Easterby-Smith m.fl., 2015).

Forskningsdesignet varierer ut fra hvilken vitenskapsteoretiske ståsted studien er bygd opp på. Undersøkelsens validitet vil bli påvirket av at det designet man velger henger sammen med det vi ønsker å forske på, og at det er egnet for å bidra til å besvare problemstillingen. Ulike forskningsdesign har forskjellige styrker og svakheter (Jacobsen, 2015).

Jacobsen (2015) skiller mellom intensive eller ekstensive forskningsdesign. Ekstensive forskningsdesign har ofte til hensikt å få fram hvor vanlig et fenomen er, og legger opp til å undersøke mange enheter med få variabler. Slike forskningsdesign har ofte mål om å kunne bruke funnene for å generalisere fra et utvalg til en populasjon. Fordelen med ekstensivt design er at det ofte er et godt utgangspunkt for statistisk generalisering, men en generell tilnærming til et fenomen kan ikke fange opp alle nyanser. Mangel på nyanser kan også gjøre at de som blir studert ikke kjenner seg igjen i funnene som blir presentert i en forskning. Intensivt forskningsdesign har på den andre siden ofte til hensikt å få en detaljert og grundig

forståelse av et fenomen. Slike forskningsdesign undersøker ofte få enheter med mange variabler. Forskeren er her ute etter å belyse hvordan virkeligheten er og hvordan den oppfattes, og hvilken sammenheng ulike variabler har. Fordelen med et intensivt forskningsdesign er at de som blir studert lett kan kjenne seg igjen i det som blir presentert fra forskningen, og man har et godt grunnlag for å formulere allmenngyldige teorier. Denne studien har ikke som formål å generalisere funnene til hele populasjonen, men ønsker å finne ut om det har hatt en effekt sammenlignet med insentivene til helsemyndighetene. Dette passer også med et intensivt design.

Denne studien baseres på et intensivt forskningsdesign, hvor beslutningstakere i noen helseforetak kan beskrive hvordan innføringen av nøytral merverdiavgift har påvirket deres virkelighet, for så å se dette i sammenheng med intensjonen med innføringen.

3.2.1 Data

Forskning skiller mellom kvalitativ og kvantitativ data. Easterby-Smith m.fl (2015) definerer kvalitativ data som ikke-numerisk informasjon. Primært er det informasjon om hva informanter har sagt eller gjort, og blir produsert gjennom en interaktiv og fortolkende prosess. Forskeren har en aktiv del i produksjonen av kvalitativ data. Informasjonen kan dokumenteres gjennom: opptak og transkribering, notater om observasjoner, bilder, video eller dokumenter for gir innblikk i hva som blir sagt eller gjort. Kvantitativ data defineres som numerisk informasjon, altså data som beskriver virkeligheten i form av tall. Jacobsen (2015) viser hvordan tall kan ha ulik betydning og mening. Tall kan symbolisere antall, målesystem, penger, noe som defineres som rene eller naturlige tall. Tall kan også symbolisere en skala som hjelper informanten å sette et tall for å beskrive sin oppfatning eller virkelighet om et fenomen (eks: Hvor fornøyd er du med regnskapssystemet deres? Ranger på en skala fra 1 til 5). Videre beskriver Jacobsen (2015) hvordan forskeren må vurdere hvilken informasjon man trenger for å besvare spørsmål knyttet til problemstillingen sin.

Det skilles mellom primær- og sekundærdata. Primærdata defineres som original informasjon som blir produsert spesifikt for å besvare forskningens problemstilling. Primærdata hentes direkte fra personer eller grupper, og er opplysninger som samles inn for første gang (Jacobsen, 2015). Denne type data blir primært samlet inn direkte av forskeren og kan direkte relateres til forskningen. Eksempler på primærdata er direkte kommunisert informasjon mellom informant og forsker, observasjoner eller spørreskjema (Easterby-Smith m.fl., 2015).

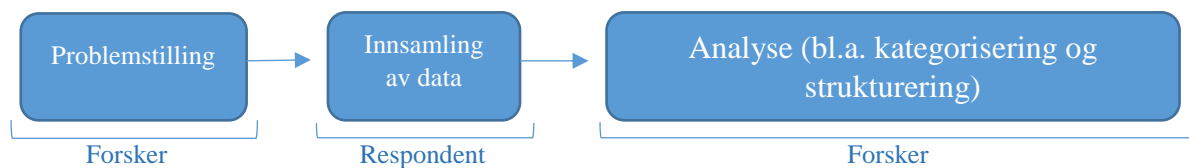
Sekundærdata defineres som nedskrevet informasjon som er produsert til et annet formål enn forskningen, men kan fortsatt ha en forskningsverdi. Formålet med å bruke sekundærdata i forskning er ofte å støtte opp eller forklare primærdata. Eksempler på sekundærdata er møtereferat, organisasjonsrapporter, artikler og blogg. Fordelene med sekundærdata er blant annet tidsbesparelse for forskeren, den er ofte preget av høy kvalitet og det er mulighet for historisk informasjon. Utfordringene med sekundærdata kan være at informasjonen ikke passer helt til problemstillingen og tilgang kan være krevende å skaffe (Easterby-Smith m.fl., 2015).

Denne studien vil basere seg på kvalitativ data for å beskrive hvilken effekt innføring av nøytral merverdiavgift har hatt for beslutningstakere i helseforetakene. Ettersom det vitenskapsteoretiske ståstedet studien baserer seg på anerkjenner at det finnes flere virkeligheter, som defineres av aktører som opplever det, er det behov for data som viser det som blir sagt og gjort hos av beslutningstakere i helseforetakene. Forskningsmetoden for denne studien vil praktiseres gjennom et intervjustudie, som ifølge Tanggaard & Brinkmann (2012) er den mest utbredte metoden for kvalitativ forskning.

3.2.2 Datainnsamling

Denne intervjustudien vil basere seg på kvalitativ data, som har høyere relevans for dem som blir undersøkt (Jacobsen, 2015). Dette henger også sammen med at det skal være et intensivt forskningsdesign, med få respondenter og mange variabler (Busch, 2013). Denne studien er interessert i å gå inn i dybden i helseforetakenes beslutningsprosesser og nyanser mellom vurderinger som gjøres av individer i en stor organisasjon. Videre herfra blir studien definert ut fra en kvalitativ metode, som defineres av å undersøke et begrenset antall enheter for å samle inn et mangfold av virkeligheter knyttet mot et fenomen, som også får fram variasjon (Jacobsen, 2015).

Jacobsen (2015) viser hvordan forskeren bør gjennomføre en kvalitativ tilnærming på datainnsamlingen:



Figur 4 – Grad av åpenhet i den kvalitative tilnærmingen (Jacobsen, 2015:128)

Det er flere kvalitative metoder for å samle inn data, og hvilken metode man benytter seg av i studien kan ha en påvirkning på forskningens validitet. Jacobsen (2015:145) definerer fire ulike metoder for datainnsamling:

1. Det individuelle, åpne intervjuet mellom informant og forsker
2. Fokusgruppeintervju, hvor en gruppe diskuterer et tema, og forskeren kan delta som observatør, tilhører eller ordstyrer.
3. Observasjon, hvor forskeren observerer personer i sine handlinger og interaksjoner.
4. Dokumentanalyse, hvor forskeren benytter sekundærdata som har blitt samlet inn av andre.

Denne studien vil benytte seg av åpne individuelle intervju, for å besvare om beslutningsprosessene i helseforetakene, knyttet til egenproduksjon eller kjøp av støttetjenester fra private, har endret seg etter innføringen av nøytral merverdiavgift 1.1.2017.

Åpne individuelle intervju samler inn data fra informanter gjennom dialog med forskeren. Da samles det inn kvalitativ primærdata i form av ord, enten ansikt-til-ansikt, telefon eller Internett. Denne datainnsamlingsmetoden egner seg best når man skal undersøke relativt få enheter, man er interessert i oppfatninger til de enkelte individene og hvordan den enkelte fortolker et spesielt fenomen (Jacobsen, 2015). Dette passer sammen med at man vil se om innføringen av ny finansieringsordning til helseforetakene har påvirket beslutningene som gjøres, og dersom disse beslutningene blir tatt på ulike nivå, vil det være interessant å samle inn data fra individuelle oppfatninger av fenomenet.

Intervjuene i denne studien vil enten foregå tradisjonelt ansikt-til-ansikt, eller benytte seg av den teknologiske utviklingen som har gjort det mulig å ta intervju over Skype med video. Dette kan være hensiktsmessig ettersom Helse Nord sine helseforetak strekker seg fra

Helgeland i sør til Finnmark i nord. Det er fordeler og ulemper med å utføre intervju på ulike måter, og ansikt-til-ansikt er den sterkeste formen for intervju. Jacobsen (2015) har laget en tabell med oversikt over ulike intervju typers sterke og svake sider, og det er tatt ut deler av tabellen som er aktuell for dette studiet:

Intervjuetype	Sterke sider	Svake sider
Ansikt-til-ansikt (fysisk møte mellom intervjuer og intervjuet, synkron)	God til å etablere tillit og åpenhet. God flyt i samtalen, som regel mindre distraksjoner i løpet av intervjuet (konsentrasjon rundt intervjuet). Intervjuer kan observere og har dermed kontroll over intervjusituasjonen.	Høye kostnader fordi metoden er synkron (intervjuer må være til stede under hele intervjuet). Enkelte respondenter vil være vanskelig å få tak i (geografisk og sosial isolasjon), og enkelte vil kvie seg for å stille til slike intervjuer. Intervjueffekten er potensielt sterk.
Telefon (ikke fysisk møte mellom intervjuer og intervjuet, synkron)	God flyt i samtale, konsentrasjon rundt samtalen. Lavere kostnader enn ansikt-til-ansikt fordi intervjuer slipper å flytte seg fysisk. Lettere å få tilgang til personer som er geografisk eller sosialt isolert. Noe mindre intervjueffekt enn ansikt-til-ansikt.	Svakere på å etablere tillit og åpenhet. Intervjuer mister kontroll over intervjusituasjonen (en svak side som minskes hvis det er snakk om bildeoverføring, f.eks. via Skype).

Tabell 1 – Sterke og svake sider ved ulike intervju typer (Jacobsen, 2015:148).

Samtidig har bruk av intervjuform som videokonferanser (eks. Skype med video) gjort skillet mellom ansikt-til-ansikt og intervju over Internett mindre (Jacobsen, 2015). Altså er Skype med video et godt alternativ dersom man skal foreta seg et intervju med informant hvor det er stor avstand, slik som det kan vise seg å være i dette studiet. Reise til f.eks. Finnmark eller Helgeland kan være kostbart i tid og penger, og da kan Skype med video være en god erstatting for ansikt-til-ansikt intervju.

Intervjuet kan ha ulike grader av begrensninger eller styring fra forskerens side, og graden fastsettes før intervjuene blir gjennomført. Pre-strukturering kan defineres som at man på forhånd har fastsatt noen tema eller emner som intervjuet skal konsentrere seg om. Dette er en måte å fokusere intervjuet til de temaene man ønsker å samle informasjon om gjennom å ha intervju. Pre-struktureringen bidrar til å begrense og redusere graden av åpenhet i et intervju (Jacobsen, 2015).

3.2.3 Intervjuguide

Pre-struktureringen gjøres i dette studiet gjennom å sette opp en intervjuguide med tema i fast rekkefølge og kun åpne svar. Da vil åpenheten reduseres, men det er mulighet for å konsentrere seg om relevante hovedtema for problemstillingen. I intervjuguiden vil det settes opp noen hovedtema basert på det teoretiske rammeverket, med noen hjelpespørsmål som kan bidra til å holde dialogen gående. Dette skal ikke begrense informantenes egen mulighet for å ta opp tema, men vil fungere som en rød tråd gjennom intervjuet. Altså vil intervjuene ha en middels strukturingsgrad (Jacobsen, 2015), eller være semi-strukturert (Brinkmann og Tangaard, 2012).

3.2.4 Utvelgelse av informanter

Utvelgelse av informanter til en intensiv kvalitativ studie, er som allerede nevnt tidligere kjennetegnet ved at man undersøker få enheter, med den hensikten å få en detaljert og grundig forståelse av et fenomen. Jacobsen (2015) beskriver hvordan en kvalitativ studie må ha en øvre grense for informanter, for datainnsamlings- og analysemetodene er tidkrevende. I denne studien vil vi holde intervju med respondenter, som er personer med direkte kjennskap til beslutningsprosessene knyttet til vurderingen av egenproduksjon eller kjøp av støttetjenester i helseforetakene. I kvalitative studier er målet med utvelgelsen at respondentene har nødvendige forutsetninger for å gi informasjon om temaene som inngår i problemstillingen (Busch, 2013).

Den teoretiske populasjonen som er interessant for denne studien er alle helseforetakene i Norge, men begrensninger i tid, penger og analysemuligheter innebærer at populasjonen må reduseres. Dette studiet har valgt å begrense utvalget til en helseregion – Helse Nord, grunnet bosted i regionen. Videre ville det vært optimalt å samle inn data fra alle helseforetakene i regionen, men studiet vil begrense seg til tre helseforetak, for å ha et sterkere

sammenligningsgrunnlag enn om man kun forholdte seg til to helseforetak. Studiet må også ta hensyn til et tidsperspektiv, og i dette studiet vil det være nødvendig at helseforetakene har hatt aktivitet før innføringen av nøytral merverdiavgift 1.1.2017, og utføre helsetjenester. Altså er det naturlig at apotekforetaket og IKT-foretaket ekskluderes fra utvelgelsen.

Utvalgskriteriene for dette studiet er en kombinasjon av ulike utvalgsmetoder, og det er dratt nytte av fleksibiliteten ved kvalitative metoder (Jacobsen, 2015). I første omgang var det nødvendig å lage en plan for antall respondenter til undersøkelsen. Helseforetakene er organisert med en klinikkmodell med ulike ledernivå (Nordlandssykehuset, 2014), og det foregår forskjellige aktiviteter og beslutninger på de ulike nivåene. Det er derfor av interesse å samle inn data fra flere ledernivå i tre ulike helseforetak i et regionalt helseforetak, Helse Nord. De regionale helseforetakene har flere underliggende helseforetak som utfører helsetjenester, og disse er av ulike størrelser. Helseforetakene anonymiseres ved å bli omtalt som helseforetak 1, 2 og 3. Hvert helseforetak bør optimalt representeres med to til tre respondenter på ulike ledernivå, som arbeider med støttetjenester i sitt respektive helseforetak.

Utvelgelsen av respondenter fra de enkelte helseforetakene starter med en strategisk utvelgelse av personer fra målgruppen (Johannesen m.fl., 2011), for så å gjennomføre noen intervju, og åpne opp for forslag til andre respondenter i samme eller andre helseforetak (snøballmetoden) (Jacobsen, 2015). Planen var da at de første respondentene skulle bli utvalgt gjennom sin stilling i helseforetakene i Helse Nord. Videre skulle jeg bli anbefalt andre respondenter i organisasjonen eller regionen, som kunne bidra med informasjon for å besvare problemstillingen.

3.3 Metodevalg

Studien er innmeldt til norsk senter for forskningsdata (NSD), og her ble det tatt stilling til hvilke personopplysninger som skulle benyttes i studien, og hvordan disse skulle håndteres (vedlegg 1). Studien ble behandlet og godkjent av NSD 08.03.2019 (vedlegg 2).

Jeg startet intervjustudien med å pre-strukturere intervjuene i samarbeid med veileder. Dette ble gjort gjennom å utarbeide en intervjuguide som var inndelt i fire hoveddeler (vedlegg 3). Intervjuguiden er forankret i det teoretiske rammeverket, og bygd opp for å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte. Intervjuguiden er kategorisert med følgende rekkefølge: fakta om respondent, virkeligheten før og etter innføring av nøytral

merverdiavgift og til slutt en refleksjonsdel for respondentene. Denne inndelingen skulle gjøre det enklere å skille mellom før- og etter-situasjonen i helseforetakene i forbindelse med innføringen av nøytral merverdiavgift 1.1.2017. Hver hovedkategori hadde hjelpespørsmål, som jeg ønsket at respondentene skulle snakke om i løpet av intervjuet, men primært var det et ønske om at respondentene beskrev sin tolkning av situasjonen i sitt helseforetak. Dersom temaet ikke kom naturlig fra dialog mellom intervjuer og respondentene, ble det tatt opp av intervjuer.

I forkant av hvert intervju fikk respondentene sendt en samtykkeerklæring med informasjon (vedlegg 4), som ga respondentene en kort informasjon om formålet med intervjuene og en oversikt over hovedkategoriene i oppbygningen av intervjuet. Respondentene måtte også samtykke til hvordan personopplysninger ville bli behandlet fram til prosjektets slutt, og hva som kunne publiseres i selve oppgaven. Respondentene ga sitt samtykke til å gjenkjennes gjennom stillingstittel i et helseforetak i Helse Nord, men etter vurdering med veileder ble det vurdert som unødvendig å publisere stillingstittel og helseforetak. Stillingstittelen og navngitt helseforetak har ingen verdi for dette studiet, og man beskriver respondentene ut fra ulike ledernivå.

Intervjuprosessen ble startet med å kontakte to ledere på nivå 3 i helseforetak 1 og 2 via e-post 20.02.2019, hvor jeg la ved et brev om mitt studie og forespørsel om deltakelse i et kvalitativt intervju (vedlegg 5). Innen en uke fikk jeg tilbakemelding fra respondentene, som bekreftet at de var villige til å delta i studiet. Jeg fikk også anbefalinger om andre aktuelle respondenter i de tilhørende helseforetakene i ledernivå 3 og 4, i tillegg til en respondent i helseforetak 3 på ledernivå 3 og 4. Jeg fikk bekreftet intervju med 2 respondenter i hvert av de utvalgte 3 helseforetakene, og alle var villige til å la seg intervju. Det ble gjennomført semi-strukturerte intervju med alle respondentene. Tre av intervjuene ble holdt fysisk og de resterende tre ble holdt over skype med video. Respondentene hadde tett kalender, men var svært positive til å delta på intervju, og synes problemstillingen var interessant. Intervjuene ble holdt i tidsrommet 5.-19. mars 2019. Med hensyn til taushetsplikten blir det ikke informert annet om informantene enn at de tilhører en av tre helseforetak i Helse Nord. Behov for å skille respondentene i ulike helseforetak ligger til å kunne besvare forskningsspørsmål om å sammenligne praksis i helseforetakene.

Oversikt over tilhørende helseforetak, varighet og hvordan intervjuene ble gjennomført:

	Varighet	Gjennomføring	Helseforetak
Respondent 1	50min	Fysisk	Helseforetak 1
Respondent 2	1t 10min	Fysisk	Helseforetak 2
Respondent 3	1t 15min	Fysisk	Helseforetak 1
Respondent 4	50min	Skype	Helseforetak 3
Respondent 5	45min	Skype	Helseforetak 2
Respondent 6	40min	Skype	Helseforetak 3

Tabell 2 – Oversikt over intervju med respondenter

Det ble benyttet lydopptak til alle intervjuene, som de samtykket til i det nevnte samtykkeskjema, i tillegg til notater som ble skrevet under intervjuene. Lydopptakene ble transkribert kort tid etter lydopptakene, for å kunne gjøre de refleksjonene som var nødvendig etter intervjuet og evaluere før neste runde. Transkriberingen ble også anonymisert i tråd med denne oppgaven. Opptakene av intervjuene ble slettet etter fullført transkribering.

3.4 Analyse av innsamlet data

Etter man har samlet inn data fra respondenter i en studie må dataen analyseres. Jacobsen (2015) beskrev behov for å starte med å redusere kompleksiteten i de kvalitative dataene som ble samlet inn, noe man kan gjøre ved å forenkle og strukturere informasjonen. Analysen skal videre finne mønstre, avvik eller årsaker for handlinger.

Denne studien startet allerede å kategorisere data som skulle samles inn gjennom pre-struktureringen. Intervjuguiden delte intervjuet inn i 4 deler, hvor den første delen bare var fakta om respondenten for å kunne si noe respondentens kvalifikasjoner til å si noe om og bidra til problemstillingen, og organiseringen av støttetjenester i deres helseforetak. Videre var den delt inn i hvordan beslutninger ble tatt knyttet mot egenproduksjon eller innkjøp av tilsvarende støttetjenester fra private leverandører i forkant av innføringen av nøytral merverdiavgift, etter innføringen og respondentenes refleksjoner rundt innføringen. Pre-struktureringen bidro til at man raskt kunne starte å kategorisere og tolke data som var transkribert og se det i sammenheng med studiets teoretiske rammeverk. Notater som også ble

tatt under intervjuene ble også brukt for å se en sammenheng eller mønster mellom teori og informasjonen som var samlet inn fra respondentene.

De transkriberte intervjuene ble kodet, for å skape bedre systematikk over innsamlet data. Det ble benyttet induktiv koding (Easterby-Smith m.fl, 2015) av transkriberingene, hvor kodene ble laget i etterkant av intervjuene, og basert på innholdet i svar og spørsmål. Kodene ble overført til en kodebok (vedlegg 6). Videre ble kodene kategorisert igjen, basert på pre-struktureringen av intervjuene, for å skape et mer oversiktlig sammenligningsgrunnlag for analysen (Easterby-Smith m.fl., 2015).

3.5 Studiens kvalitet

Jacobsen (2015) stiller to krav for at studien skal tilfredsstillere krav om kvalitet, og det er gyldighet og troverdighet. Forskeren skal sørge for at dataene man samler inn, har en sammenheng med problemstillingen og de spørsmålene man ønsker å få besvart gjennom studiet. Forskeren må ha fokus på å være kritisk i sin analyse av data, og redegjøre hvilke tiltak man har gjort i studiet for å sikre kvaliteten (Busch, 2013).

3.5.1 Validitet

Jacobsen (2015) definerte validitet eller gyldighet til to ulike forhold; intern og ekstern validitet. Intern validitet sier noe om hvor stor grad beskrivelsen og konklusjonen av en virkelighet er sann og troverdig, basert på innsamlet data (kasualitet). Ekstern validitet sier noe om i hvor stor grad man kan generalisere de funnene forskeren har gjort i studien.

Kasualitet sier noe om sammenhengen mellom årsak og virkning. I sosiale systemer defineres casualitet som:

«Hvis A (årsak), så x % sannsynlighet for at B (virkning) skal inntreffe» (Jacobsen, 2015, s.93)

Samfunnsvitenskapen skiller mellom to tilnærminger for å se sammenhengen mellom årsak og virkning, varians- og prosesstilnærming. Jacobsen (2015) viser til Illari & Russo når han beskriver varianstilnærming, og hvordan tre krav skal være tilfredsstillt for å forsvare en sammenheng mellom årsak og virkning.

1. Samvariasjon mellom det forskeren antar er årsaken, og det man antar er tilhørende virkning.
2. Tidsaspekt – årsak og virkning må ha en nærhet i tid, og årsak må forekomme før virkningen
3. Kontroll over andre relevante forhold som kan ha påvirket virkningen

Videre viser Jacobsen (2015) til Van de Ven når han beskriver hvordan prosesstilnærming fokuserer på at to forhold henger kausalt sammen, og at man med denne tilnærmingen vektlegger hvordan forhold henger sammen, og ikke bare at de henger sammen. Her forutsettes det at forskeren har en beskrivelse av årsaken og virkningen, og kan plassere disse i et tidsaspekt som i punkt 2 ovenfor, i tillegg til å kartlegge hendelser som fører fram til effekten. Forskeren må vise hvordan hver enkelt hendelse henger sammen og påvirker hverandre, og fører til den observerte effekten.

3.5.2 Reliabilitet

Forskeren skal sørge for at data som blir samlet inn skal være pålitelig og troverdig. Leseren må kunne stole på informasjon som blir presentert i studien. Datainnsamlingen og presentasjonen av den bør presenteres på en troverdig måte (Jacobsen, 2015). Busch (2013) beskriver hvordan pålitelighet måles gjennom hvor godt forskeren måler det som måles, altså at man kan stole på den dataen som er samlet inn. Reliabiliteten ble sikret ved at man gjorde opptak av intervjuene og gjennomførte transkriberingen kort tid etter intervjuene uten ytre forstyrrelser.

3.6 Forskningsetikk

Forskning må forholde seg til flere etiske dilemmaer når man henter informasjon fra respondenter.

Forskeren må reflektere over hvilke personopplysninger man trenger for å besvare sin problemstilling. Studien er ikke avhengig av å behandle sensitive personopplysninger for å besvare problemstillingen, men har behov for kunnskapen enkeltindivider besitter om temaet som undersøkes. Det er da man bør ta over seg Kants grunnleggende humanistiske perspektiv, som Jacobsen (2015:46) viser til, hvor man ikke skal skade andre eller ville dem vondt. Ettersom studien ikke er avhengig av å benytte personopplysninger i forskningen, bør man

unngå det, for å gjøre respondentene tryggere på at de ikke vil møte noen problemer eller konsekvenser med sin deltakelse. Dette ble tydeliggjort og samtykket gjennom samtykkeskjema som ble utfylt før gjennomføring av intervjuet (vedlegg 4).

Det er viktig at respondentene deltar frivillig i studiet, og kan trekke seg når som helst. Respondentene bør på forhold av intervjuene bli informert om hensikten til studiet, hvordan data skal brukes, hvor lenge dataene blir lagret og hvordan resultatene blir brukt. Studien har ikke behandlet følsomme personopplysninger, men opplysninger i offentlig sammenheng som innebærer at personen kanskje kan identifiseres gjennom sitt arbeidsforhold (Jacobsen, 2015). Disse opplysningene anonymiseres ned til respondentens potensielle ledernivå i et av fire helseforetak i en region. Dataene vil bli slettet etter studiens slutt ca. medio juni 2019. All denne informasjonen mottok respondentene i forkant av intervjuene, og har gitt sitt samtykke til. Studien er meldt inn til NSD, og ble godkjent 08. mars 2019.

Forskeren har også ansvar for å gi riktig presentasjon av data, og ikke ta det ut av sammenheng. Respondenten har krav på korrekt og fullstendig gjengivelse. Forskeren bør derfor strebe etter idealet, om fullstendig gjengivelse, selv om analyse vil redusere detaljer og informasjon (Jakobsen, 2015).

Busch (2013) viser til etiske spørsmål man bør synliggjøre på forhånd av å gjennomføre en studie. Et av disse forholdene er om forskeren har et spesielt forhold til temaet som undersøkes, for å vurdere om det kan få en uheldig effekt på studiet med tanke på hvordan man tolker eller vinkler resultatene. Det var viktig for meg å skille mellom min jobb i Helse Nord RHF og min rolle som forsker i dette studiet. Nord Universitet var databehandler av informasjonen og data som ble samlet inn, og respondentene ble ved første kontakt informert om mitt arbeidsforhold i Helse Nord RHF (vedlegg 5). Jacobsen (2015) belyser hvordan noen som studerer egen organisasjon kan være forutinntatt, men jeg gikk inn i studien med nøytral holdning til resultatene og spent på hva det ville resultere i. I mitt arbeidsforhold i Helse Nord RHF har jeg ikke møtt på eller jobbet med denne problematikken, og det vil ikke ha noen gevinst eller konsekvens ved å tolke resultat verken den ene eller andre veien. Arbeidsgiver er informert om min problemstilling for masterstudiet og har ikke hatt noen innsigelser for å undersøke temaet nærmere. Det kan derimot ha gitt meg en fordel å ha en forståelse og kjennskap til hvordan spesialisthelsetjenesten er organisert, for det kan virke kompleks om man setter i gang et studie uten noen forhåndsforståelse av styring og organisering i spesialisthelsetjenesten.

4 Beskrivelse av utvalget – helseforetak i Helse Nord

Denne studien er en intervjustudie med beslutningstakere i helseforetak i Helse Nord som utvalg. Helse Nord eier seks helseforetak – Helgelandssykehuset HF, Nordlandssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Finnmarkssykehuset HF, Helse Nord IKT og Sykehusapotek Nord HF. De fire førstnevnte er helseforetak som leverer helsetjenester til pasienter i Nord-Norge, og de to siste oppfyller ikke kvalifiseringen til dette studiet. Derfor er de ikke med i omtalene om helseforetak videre i oppgaven.

Helseforetakene har alle lokalsykehusfunksjoner for sine opptaksområder, og flere underliggende sykehus, med ulike funksjoner og roller. Nord-Norge er en langstrakt landsdel og det er behov for flere lokal/distriktsykehus i helseforetakenes opptaksområde (Helse Nord 3, 2018).

Helseforetakene i Helse Nord er organisert ulikt, noe Langeland (2017) viser i en styresak, for Helse Nord RHF, om Nasjonal helse- og sykehusplan. Videre følger en kort presentasjon av de ulike organisasjonsformene i helseforetakene:

- Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF er organisert likt med klinikker, driftssenter og stabsenheter. Den formelle organiseringen inngår i en hierarkisk linjestruktur med fem ledernivåer under styret:



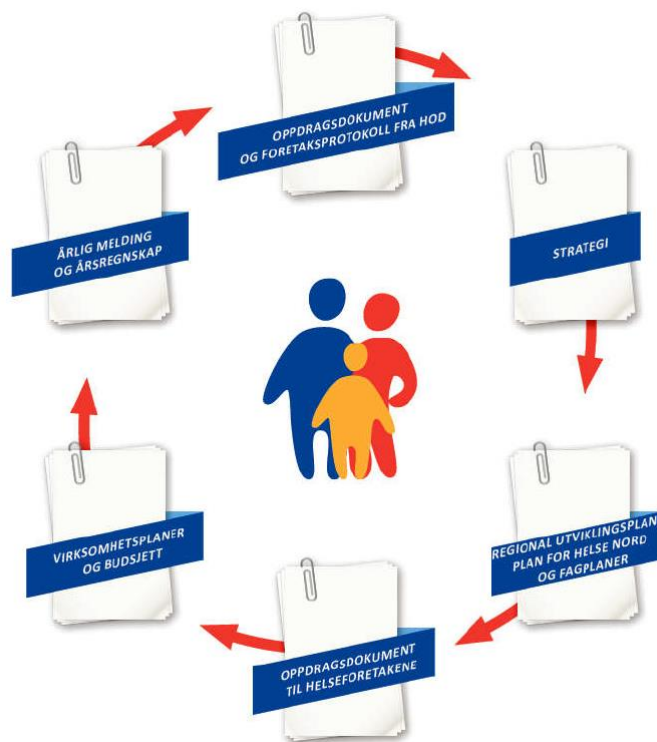
Figur 5 – Hierarkisk linjestruktur i Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2016:5).

- Finnmarkssykehuset HF er organisert med gjennomgående ledelse på tre av klinikkene/avdelingene, men organisert med klinikkjef med overordnet ansvar for klinisk virksomhet ved hvert av sykehusene (Langeland, 2017).
- Helgelandssykehuset HF er organisert med noen gjennomgående klinikker, men har enhetsdirektører på hvert sykehus, med ansvar for den samlede virksomheten der det ikke er etablert gjennomgående klinikker (Langeland, 2017).

«Helse Nords visjon er at pasientene skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord» (Helse Nord 4, 2017). Det er flere målsettinger som skal bidra til å realisere deres visjon. Helse Nord har blant annet en målsetting om å organisere spesialisthelsetjenesten i regionen på en kostnadseffektiv måte, samtidig som de kombinerte krav til kvalitet og tilgjengelighet og utdanning ivaretas (Helse Nord 4, 2017).

Helse Nord har utarbeidet en utviklingsplan mot 2035 hvor et av punktene under kvalitet i pasientbehandling, som omtaler private leverandører påpeker at man skal organisere og koordinere samarbeidet mellom sykehus, private leverandører på en måte som gjør at ressursene brukes effektivt. I utviklingsplanen er det også et avsnitt om bemanning og kompetanse, med et punkt som oppfordrer til å frigi tid til ledelse og pasientrettet arbeid gjennom økt bruk av kontorfaglig støttepersonell og oppgavedeling. Avsnittet om økonomi i Helse Nords utviklingsplan har flere punkter som kan ha en innvirkning på beslutninger om egenproduksjon eller kjøp av støttetjenester fra private tilbydere. Det skal skje en økonomisk bærekraftig utvikling, man skal ha en felles tilnærming til gevinstrealisering for å oppnå større effekter, man skal intensivere innkjøpssamarbeidet og iverksette tiltak for å sikre avtalelojalitet og man skal vurdere en mer effektivorganisering av stabs- og støttefunksjoner (Helse Nord 3, 2018).

Dette skal man få til som en del av Helse Nord sin virksomhetsstyring:



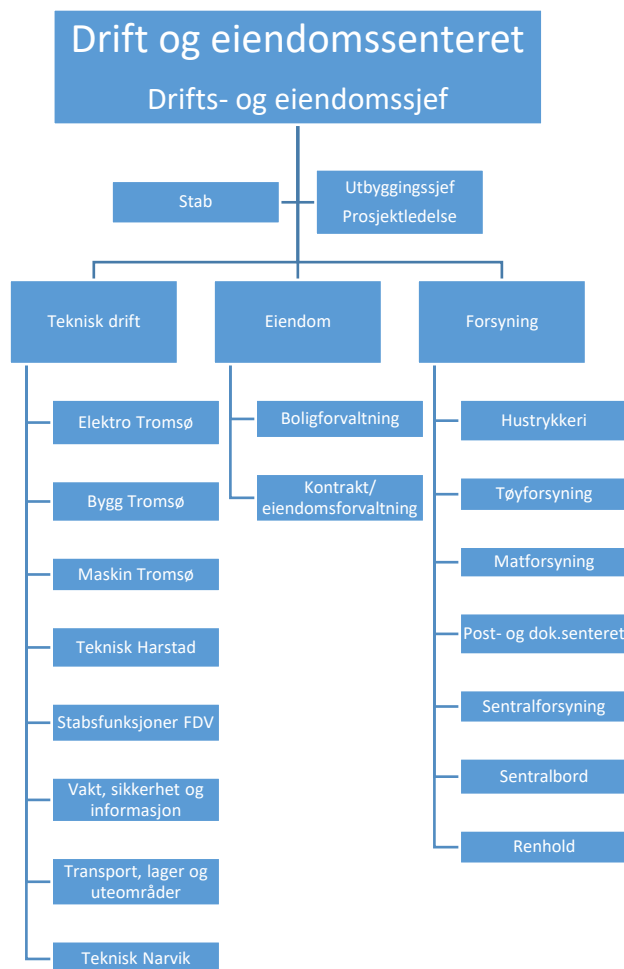
Figur 6 – Helse Nords virksomhetsstyring (Helse Nord 3, 2018:14)

Innkjøp i Helse Nord er underlagt regelverk for offentliges anskaffelser, noe som betyr at innkjøp av alle støttetjenester skal være regulert gjennom leverandøravtaler. Leverandøravtalene kan inngås lokalt, regionalt i regi av Helse Nord RHF eller nasjonalt i regi av Sykehusinnkjøp HF – et helseforetak som er felleseid av alle de regionale helseforetakene i Norge.

Administrerende direktør i Helse Nord beskriver hvordan innkjøp kan være med på å bidra til kostnadseffektivitet i regionen (Vorland, 2018), og hvor viktig det er å benytte innkjøpsavtaler og hvilke gevinster man kan få ved å gjøre felles innkjøp mellom helseforetakene. Topplederen forteller også om sin ambisjon om at Helse Nord skal være best i landet på innkjøp, og at konkurranse på innkjøpsområdet er positivt.

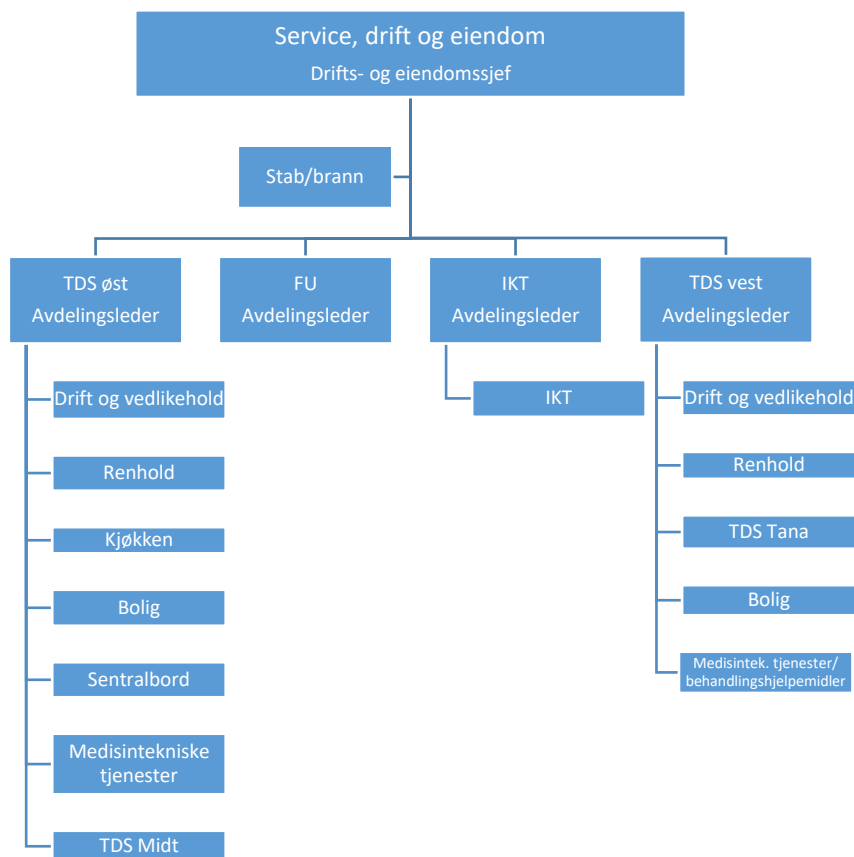
Helse Nords etiske retningslinjer for de ansatte beskriver hvordan alle kjøp som blir gjort skal følge anskaffelsesregelverket og/eller være forankret i lovlig etablerte avtaler. Hver ansatt i Helse Nord har ansvar for å ikke pådra fellesskapet unødvendige kostnader eller erstatningsansvar, og de skal respektere leverandørprioriteten (Helse Nord 5, 2019).

Ansvaret for støttetjenester i helseforetakene er plassert i senter/enhet for drift- og eiendom. Videre følger beskrivelser av organiseringen i de enkelte helseforetakene i Helse Nord:



Figur 7 – Organisasjonskart over Drifts- og eiendomssenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2016:21).

Nordlandssykehuset HF har teknisk drift, renhold/tøy og kantine/kjøkken organisert under Senter for drift og eiendom. Ledere har gjennomgående ansvar for sine områder i helseforetaket (Ankill og Strand, 2014).



Figur 8 – Organisasjonskart over Service, drift og eiendom i Finnmarkssykehuset HF
(Finnmarkssykehuset, 2019:6).

Helgelandssykehuset HF har samlet sine ikke-medisinske tjenester ved sykehusene i sitt opptaksområde i en avdeling med gjennomgående ansvar for sitt ansvarsområde i hele helseforetaket (Helgelandssykehuset, 2018).

Organiseringen av helseforetakene viser at innkjøp primært er plassert under økonomi, med et unntak (Langeland, 2017).

Respondentene i denne studien er ledere på nivå 3 eller 4, disse lederne har det gjennomgående ledelsesansvaret på alle sine områder på tvers av lokasjoner, men har stedlige ledere på lavere nivå i strukturen (Langeland, 2017).

5 Fremstilling av empiri

Dette kapitlet vil presentere empiri for studiet basert på de individuelle intervjuene med respondentene.

5.1 Organisering av støttetjenester

«Støttetjenester er en del av fundamentet i sykehusene, som er behovsstyrt over alt» - respondent 4.

Representantene startet med å beskrive hvordan helseforetakene hadde organisert driften av støttetjenester i helseforetakene i 2019. Det hadde ikke vært noen endring siden innføringen av nøytral merverdiavgift i 2017. Respondentene kunne alle fortelle at støttetjenestene primært ble driftet under samme avdeling eller senter. Respondent 3 kunne fortelle om noen av støttetjenestene som var samlet under samme avdeling/senter: [...] *kjøkken, kantine, sentralbord, resepsjon, renhold og vaskeri*. Respondent 2 og 4 bekreftet også at de fleste ikke-medisinske tjenestene var organisatorisk plassert under samme avdeling.

Respondentene kunne informere om at støttetjenester primært ble driftet av egenproduksjon i sine helseforetak, men unntak av noen få støttetjenester ved sykehusene som ble kjøpt av private tilbydere. Respondent 2 fortalte om status ved sitt helseforetak: *«Vi har ikke satt ut noen av våre støttetjenester, utenom håndverkertjenester. Vi utfører tjenestene i egen regi»*. Dette ble også bekreftet av informant 5. Informant 4 kunne fortelle at det var noen støttetjenester de kjøpte fra private tilbydere, hvor en av dem var vaskeritjenester.

Flere av respondentene beskrev hvordan Sykehusinnkjøp har endret håndtering av anbud. Respondent 1 beskrev det slik: *«Sykehusinnkjøp har overtatt ansvaret for alle anbud, mens vi har ansvar for å gjøre analyser eller behovsavklaringer i forkant av anbud»*.

Økonomi og regnskap er ansvarlige for å innrapportere merverdiavgiften til helseforetakene. For å få kompensert merverdiavgiften er helseforetakene avhengige av at regnskap rapporterer inn merverdiavgiften til det regionale helseforetaket. Respondent 3 og 4 kunne fortelle at de hadde fått kort gjennomgang av hva innføringen av nøytral merverdiavgift ville innebære av endringer i regnskapssystemet.

5.1.1 Mål og strategier

Helseforetakene blir styrt og regulert av mange lover, regler, forskrifter og systemer.

Respondent 1 antok følgende om helseforetakets mål: *«Jeg antar at det ikke er noen mål for helseforetaket som sammenfaller med politikerne som ønsket å nøytralisere momsen, samtidig som jeg ikke tror helseforetakene har det motsatte heller».*

Respondentene ble spurt om deres strategier for innkjøp og vurdering av egenproduksjon eller kjøp av støttetjenester. Alle respondentene beskrev hvordan de på ulikt vis hadde pasienten eller kunden i fokus for alle beslutninger som ble gjort. Respondent 3 beskrev hvordan de måtte avslå seg selv fra en anbudsprosess for å la den beste tilbyderen drifte tjenesten: *«Vi må sette pasienten og kunden først, og heller heve oss på det vi drifter av tjenester».* Respondent 6 hadde både økonomi og pasient i fokus: *«Man skal se på hva som er mest økonomisk lønnsomt, men samtidig at det er pasienten som teller».*

Alle respondentene var tydelig på at krav som kom fra det regionale helseforetaket skulle følges, og noen savnet klare krav til hvordan man skulle få best mulig gevinst av innføringen av nøytral merverdiavgift. Respondent 1 sa følgende: *«Dersom man hadde fått pålegg om å kjøpe alle eksterne støttetjenester, så ville vi ha gjort det [...]».*

Mellomlederne som deltok i studiet kunne på ulikt vis vise til lokale eller regionale mål eller strategier som preger tilbudet av støttetjenester i helseforetakene. Respondent 4 beskrev det slik: *«Helseforetakets strategi for anskaffelser, innkjøp og faget er sammenfattet med Helse Nords strategier».* Respondent 6 savnet merverdiavgiften i helseforetakets strategier: *«Vi har strategier for hvordan vi skal gjennomføre innkjøp, men den tar ikke merverdiavgiften i betraktning».* Respondent 1, 2 og 6 nevnte arbeid med ny innkjøpsstrategi, hvor også diskusjonen om nøytral merverdiavgift var fraværende. Respondent 6 nevnte blant annet at helseforetaket hadde et mål om øke andelen av innkjøp av varer og tjenester som ble kjøpt gjennom deres innkjøpssystem (Clockwork) til 90%. Systemet skulle bidra til å sikre at helseforetakene benyttet seg av innkjøpsavtalene, og kvalitetssikre faktura mot avtalene med private leverandører. Respondent 5 beskrev hvordan de brukte behovskartlegginger for å sikre at de mot helseforetakets strategi: *«[...] overprøve og vurdere hvilke anskaffelser helseforetaket skal gjør for å jobbe opp mot sykehusenes strategi».* Respondent 5 og 6 beskrev hvordan bruk av innkjøpssystem og behovskartlegginger kan redusere adhoc-beslutninger, for man må planlegge handlingene sine bedre for å få gjennomslag på noe. Respondent 6 belyste også et annet punkt som kunne gjøre det krevende å nå en 90%

innkjøpsgrad gjennom Clockwork: «[...], nekter å bruke samme bandasje, for alle har sine favoritter. Det er ikke slik vi får den beste prisen på en vare eller tjeneste».

5.2 Forankring ved innføringen av nøytral merverdiavgift i helseforetak

Det var nokså lik opplevelse av forankringen av nøytral merverdiavgift fra respondentene i helseforetakene i Helse Nord. De var alle av den oppfatning om at innføringen for altfor liten ned til ledernivå 3 og 4 i helseforetakene.

Respondent 1 hadde ikke fanget opp noe om innføringen i oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF, og hadde ikke vurdert innføringen før den ble kontaktet for intervju om temaet. Lederen hadde heller ikke hørt om innføringen i sin kontakt med andre helseforetak eller med Helse Nord: «*Merverdiavgiften har ikke vært noe tema*». Respondent 2 var den som hadde fått mest informasjon om innføringen, men: «*For min del vurderte jeg det som mer regnskapsteknisk, hvor vi måtte huske å sette på mva-koder ved kontering i regnskapssystemet*».

Respondent 4 erfarte at man fant informasjon om innføringen på internett, før den ble kommunisert i noen grad gjennom helseforetaket. Respondenten mente man kunne ha hentet ut annen type gevinst med en mer bevissthetsgrad og forberedelse til innføringen.

5.3 Beslutningsprosesser om støttetjenester i helseforetakene

Respondentene ble bedt om å redegjøre for hvordan beslutningsprosessene knyttet til vurderingen av egenproduksjon eller kjøp av støttetjenester i helseforetakene foregikk. De skulle også belyse om det hadde vært noen forskjell mellom før og etter innføringen av nøytral merverdiavgift. Respondentene kunne fortelle at innføringen av nøytral merverdiavgift ikke hadde hatt noen påvirkning på hvordan beslutningsprosessene foregikk i helseforetakene.

Respondentene skulle først beskrive hvordan man oppdaget et behov for ny støttetjeneste eller revidering av en støttetjeneste. Respondent 2 kunne fortelle: «*Det starter stort sett med at man får inn en bestilling eller forespørsel fra en leder enten fra faget eller klinisk side*».

Når et behov er avdekt, må det gjøres en vurdering om man skal kjøpe tjenesten fra en privat tilbyder eller om man skal produsere tjenesten selv. Respondent 6 påpekte: «*Man streber etter å løse det på lavest mulig nivå*». Avdelingslederne har ansvar for budsjettene i sitt område,

men det er størrelsen på tjenesten som avgjør hvor høyt opp i hierarkiet den må. Respondent 3 fortalte hvordan leder for området og avdelingsleder samarbeider med å lage et grunnlag for beslutningen: *«Dersom det skal gjøres en beslutning må det lages en sak som vurderer det ene og det andre alternativet. Det må hentes inn fakta, analysere tenkte situasjoner med plusser og minuser, og lage en kravspekk. Saken skal gå tjenestevei, evt innom AMU dersom det berører personell, så gjøres beslutningen på overordnet nivå og i største konsekvens av styret i helseforetaket»*. Respondent 2 og 5 viser også til viktighet ved å inkludere operativ fagkompetanse i beslutningsprosessene, for fagene blir med og mer komplekse. Respondent 1 og 6 påpekte også at man ønsket å inkludere innkjøp og økonomi i prosessene.

5.4 Insentiver for produksjon av støttetjenester.

Respondentene ble først bedt om å beskrive hvilke insentiver lå til grunn for deres vurderinger eller beslutninger for egenproduksjon eller kjøp av støttetjenester fra private leverandører både før og etter innføringen. Dette delkapitlet vil skille mellom hva de la til grunn før og etter innføringen. Respondentene pekte ut noen klare punkter som ble vurdert i ulik grad: Personell, kompetanse, praktisk, økonomi, effektivisering, kvalitet og fleksibilitet.

5.4.1 Insentiver før innføring av nøytral merverdiavgift

På temaet om insentiver for vurdering av støttetjenester som ble produsert av helseforetaket, hadde respondent 1 en praktisk tilnærming på vurderingen: *«Beslutninger om å produsere en tjeneste selv eller kjøpe den fra private tilbydere var preget av hva som var praktisk og hensiktsmessig å gjøre selv»*, videre viste den til at den *«hadde laget seg et erfaringsbilde med hvilken type tjenester som var egnet for kjøp og ikke egnet for kjøp»*. Respondent 4 beskrev forskjell mellom hvordan man optimalt burde vurdere produksjon av støttetjenester, men de hadde stort sett falt på å følge føringer om at man skulle fortsette slik som man gjorde tidligere, enten gjennom kjøp eller egenproduksjon av tjenesten. Dette viser at respondent 4 også falt tilbake på det man hadde til vane å gjøre.

Respondent 5 fortalte om kartlegginger som hadde blitt gjort noen år tilbake, hvor man kartla lønnsomheten i egenproduserte støttetjenester, sett opp mot markedspris. Da var egenproduksjon mest kostnadseffektiv. Altså var økonomi et insentiv i vurderingen. Økonomi var ikke det insentivet som ble mest vektlagt hos respondent 1, der handlet det om å holde maskineriet i gang og daglig drift påvirket vurderingene.

I tilfeller hvor man opplevde at egenproduksjon og kjøp fra privat tilbyder var økonomisk like, ble det kvalitet som var driver for beslutningene ifølge respondent 3: *«Vi kunne økonomisk drifte en tjeneste med samme bemanning som en ekstern tilbyder hadde, men kunne unngå en del ekstraregninger og forbedre fleksibiliteten ved å produsere det selv. Da ble kvalitet vektlagt høyt, for vi var like på økonomi. Det viste seg at vi var konkurransedyktig med det private markedet»*. Respondent 3 beskrev videre hvorfor man ved en anledning (før innføringen) gikk for egenproduksjon og ikke kjøpte en støttetjeneste fra privat tilbyder: *«Det kom inn en ny leder (fra det private) som så at tjenesten bar preg av å være overbemannet og ineffektiv. Da ønsket lederen å forsøke og gjøre noen effektiviseringsgrep selv, men om det ikke hadde fungert, ville de ha satt tjenesten ut til en privat tilbyder. Det ble ikke nødvendig, og de har fortsatt svært gode tall sammenlignet med resten av regionen»*.

Respondent 3 fortalte om et mulighetsstudie i regi av Helse Nord RHF, som hadde preget deres vurderinger av produksjonen av støttetjenestene i helseforetaket i god tid før diskusjonen om merverdiavgiften. Mulighetsstudiet ga helseforetakene i regionen mulighet til å effektivisere sine støttetjenester gjennom å sammenligne seg med hverandre: *«Da var det litt motstand, for man skulle bli sett i kortene av andre helseforetak. Det var masse fakta, helt ned på detaljnivå, om hva var man gjorde, leverte og hva man fikk for tjenesten. Da man fikk presentert resultatene, kunne man også sammenligne på tvers av helseforetakene. Kunne også bruke tallene for benchmarking mot eksterne leverandører. Det var nok da viste det seg at private leverandører ikke kunne komme inn i helseforetakene, for det var fordyrende at helseforetakene ikke fikk igjen momsen på de tjenestene som ble levert»*.

Kompetanse var også et insentiv som ble trukket frem av flere respondenter. Respondent 4 beskrev hvordan kompetanse kunne være en konkurransefordel slik: *«Sykehuspersonellet har en konkurransefordel om å ha kjennskap eller kompetanse på det sykehusspesifikke. Det er en kompleks organisasjon og de som allerede kan systemet blir mer effektive»*. Respondent 2 og 3 hadde likelydende oppfatning.

Mange av respondentene viser til krevende prosesser dersom beslutningene innebærer endringer i bemanningen, og på den måten ble personellet også et insentiv til de vurderingene eller beslutningene som ble gjort. Respondent 2 påpekte hvor mye ressurser i tid og penger det gikk dersom man gikk fra egenproduksjon til å kjøpe en tjeneste fra privat tilbyder. Flere av respondentene kunne vise til det samme. Respondent 3 kommenterte det slik:

«Virksomhetsoverdragelse er krevende for alle parter, men man slapp tunge prosesser med

oppsigelser. Da blir personellet evaluert om man skal være med på laget videre eller finne noe annet å gjøre», og «det kan enten være at man finner en annen rolle i helseforetaket ved hjelp av gode ledelsesprosesser, eller om man hjelper dem å finne sin plass og verdi i en annen organisasjon utenfor helseforetaket. Det kan ta tid, men da får man bygd opp det beste laget».

5.4.2 Insentiver etter innføring av nøytral merverdiavgift

Etter respondentene hadde reflektert over hvilke incentiver som ble lagt til grunn da de skulle gjøre vurderinger eller beslutninger om egenproduksjon av støttetjenester eller kjøp av lik tjeneste fra private tilbydere, ble de bedt om å beskrive hva som ble lagt til grunn et par år etter innføringen.

Respondent 1 kunne fortelle om fortsettelse av praktiske incentiver: *«Selv etter innføringen vurderes mye på om det er hensiktsmessig å drive med selv eller å sette det ut til private tilbydere. Noen tjenester er enkle og man setter det ut for å slippe å styre med en støttetjeneste eks. transport».* Respondent 4 beskrev også at det primært var det praktiske og vanen som drev beslutningene, selv om man skulle ønske økonomi spilte en større rolle i beslutningene: *«Dersom man allerede har egenproduksjon av støttetjenesten renhold i helseforetaket, så vil det praktiske sette hovedretningen for de valgene man gjør».* Respondent 2 kom også innom temaet for vane og praktisk: *«[...] , mye går på repeat».* Respondent 1 kunne også se et viss mønster i sine beslutninger: *«Vi bruker fortsatt erfaringsbildet vi har bygget oss opp over flere år»* og *«Det har dannet seg et viss mønster på hvilke tjenester man gjør, eller ikke gjør selv».* Respondent 4 fortalte hvordan de før innføringen hadde gjennomført en benchmarking av støttetjenestene sine, men den kunne også informere om at det ikke er gjort ny benchmarking etter innføringen, men vane på hva man gjorde før.

Mellomlederne kommenterte at de syntes det var vanskelig å bruke merverdiavgiften som et incentiv, for man mangler et mer overordnet perspektiv. Respondent 1 var klar i sin betraktning av merverdiavgiften og økonomi som incentiv: *«Det ville være en bløff å si at merverdiavgiften er med i betraktningen vår. Om man tar kostnadene knyttet til å gå inn i en anbudsprosess og ser det i forhold til en eventuell merverdigevinst, så balanserer ikke det. Vi gjør ikke den betraktningen».* Respondent 2 mente at organiseringen av ledernivåene og deres ansvarsområde, kan gjøre det vanskelig å se sine beslutninger i et overordnet bilde.

Respondent 3 mente også det var enklere for økonomi, som kunne vurdere hvilke kostnader

som van nødvendige eller unødvendige, og ser kanskje bunnlinjen tydeligere. Respondent 6 mente det var viktig at insentivene - økonomi og kvalitet - var likestilt: *«Det er noen som sier noe om kvaliteten til tjenesten man skal levere, så må man sørge for å nå det nivået på rimeligst mulig måte»*. Respondent 3 beskrev hvordan tidsklemma gjør at man må prioritere: *«Økonomi er bare blitt et parameter for å se om jeg er innenfor budsjettene mine, og hva kan jeg få igjen for pengene»*. Noen av respondentene så et potensial i innføringen av nøytral merverdiavgift, som respondent 6: *«Merverdiavgifts fradraget bør teoretisk gjøre det mer attraktivt å leie inn tjenester foran å produsere det selv i helseforetaket, samtidig kan det vise seg at det ikke er tilfellet i praksis»*. Respondent 6 reflekterte over hva som kunne være årsaken til at det kan være rimeligere i praksis å utføre tjenestene selv: *«Det kan være avansen til de private som påvirker avtalen og deres risikomoment som er lagt inn i avtalen»*. Respondent 4 fortalte at de til en viss grad brukte de nasjonale avtalene for benchmarking i vurdering av kjøp eller produksjon av støttetjenester.

Respondent 3 nevnte risiko ved driftsstans som et insentiv: *«Det har en pris når man får driftsstans. Da er det noen pasienter som sitter uten mat. På noen områder er det slik at man ikke kan ha stopp. Vi må ha en risikoanalyse også, for det koster å være i beredskap og å skal være i oppe-drift 24/7. Da kan ikke økonomi være den mest styrende»*.

Fleksibilitet var en viktig faktor for flere av respondentene. Respondent 2 poengterte hvordan fleksibilitet kunne forbedre deres evne til å håndtere uforutsette situasjoner. Respondent 6 nevnte at egenproduksjon av støttetjenester ga dem mulighet til å gjøre endringer i tjenesten, uten å måtte forholde seg til kontrakter og ekstratjenester for er kostnadsdrivere: *«Det er mer gunstig å ha egne ansatte med tanke på fleksibiliteten, men samtidig er dette noe som kan variere fra plass til plass og bransje til bransje»*. Respondent 1 uttrykte det samme.

Pasienten skal være i fokus på alle områder i helseforetaket, det er det enighet om fra alle respondentene. Respondent 3 avslår seg selv fra konkurranser med private tilbydere, dersom de ikke har tro på at de kan være den beste tilbyderen for pasienter og pårørende. Det er viktig for dem at man leverer kvalitet til best mulig pris. De ser seg selv ofte i kortene, for å vurdere om de må sette ut tjenesten eller om de kan heve kvaliteten på egenproduserte tjenester: *«Kvalitet er viktig insentiv for kjøp/produksjon av tjenester»*. Respondent 3 viste videre til hvordan de bruker måleparametre for å sikre kvaliteten der det er mulig: *«[...], vi måler renhetsgraden på operasjonsstue»*. Videre ble det uttrykt av bemanning og ledelse av tjenestene påvirker kvaliteten som blir levert. Kvalitet er også viktig for respondent 6: *«Vi har*

en fast pott med penger som skal gi best mulig tilbud til flest mulig pasienter» - da handler det om å finne det riktige nivået på tilbudet, som kan gi tilfredsstillende kvalitet til flest mulig pasienter, og at ikke noen få får det best mulige tilbudet man kan kjøpe for penger.

Sykehusbyggene er store og komplekse, samtidig er det liten rom for feil – når det kommer til noen av støttetjenestene. Det kan fort få fatale følger, dersom man ikke har kompetansen man trenger. Flere av respondentene uttrykte nettopp dette. Respondent 3 fortalte om hvordan intern bemanning har en fordel: *«Kompetansen som egne ansatte sitter med ift produkter, maskiner, smitte og sykehusspisset kunnskap gir en konkurransefordel, for det påvirker kvaliteten»*. Dersom det skal gjøres innleie av håndverkertjenester for vedlikeholdsoppdrag benytter de helst håndverkere som har kjennskap til sykehuset, for det er krevende å gi nye håndverkere opplæring i systemene og vise dem rundt på sykehusene som er store og komplekse. Respondent 6 var også enig i at kompetanse er et insentiv for å vurdere å produsere støttetjenesten selv eller å kjøpe den fra privat tilbyder, men det var vinklet annerledes: *«Sykehusene trenger ikke spesialisere oss på alle felt. Istedenfor å bygge opp egen kompetanse, som er kostbart – kan man kjøpe kompetansen fra private tilbydere»*. Respondent 4 hadde også kompetanse i fokus for sine vurderinger, og nevnte at man kunne bli bedre på å skille mellom oppgaver man trengte fagkunnskap for å gjøre. En ufaglært kan gjøre noen oppgaver tilfredsstillende, og det kan være opptil 60% forskjell i timelønningen. Da kan de faglærte fokusere på de oppgavene hvor man er avhengig av deres kompetanse.

Et av insentivene som gikk igjen hos respondentene var hensyn til personell. Respondent 1 hadde et inntrykk av: *«Det er viktigere å ikke ansette noen, enn å spare penger på å si noen opp»*. Dette kan føre til at de heller kjøper noen støttetjenester, selv om det ikke oppleves som rimeligere. Dette punktet ble også bekreftet fra respondent 3 i et tilsvarende utsagn. Insentivet knyttet til personell var sterkere for respondent 3 enn budsjett og resultat, for fokus på de menneskelige ressursene var også økonomi: *«Dårlig drift fører til høyt sykefravær og økte lønnskostnader grunnet høyt vikarforbruk og kan føre til mistrivsel i bemanningen»*. Det ble uttrykt at det var vanskelig å tallberegne noen faktorer i en analyse: *«[...] økt kompetanse, trivsel på jobb og lavt sykefravær»*. Respondent 4 beskrev hvordan personell og bemanningen påvirker vurderinger dersom man skal gå fra egenproduksjon til å kjøpe tjenesten fra private tilbydere – basert på oppsigelser eller virksomhetsoverdragelse. Respondent 6 uttrykte seg også om tilsvarende vurdering: *«Det blir enklere å håndtere sykefravær i noen støttetjenester eks. renhold, dersom man har bemanningen i eget hus, for sykehusene har store og komplekse bygningsmasser»*.

Respondent 5 kunne fortelle at det ikke var gjort noen nye vurderinger knyttet til støttetjenester siden 2017. Helhetsvurdering av behov var viktig for respondent 5: *«Noen av forholdene som bør belyses ved en behovsvurdering – hvor mange pasienter berøres, kostnader, tekniske- og IKT- ressurser og personalmessige. Da får man et kartlagt de reelle kostnadene»*. Det ble anbefalt å forsøke å ta stilling til livssyklus-kostnadene når man skulle gjøre en vurdering mellom egenproduksjon og kjøp av samme tjeneste fra en privat tilbyder: *«Man skal vær tilgjengelig for pasient og personal, og være kostnadseffektiv i tillegg til miljø og andre perspektiver helseforetaket til enhver tid mener å være viktig»*. Behovskartleggingen skulle også bidra til mer sporbarhet og transparens i helseforetaket.

5.5 Opplevd effekt av innføringen

Respondentene ble spurt om hvordan de hadde opplevd innføringen av nøytral merverdiavgift, og hvilke effekter den hadde hatt i deres vurderinger av egenproduksjon sammenlignet med kjøp av tilsvarende støttetjenester fra privat leverandør.

5.5.1 Opplevd nøytral merverdiavgift

Innføringen av nøytral merverdiavgift ble ikke oppfattet som nøytral for noen av respondentene. Respondent 3 uttrykte: *«Den nøytrale merverdiavgiften føles ikke nøytral»*. Endringen den hadde ført med seg i praksis var heller at *«[...] man ser på nettosum og ikke brutto når man kjøper varer eller tjenester»*. Budsjettene ble tatt ned på den enkelte avdeling/seksjon/enhet, men de enkelte ser ikke noe til momsbesparelsen. Respondenten trodde kompensasjonen gikk inn i det store bildet. Respondent 4 uttrykte også noe lignende: *«[...] det er ingen som har brydd seg så mye om momskompensasjonen, [...]»*. Kompensasjonen for merverdiavgift føltes som et nullspill for respondent 2: *«Helseforetakene forvalter staten sine penger, og det er statens om betaler ut merverdiavgiften – det føles som et nullspill»*. Respondent 1 uttrykte at det var mulig man hadde hatt reduserte kostnader, men den hadde ikke hatt noen betraktning om innføringen, grunnet manglende forankring i helseforetaket.

5.5.2 Bruk av kalkyler eller analyser

Etter innføringen kunne respondent 3 fortelle at de scoret egenproduksjon og kjøp av støttetjenester fra private leverandører fra et kost/nytte-perspektiv, basert på de noen av de insentivene som er nevnt tidligere i studiet. Respondent 1 kunne fortelle at de hadde jobbet med å organisere en del tjenestekområder, som tolketjenester, siden innføringen av nøytral merverdiavgift. Økonomi hadde diskusjon innad om hvordan de skulle jobbe med prognoser, og budsjett etter innføringen, kunne respondent 5 fortelle om. Respondent 4 viste til en regneøvelse de jobbet med knyttet mot vurdering av kjøp eller produksjon av en støttetjeneste: *«Vi ser hva vi trenger av investeringer, bemanning og kvalitet»*. Regneøvelsen vil bli brukt i en levetidsbetraktning av tjenesten. Respondent 3 nevnte også at man må gjøre risikoanalyser for driftsstans i støttetjenestene.

Respondent 5 informerte om utvikling av et behovsskjema som skulle kartlegge ressursbruk ved nye anskaffelser i helseforetaket. Skjemaet skal føre til at helseforetaket enklere kunne gjøre vurderinger som samstemmer med helseforetakets strategier.

5.5.3 Konkurransesbildet

Respondent 4 kunne informere om at argumentet om at leverandørene måtte konkurrere for å tjene inn merverdiavgiften var punktert. Videre ble det sagt at man hadde tatt innover seg den reelle endringen om at man står på lik linje med private konkurrenter. Samtidig har leverandører startet med å tette hull i avtaler, som i virkeligheten fører til at de forverrer sin egen konkurransesituasjon med sykehusene: *«Nå konkurrerer vi på samme vilkår»*.

Konkurransesutsettelse ble også vurdert som positivt av respondent 1: *«Det kunne kanskje ha vært billigere å kjøpt tjenester. På transporttjenester deler man kapasiteten med andre kunder. Når man kjøper en tjeneste fra varetaxi, så vet vi at man bruker omtrent 40% av deres kapasitet. Altså deler vi faste kostnader med kunder som kjøper deres resterende 60%, [...]»*. Videre reflekterte respondent 1 om den politiske agendaen for innføringen av nøytral merverdiavgift – og mente dette var det mest grunnleggende presset de kunne gjort for å nøytralisere konkurransesbildet i spesialisthelsetjenesten. Respondent 1 vurderte dette som et politisk press mot privatisering, som tildekkes av at man forsøker å utnytte samfunnets ressurser bedre. Respondent 6 var positiv til at konkurransesbildet var nøytralisert gjennom innføringen av nøytral merverdiavgift til helseforetakene, for det er enklere å ta beslutninger på riktige grunnlag og regnestykker.

5.5.4 Etisk dilemma

Bakgrunnen for innføringen, mente respondent 1, gikk på forsøk av å øke privatiseringsgraden av tjenester som det offentlige utfører i dag. Respondenten var kritisk og viste til en ansvarsfølelse for de ansatte som ble påvirket av overgang fra egenproduksjon til kjøp av tjenester fra privat leverandør i helseforetakene. Dersom prosessene ender med virksomhetsoverdragelse – kan det gi dårligere vilkår for de ansatte. Respondenten reflekterte over hvorfor en privat leverandør skulle klare å levere tjenestene mer kostnadseffektivt enn helseforetaket. Respondent 1 problematiserte at private firma drives av reduserte kostnader og profitt: *«Det er forretning som skal drives og forretning har ikke til formål å være snill – det skal tjene penger. Da skal man ha rom for reduserte kostnader og profitt».*

5.6 Muligheter og utfordringer

Respondentene ble spurt om hvilke utfordringer og muligheter de vurderte som følge av den nøytrale merverdiavgiften til helseforetakene.

5.6.1 Utfordringer knyttet til innføringen av nøytral merverdiavgift

Flere av respondentene i studiet beskrev hvordan de vurderte veien mot privatisering som utfordrende, for man ble presset ut i konkurranse- og anbudprosesser. Respondent 1 beskrev hvordan den vurderte anbudprosesser: *«Det er en ressurskrevende prosess både på tid og penger».* Det ble videre uttrykt at: *«Man klarer ikke å definere aller eventualiteter og binde dem opp i en kontrakt, og da blir alt som faller utenfor kontrakten veldig dyrt».* Det var altså vanskelig å kunne utforme kontrakter som dekker de uforutsette situasjonene man kan oppleve på et sykehus – som eks. behov for smittevask. Det var flere respondenter som beskrev de samme utfordringene knyttet til kontrakter med eksterne leverandører. Respondent 4 nevnte: *«Det vi tidligere hadde fått som service i avtalen og bakt inn i den totale summen, ble det satt stykkpris på og avtalen ble dyrere for hver hendelse».* Den teknologiske utviklingen har også ført til at man har bedre verktøy for å følge prosesser i støttetjenestene ned til det minste detalj, og det er noe respondentene opplever at resulterer i høyere kostnader. Leverandørene får mulighet til å henge på kostnader som ikke er spesifisert i avtalene.

Respondentene uttrykker et klart behov for fleksibilitet for å drifte flere av støttetjenestene. Utbygging av sykehusene har også ført til at leverandører av f.eks. renholdstjenester tar seg ekstra betalt for byggerenhold, og er et eksempel på manglende fleksibilitet ved å kjøpe tjenester fra private tilbydere, nevnt av respondent 2. Respondent 1 viste også til eksempel om adhoc-behov for smittevask grunnet oppkast. Respondent 6 kommenterte at dette fører til: *«Ikke alle tjenester er like lukrativt å leie inn til tross for momsfradraget».*

Respondentene i studiet var også kritisk til deler av merverdiavgiftsproblematikken man hadde møtt på, som følge av den delte innføring av merverdiavgift i helseforetakene. Respondent 1 av en av dem som problematiserte at det kunne være vanskelig å skille mellom driftskostnader man får kompensert merverdiavgift for og investeringer, som man ikke får refundert merverdiavgift for. Det var blitt komplisert å forholde seg til merverdiavgiften. Noen av respondentene reflekterte ved muligheter for å føre investeringer over på driftsbudsjett, og hvordan det ville føre til uryddighet i momsoppgjøret.

5.6.2 Muligheter som følge av nøytral merverdiavgift

Støttetjenester kan med fordel bli konkurranseutsatt, det er det enighet mellom alle respondentene. Respondentene mente at flere støttetjenester med fordel kan bli konkurranseutsatt i større grad enn de blir i dag. Økt konkurranse er en driver for å forbedre egen effektivitet og kvalitet, kunne respondent 3 informere om. Respondent 2, 3 og 4 var noen av respondentene som var klare på at det var flere støttetjenester som hadde sluppet å bli konkurranseutsatt, og som med fordel kunne hatt effekt av det. Respondent 3 dro fram eksempel med: *«[...] regnskaps-, vaktmester- og portørtjenester»*. Respondent 5 så muligheter med innføringen knyttet til å bli bedre på benchmarking av sine tjenester, og kartlegging og systematisering av støttetjenester mot nasjonal standard.

Respondent 6 mente innføringen kunne ha en positiv effekt: *«Trenger ikke spesialisere oss på alt, noe kan det være greit å kjøpe av kompetanse»*.

Flere av respondentene kommenterte under intervjuene at en av de største kostnadene knyttet til støttetjenester var personalkostnadene. Respondent 3 reflekterte over ubrukt potensial hos dem gjennom å gjøre vurderinger om kjøp av tjenester, basert på personalkostnadene man reduserer, både pensjon og risiko ved sykdom.

Respondent 2 og 4 nevnte muligheter for å dra nytte av stordriftsfordeler dersom man satser på større samarbeid enten i regionen eller andre offentlige aktører som har behov for lik støttetjeneste. Kommunene har også kompensasjon for merverdiavgift, og nå står man på likt grunnlag for et eventuelt samarbeid. Det ble nevnt at det kunne være med på å styrke samhandlingsreformen, hvor spesialist- og primærhelsetjenesten skal samarbeide bedre om pasientene. Respondent 4 påpekte at dersom man sparer 3% på støttetjenester, så er det store summer det kan handle om, av 100 millioner tilsvarer det 3 millioner som kan brukes til andre formål. Respondent 6 kom også innom temaet om å lage avtaler man bruker, som besparende tiltak: *«I dag har vi en del avtaler som er på feile produkter eller produkter vi ikke bruker, og da tenker jeg vi må bruke mindre tid på slike avtaler og heller mer tid på lage avtaler på produkter vi bruker, men som er uten avtale».*

Riktig bruk av ressurser ble også pekt som en mulighet som kan utnyttes bedre etter innføringen av nøytral merverdiavgift. Respondent 4 foreslo at man kunne bli bedre på å gjøre oppgaveglidning til en proaktiv handling, istedenfor en reaktiv handling som det er i dag. Gjennom å gjøre gode oppgaveanalyser kan man kartlegge hvilke tjenester man kan kjøpe fra en ufaglært, som respondent 4 trodde kunne være 60% rimeligere enn å benytte en faglært til elementære oppgaver. Det ble poengtert at dette allerede var i gang hos klinisk personell, men driftsområdet kunne også ha et ubenyttet potensial for gevinst ved oppgaveglidning. Respondent 3 så den samme muligheten, og nevnte at det å bygge opp et team rundt pasientene med ulike faggrupper kunne gi gode resultater i form av eksempelvis mindre liggedøgn. Teamet kunne bestå av klinisk og ikke-klinisk personell, eksempelvis sykepleier, lege og støtte fra ernæring. Respondenten foreslo også å legge til rette for en service-telefon hvor man kan ringe et sted som kan omdirigere behov til det operative personellet. I dag må man ringe til lederen for det ene eller det andre fagfeltet for å få de tjenestene man har behov for – det er for komplisert og tidkrevende.

Økt konkurranseutsettelse kan også gjøre at helseforetakene kan nyte godt av en bedre delingskultur i regionen, slik som respondent 3 nevnte. Flere av respondentene viste til manglende samarbeid og kommunikasjon både intern i helseforetaket, men også i regionen med tilsvarende fagområder. Respondent 3 mente det kunne resultere i at man fikk mest mulig igjen for pengene man bruker. Respondent 2 nevnte at man gjerne skulle ha fått kommunisert ut effekten av innføringen av merverdiavgift i helseforetaket eller i regionen, slik at man kunne få et blikk i den totale effekten. Det kunne også bidra til at man hadde noe mer håndfast å bruke videde i strategiske beslutninger.

De fleste respondentene nevnte at så et eget potensial for forbedring for å finne gevinster og potensial som lå til innføringen av nøytral merverdiavgift. Dette ble uttrykt av respondent 3 og 6, som savnet et bedre samarbeid mellom avdelinger som var preget av innføringen av støttetjenester – blant annet økonomi, innkjøp, forsyning og drift. Respondent 6 beskrev hvordan samarbeid og kommunikasjon på tvers av avdelinger og enheter blir preget av vane og kultur. Den mente man kunne løse det ved å vise hverandre hva man har å tilby til prosesser man med fordel kan gjøre sammen, samtidig som man turte å være kritisk og ha en ærlig dialog.

Det ble reflektert over hvordan man kunne benytte ulike regionale og interregionale nettverk/fagråd, til dialog og diskusjon om hvordan man kan hente ut gevinst av eksempelvis nøytral merverdiavgift. Respondent 3 og 4 reflekterte over mulighetene med slike samlingspunkt for faget.

5.7 Oppsummering av empiriens hovedfunn

Den presenterte empirien kan oppsummeres på følgende måte gjennom følgende hovedfunn:

- Det var klare tegn som tydet på løs-kobling i helseforetakene
- Det var minimal til ingen endringer i insentivene til respondentene før og etter innføringen av nøytral merverdiavgift.
- Det var svært liten forankring av innføringen i helseforetakene
- Liten til minimal forskjell mellom vurderingene av «make-or-buy» i helseforetakene

6 Analyse

Dette kapitlet presenterer en analyse av innsamlet empiri i forhold til studiens problemstilling og det teoretiske rammeverket.

6.1 Økonomistyringens effekt på operativt nivå

Økonomistyring ble definert som de teknikker og systemer som blir brukt for å sørge for at helseforetakene arbeider etter overordnede mål og strategier (Busch, 2004). Flertallet av respondentene hadde en klar formening om lokale eller regionale mål og strategier for deres ansvarsområde, og hvordan de skulle forholde seg til hierarkiet for beslutninger i sitt helseforetak.

Det var flere faktorer som kan type på en dualisme mellom ulike typer kontroll og normer. Dersom man ser på innføringen av nøytral merverdiavgift som administrativ kontroll, hvor eier på øverste hold forsøker å sørge for at helseforetakene arbeider etter sine mål og strategier (Busch, 2004). Det var tegn til at flere respondenten manglet overblikk på de overordnede formelle beslutningene knyttet til innføringen, og hvordan dette kunne påvirke aktivitetene på deres nivå. Dette kan være en konsekvens av manglende forankring nedover i nivåene i helseforetakene. Mellomlederne som har ansvar for aktiviteter på sitt nivå og at man drifter sunt, gjør da beslutninger som kan være mer preget av selvkontroll, enn hva intensjonen er på overordnet nivå. Hierarkiet tilsier at beslutninger ikke blir tatt på øverste nivå før de er av en viss størrelse, man ønsket å gjøre beslutninger på lavest mulig nivå, og mellomlederne gjorde da beslutninger innenfor sitt handlingsrom. Busch (2004) definerte selvkontroll som de handlingene som blir gjort av de enkelte individ og ikke eksterne kontrollsystemer. Respondentene beskrev også hvordan hverdagen deres var preget av vaner og at man ofte havnet i et mønster basert på tidligere erfaring.

Helseforetakene er avhengige av ressurser fra statsbudsjettet for å kunne eksistere, og avhengighetsforholdet til politiske interessenter ble ikke nevnt i særlig grad av respondentene. Økonomistyringen i spesialisthelsetjenesten har gjort det nødvendig med et rapporteringsbehov utover de tradisjonelle regnskapssystemet, noe rapportering av merverdiavgift er et eksempel på. Likevel var ikke dette i fokus hos lederne i nivå 3 og 4 i helseforetakene, som har daglig drift i sykehusene i fokus. Dette kan være en konsekvens av den manglende forankringen som ble nevnt.

Helseforetakene opererer innenfor flere ulike dimensjoner, og respondentene var tydelige på at det bedriftsøkonomiske ikke hadde hovedfokus, og pasienten kom i første rekke. Dette medfører at respondentene hadde behov for å legge til grunn legitimering i deres operasjonelle handlingsrom (Busch, 2004). Helseforetakene har flere interessenter som har krav og forventinger til dem, som er på ulike nivå, eksempelvis eier, media, personal og brukere. Respondentenes refleksjoner knyttet til beslutninger de gjorde innenfor sitt handlingsrom var preget av behov for å legitimere. Busch (2004) beskrev fire dimensjoner hvor man kan vurdere legitimiteten. Det var særlige tegn til at respondentene hadde behov for normativ og kognitiv legitimitet, som tilsier at handlingene skjer innenfor aksepterte normer, med tanke på konsekvens og grunnlag for handlinger og at de er i samsvar med deres kognitive strukturer. Respondentene beskrev hvordan deres handlinger kunne ha konsekvens for personal, som kunne ved virksomhetsoverdragelse få dårligere vilkår enn de hadde med å være ansatt av helseforetaket. Mellomledere i studien forsvarte grunnlaget for sine handlinger ut fra de legitimerende dimensjonene, med at de også var opplevd som de mest effektive.

Legitimitet kan oppnås ved at man adopterer handlingsmønster eller organisering fra andre tilsvarende organisasjoner, med interne tilpasninger (Busch, 2004). Flere av respondentene beskrev hvordan de så til like aktører i samfunnet for å kunne adoptere deres suksessfaktorer. Dette kan føre til isomorfisme, der organisasjoner blir stadig mer like (Boxenbaum & Jonsson, 2017). Det er flere krefter som presser helseforetakene til å bli mer og mer homogene. Respondentene viste til hvordan innføringen av nøytral merverdiavgift ble bare gitt dem som et resultat av politikk, og fikk momentant konsekvens for deres drift gjennom at budsjettene ble tatt ned. Dersom de ikke handler i tråd med innføringens og kjøper mest mulig støttetjenester fra private aktører, vil de få mindre tilbake. De kan også oppleve mimetisk og normativt press fra andre interessenter, som følger deres beslutninger. Respondentene nevnte at beslutninger som påvirket personell måtte innom arbeidsmiljøutvalget, hvor man kan oppleve et normativt press til å gjøre valg som er moralsk riktige foran det som er det mest lønnsomme valget.

6.2 Løs-kobling i helseforetakene

Respondentene gjør beslutninger innenfor sitt handlingsrom med flere ytre faktorer som kan dra dem i de ulike retningene. Kontroll, legitimitet og press fra flere hold er noe av det som respondentene må håndtere i sin arbeidshverdag. Disse faktorene påvirker også endringer i

offentlig sektor, noe som kan være utfordrende og man møter risiko for dekobling (Busch & Ramstad, 2006). Respondentene virket ikke påvirket av å tilsynelatende gjøre organisasjonsendringer for å oppnå legitimitet, men det var en klar kobling mellom det som syntes utad og de handlingene som foregikk i helseforetakene. Dekobling virket ikke å være tilfelle, knyttet til innføringen av nøytral merverdiavgift. De var alle klare for å følge krav som kom fra eier, men flere savnet en bedre forståelse over hva kravene egentlig innebar. Respondentene viste flere tegn som støtter opp om vurderingen om ingen dekobling, blant annet var transparens og interregionalt samarbeid noe som viste til at de ikke hadde noe å skjule.

Forankring av endringer fra overordnet nivå, nådde ikke alltid ned til ledelsen på lavere nivå, som hadde ansvar for det operative handlingsrommet. Dette kan tyde på en løs-kobling mellom enheter, som helt klart hadde en egen identitet, med egne individuelle fag- og budsjettansvar, men samtidig er de avhengige av hverandre for å drifte godt (Busch & Ramstad, 2006). Weick (1979) beskrev hvordan løs-kobling mellom enheter i en stor organisasjon kunne være en måte å ruste seg i møte med uforutsigbarhet og endring. Helseforetakene er som nevnt preget av politisk press gjennom administrativ kontroll, basert på de årlige oppdragsdokumentene fra eier. Respondentene beskrev virkeligheten som lite samarbeid og dialog mellom økonomi, innkjøp og drift som oftest drifter støttefunksjoner. Flertallet av respondentene hadde fått informasjon om hvordan man burde bruke innføringen av nøytral merverdiavgift i sine beslutninger. Det kan være grunnen til at den ikke hadde påvirket respondentene i særlig grad. Løs-koblingen kan være en buffer mot jevnlig små endringer (Weick, 1979), men for at det skal være mest mulig vellykket bør det være dobbel interaksjon mellom enhetene. Respondentene var klare på at de ønsket bedre dialog på tvers av enhetene, også mellom faggrupper i de andre helseforetakene. Dette ble vurdert som et tiltak og mulighet for fremtidig intern effektivisering av støttetjenester.

6.3 «Make-or-buy» støttetjenester

Gordon og Weber (1984) beskrev to dimensjoner som kunne avgjøre om man burde produsere en tjeneste selv, eller sette den ut til ekstern aktør. Usikkerhet og kompleksitet var også noe respondentene viste til da de skulle gjøre vurdering om «make-or-buy». Behov for kompetanse og risiko for uforutsette hendelser gjorde at flere hadde vanskelig med å se fordelene med å kjøpe tjenesten fra privat leverandør. Dette har en klar sammenheng med

anbefalingene til Gordon og Weber (1984) under slike forhold. I de fleste tilfeller vil helseforetakene være den kostnadsbærende parten for driftskostnadene knyttet til støttetjenester som skjer «in-house», så da er det ikke med i vurderingene til mellomlederne.

Tjenestens krav til spesifisering ble også problematisert av Gordon og Weber (1984), og de anbefalte at høy spesifisering, stort behov for kunnskap om interne forhold som påvirket tjenesten og miljømessige usikkerheter dro beslutningen mot å utføre tjenesten selv. Dette er også punkter som har stått sterkt hos respondentene i deres vurderinger om «make-or-buy».

Gordon og Weber (1984) beskrev også faktor som kan påvirke beslutningene om «make-or-buy», og dersom man har erfaring med å produsere tjenesten kan der påvirke produksjonskostnadene, og det kan være fordel å produsere tjenesten selv. Dette ble presentert som et av de største insentivene til respondentene i deres vurderinger knyttet til produksjon av støttetjenester.

Anderson og Weitz (1986) gjorde også en vurdering av hvilke insentiver som bør ligge til grunn når man skal vurdere «make-or-buy» av tjenester. Respondentene viste til noen insentiver som stod sterkere enn andre faktorer, og selv om økonomi var viktig, ble ikke økonomi isolert lagt til grunn for deres beslutninger. Respondentene var klare på at deres beslutninger ikke skulle gå mot deres strategier og mål, og Helse Nords visjon om at pasienten kommer først var sterkt implementert hos respondentene. Det var også noe som preget deres sammensetning av insentiver for å vurdere «make-or-buy» av en tjeneste: kompetanse, personell, økonomi, fleksibilitet, kvalitet og praktisk. En sammensetning av disse lå til grunn for deres beslutninger, og flertallet av respondentene hadde ikke merverdiavgiften innom vurderingen. Det hadde også vært liten endring av insentivene siden innføringen av nøytral merverdiavgift i 2017. Flere av disse insentivene henger sammen med Anderson og Weitz (1984) sine anbefalinger når man skal overveie det ene alternativet mot det andre.

Respondentene så klart fordeler og utfordringer ved å konkurranseutsette noen støttetjenester, men det var avhengige av kompleksiteten til tjenesten. Desto enklere tjeneste, med lite behov for spesifisering var enkel vurdering å sette ut til ekstern aktør. Derimot i de tjenestene som var preget av uforutsigbarhet og ble vurdert av respondentene som vanskelig å formulere, kontrollere og håndheve kontrakter om, ønsket man å produsere selv. Det ble da en vurdering av effektivitet, kvalitet og lønnsomhet, som styrket deres beslutninger om egenproduksjon.

Det kan være at det er for kort tid siden innføringen for å se en effekt, basert på liten forankring i hele helseforetakene.

7 Konklusjon

Denne oppgaven har ved hjelp av et intervjustudie basert på helseforetak i Helse Nord analysert hvordan innføring av finansieringsordninger fra staten påvirker beslutninger på operativt nivå i helseforetakene. Det har blitt gjort basert på følgende problemstilling:

«Hvordan har innføring av nøytral merverdiavgift påvirket helseforetakenes vurdering knyttet til produksjon av støttetjenester?»

Studien tar utgangspunkt i økonomistyring fra et organisasjonsteoretisk perspektiv (Busch, 2004) for å vise hvilke krefter og press beslutningstakere kan oppleve i helseforetakene. Det viste seg at beslutningstakere blir utsatt for inkonsistente krav eller forventninger knyttet til vurdering om de skal kjøpe støttetjenester fra eksterne aktører eller produsere tjenesten selv.

Studien tok også for seg hvilke konsekvenser økt effektiviserings- og legitimeringskrav kunne ha på helseforetakene. Helseforetakene drives til å bli stadig mer homogene, med bakgrunn i økt press og krav. Beslutningstakerne viste ikke tegn til dekobling, men basert på Weick (1979) sin teori om psykologi i organisasjoner virker det som helseforetakene er preget av løskobling. Enhetene i helseforetakene har gjennomgående atskilt ansvar for sine områder, og har tydelig en egen identitet, samtidig som de skal være en del av en større helhet og påvirke hverandre. Dette kan være en overlevelse metode for å kompensere for en konstant strøm av mindre endringer, som gjennom løskobling kan begrense effekten av endringene på godt og vondt. Noe man kan se i sammenheng med innføring av nøytral merverdiavgift.

Studien analyserer hva beslutningstakere i helseforetakene legger til grunn for sine beslutninger basert på tradisjonell transaksjonsteori (Gordon og Weber, 1984) og Anderson og Weitz (1986) sitt rammeverk for beslutninger om «make-or-buy» av tjenester. Studien viste at beslutningstakernes insentiver for vurdering om kjøp eller egenproduksjon av støttetjenester i helseforetakene støttes opp av teorien.

Respondentenes syn på innføringen av nøytral merverdiavgift sammenfalte med regjeringens insentiver, men det hadde ikke hatt noen påvirkning i tråd med insentivene.

Studien viste at innføringen av nøytral merverdiavgift i helseforetakene ikke hadde ført til endringer i praksis i vurderingene av egenproduksjon eller kjøp av støttetjenester fra private

tilbydere. Den merkbare effekten var hvordan man så på brutto eller nettotall og endringer i kontering i regnskapssystemet. Manglende forankring i tilknytning til innføringen av nøytral merverdiavgift kan være en av årsakene som har ført til minimal påvirkning i beslutningstakernes vurderinger om «make-or-buy».

Studien viste at det kunne ligge ubrukt ubrukt potensial i innføringen av nøytral merverdiavgift. Gjennom bedre dialog mellom seksjoner/enheter/avdelinger – sammenligne og bruke innrapporteringene bedre, kan det kanskje være en fremtidig gevinst i innføringen.

For å ta studien videre kan man gjøre en undersøkelse som også baserer seg på dokumentanalyse for å sammenligne med beslutningstakernes vurderinger og insentiver til «make-or-buy» støttetjenester. Det kan også være av interesse å se hvordan innføringen av nøytral merverdiavgift har påvirket kjøp av helsetjenester fra private.

Litteraturliste

1. Anderson, E. og Weitz, B.A. (1986) Make-or-Buy Decisions: Vertical Integration and Marketing Productivity. Health Research Premium Collection, Sloan Management Review, Spring 1986. 27(3), 3-19
2. Ankill, G. og Strand, P.M., 6.2.2014. Styresak 10-2014 Evaluering av Nordlandssykehuset HF's organisasjonsmodell. Styresak for styret i Nordlandssykehuset HF. Hentet 2.5.2019 fra [1](#)
3. Boxenbaum, E. & Jonsson, S. (2017). Isomorphism, Diffusion and Decoupling: Concept Evolution and Theoretical Challenges. The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism. Sage publications Ltd, 78-99
4. Busch, T. (2015) Akademisk skriving for bachelor- og masterstudenter. Fagbokforlaget Vikmostad & Bjørke AS.
5. Busch, T. (2004) Økonomistyring i et organisasjonsteoretisk perspektiv. TØH-serien; 2004:10, research report. Hentet 8.12.2018 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/149065>
6. Busch, T. og Ramstad L.S. (2006) Modernisering av offentlig sektor: Endring, legitimitet og løse koblinger. *Scandinavian Journal of Business Research*, 2006(1), 51-63.
7. Easterby-Smith, M., m.fl. (2015) Management & business research, 5th edition. Sage publications Ltd.
8. Finansdepartementet (1) 1.7.2015. Høringsnotat – Nøytral merverdiavgift i helseforetakene. Hentet 12.10.2018 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/a9d10c9e00c04ed7b5410835e0ee4156/13_499_9_aei_horingsnotat.pdf
9. Finansdepartementet (2) 08.11.2013. Prop. 1 LS Tillegg 1 2013-2014 – kap 8.1. Hentet 12.10.2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-1-ls-tillegg-1-2013-2014/id745306/sec8#KAP8-1>
10. Finnmarkssykehuset, sist oppdatert 27.3.2019. Organisasjonskart over Finnmarkssykehuset HF. Hentet 2.5.2019 fra https://finnmarkssykehuset.no/Documents/Organisasjonskart/Organisasjonskart_Finnmarkssykehuset.pdf
11. Giske, A.J. 19.5.2012. Mål- og resultatstyring i norske kommuner i et læringsperspektiv. Hentet 5.12.2018 fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/153385/master_giske.pdf?sequence=1

12. Gordon, W. og Weber D. (1984) A transaction cost approach to make-or-buy decisions. *Administrative Science Quarterly*, 29(3), 373-391.
13. Helgelandssykehuset, sist oppdatert 11.12.2018. Drift og eiendom. Hentet 2.5.2019 fra <https://helgelandssykehuset.no/om-oss/drift-og-eiendom>
14. Helsedirektoratet (1) 29.11.2016. Nøytral merverdiavgift i helseforetakene. Hentet 23.9.2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Nøytral%20merverdiavgift/29.11.16%20Presentasjon%20for%20helseforetak%20HOD.pdf>
15. Helsedirektoratet (2) 15.12.2016. Regelverk for nøytral merverdiavgift i helseforetak. Hentet 23.9.2018 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/regelverk-om-noytral-merverdiavgift-2017>
16. Helse Nord (1) 4.5.2018. Hva gjør Helse Nord RHF? Hentet 15.12.2018 fra <https://helse-nord.no/om-oss/hva-gjor-helse-nord-rhf#eierstyring-gjennom-foretaksm%C3%B8ter>
17. Helse Nord (2) 2.1.2018. Organisasjonskart foretaksgruppa Helse Nord. Hentet 15.12.2018 fra <https://helse-nord.no/om-oss/organisasjonskart-helse-nord>
18. Helse Nord (3) 19.12.2018. Regional utviklingsplan 2035. Hentet 2.4.2019 fra <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/Regional%20utviklingsplan%202035%20Helse%20Nord.pdf>
19. Helse Nord (4), sist oppdatert 19.12.2017. Helse Nords strategi. Hentet 15.4.2019 fra <https://helse-nord.no/om-oss/hva-gjor-helse-nord-rhf/helse-nords-strategi#tilgjengelighet>
20. Helse Nord (5) sist oppdatert 27.2.2019. Etske retningslinjer. Hentet 25.4.2019 fra <https://helse-nord.no/om-oss/etske-retningslinjer#kj%C3%B8p-av-varer,-utstyr-og-tjenester>
21. Helse- og omsorgsdepartementet (1) 4.5.2017. Oppdragsdokument 2017 Helse Nord RHF. Hentet 5.12.2018 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-helse-nord-rhf-2017-c.pdf>
22. Helse- og omsorgsdepartementet (2) 16.9.2016. Prop. 1 S (2016-2017), del 2.2. Hentet 5.12.2018 fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-hod-20162017/id2513924/sec1?q=merverdiavgift#match_0
23. Jacobsen, D.I. (2015). Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode 3.utg. Cappelen Damm AS.

24. Johannessen, A. m.fl (2011). Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag. Abstrakt forlag AS.
25. Justesen, og Mik-Meyer (2010). Kvalitative metoder i organisasjons- og ledelsesstudier. Hans Reitzels Forlag.
26. Knudsen, A.M. og Skjelvik, T. 20.6.2012. Fra krav til handling? Hentet 2.12.2018 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/140964>
27. Langeland, K. (4.4.2017). Styresak 38-2017 Nasjonal helse- og sykehusplan – stedlig ledelse. Styresak for Helse Nord RHF. Hentet 3.5.2019 fra <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202017/20170418/Styresak%2038-2017%20Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20-%20stedlig%20ledelse.pdf>
28. Lovdata (sist rettet 16.2.2015). Forskrift om offentlige anskaffelser. Hentet 10.12.2018 fra <https://lovdata.no/dokument/SFO/forskrift/2006-04-07-402>
29. Nilsen, J. og Grongstad, L.S. 20.6.2012. Forandring fryder? Hentet 2.12.2018 fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/140938/1/Nilsen_J.pdf
30. Sætermo, R. 20.6.2018. Dekobling i styringslinjen? Hentet 2.12.2018 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2566061/Setermo.pdf?sequence=1>
31. Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2012). Kvalitative metoder – Empiri og teoriutvikling. Gyldendal Norsk Forlag.
32. Universitetssykehuset Nord-Norge, 4.11.2016. Dagens organisering av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og hvordan stedlig ledelse ivaretas. Innspillsnotat til utredning av stedlig ledelse. Hentet 2.5.2019 fra [https://unn.no/Documents/Om-oss/Utreddinger%20etc/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20\(2016\)/Utreddning%20stedlig%20ledelse/Dagens%20organisering%20i%20UNN%20og%20stedlig%20ledelse.pdf](https://unn.no/Documents/Om-oss/Utreddinger%20etc/Nasjonal%20helse-%20og%20sykehusplan%20(2016)/Utreddning%20stedlig%20ledelse/Dagens%20organisering%20i%20UNN%20og%20stedlig%20ledelse.pdf)
33. Vorland, L. (sist oppdatert 16.2.2018). Best på innkjøp – et hårete mål? Hentet 5.5.2019 fra <https://helse-nord.no/nyheter/fredagsbrevet/best-pa-innkjop-et-harete-mal>
34. Weick, K.E. (1979). The Social Psychology of Organizing, 2nd edition. McGraw-Hill, Inc.

Vedlegg 1

Meldeskjema 287063

 Skriv ut

Sist oppdatert
08.03.2019

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidifikator
- Lydopptak av personer
- Gps eller andre lokaliseringsdata (elektroniske spor)
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person
- Andre opplysninger som vil kunne identifisere en fysisk person

Type opplysninger

Du har svart ja til at du skal behandle bakgrunnsopplysninger, beskriv hvilke

Navn, arbeidstitel,
ansinnitet

Du har svart ja til at du behandler andre opplysninger som vil kunne identifisere en person, beskriv hvilke

Annen arbeidsrelatert
informasjon . eks deltakelse i fagråd eller lignende

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertridelser?

Nei

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Innføring av nøytral merverdiavgift i helseforetak

Prosjektbeskrivelse

«Hvordan har innføring av nøytral merverdiavgift påvirket egenproduksjon av støttetjenester i helseforetakene?» For å kunne besvare overnevnte problemstilling har jeg utformet følgende forskningsspørsmål: Hvordan har innføringen av nøytral merverdiavgift endret praksis av egenproduksjon av støttetjenester i helseforetakene mot anskaffelse av tilsvarende tjenester fra private leverandører?Hvilke forskjeller er det i praksis mellom ulike helseforetak? Hvilke effekter har ordningen for nøytral merverdiavgift hatt for helseforetakene?

Fagfelt

Andre fagfelt

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Bruke personer i helseforetakene for å beskrive og reflektere over hvordan innføringen har påvirket drift av helseforetaket og hvilke effekter det har hatt for helseforetakene

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Tina Mari Eitran,

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord universitet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Ledelse og innovasjon

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anatoli Bourmistrov, anatoli.bourmistrov@nord.no, tlf: 909 56 042

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Ansatte i helseforetak som er påvirket av ordningen med nøytra merverdiavgift

Rekruttering eller trekking av utvalget

Rekruttering gjennom nettverk og fagråd

Alder

18 - 80

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer
- Gps eller andre lokaliseringsdata (elektroniske spor)
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person
- Andre opplysninger som vil kunne identifisere en fysisk person

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Vedlegg

[Utkast intervjuguide - Tina.docx](#)

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[Samtykkeerklæring.doc](#)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Skriftlig eller muntlig

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

De registrerte kan få innsyn om opplysninger ved forespørsel.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Private enheter

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Student (studentprosjekt)
- Prosjektansvarlig
- Interne medarbeidere

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres
- Adgangsbegrensning

Varighet

Prosjektperiode

18.01.2019 - 20.05.2019

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Ja

Begrunn

De vil kunne identifiseres gjennom stillingstittel i helseforetak - samtykkeerklæring dekker dette

Tilleggsopplysninger

Vedlegg 2

NSD sin vurdering

 Skriv ut

Prosjekttittel

Innføring av nøytral merverdiavgift i helseforetak

Referansenummer

287063

Registrert

08.03.2019 av Tina Mari Eitran - tina.m.nilsen@student.nord.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Nord universitet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Ledelse og innovasjon

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anatoli Bourmistrov, anatoli.bourmistrov@nord.no, tlf: 909 56 042

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Tina Mari Eitran, I

Prosjektperiode

18.01.2019 - 20.05.2019

Status

08.03.2019 - Vurdert

Vurdering (1)**08.03.2019 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 08.03.2019. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på

svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.05.2019. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte

til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger

opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres,

og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1

bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTE RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art.

15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning

(art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om

behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og

innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3

Intervjuguide v. 1.0

Innledning:

Intervjuer - Beskrive oppgave, bakgrunn for oppgaven og hvordan intervjuet vil foregå.

Gjennomgang og signatur av samtykkeerklæring, om man ikke allerede har fått det.

Fortelle kort om innføringen av nøytral merverdiavgift og hvilke begrensninger oppgaven har.

Definere støttetjenester.

1. Fakta:

- Stillingstittel i HFet?
- Hvor lenge har du vært ansatt i Helse Nord?
- Hvor lenge har du vært ansatt i din nåværende stilling?
- Hvordan er støttetjenester organisert i ditt helseforetak?
 - Hvilket ansvarsområde ligger til din stilling?
 - Hvem er din nærmeste overordnet (stillingstittel)?

2. Del 1 – Prosesser i HFet før innføringen av nøytral merverdiavgift (1.1.17)

I denne delen ønsker jeg å høre om hvordan prosessene rundt produksjon/innkjøp av støttetjenester var før innføringen. Kan du beskrive prosessene?

Støttespørsmål:

- Hvordan oppdaget man behov?
- Hvordan gikk man videre fra å oppdage et behov?
- Beslutningsprosesser knyttet til vurdering om å produsere støttetjenester eller kjøpe dem fra private aktører.
 - Hvem var beslutningstakere i prosessene, og hadde beslutningsmyndighet?
 - Hvor/når var ulike beslutningspunkt?
 - Når eskalerte man beslutningene til neste nivå?
- Bevissthet rundt vurderingen/beslutningen for produksjon vs innkjøp?
- Hvilke insentiver la til grunn for å vektlegge produksjon vs innkjøp?

3. Del 2 – prosesser i HFet etter innføringen av nøytral merverdiavgift.

I denne delen ønsker jeg å høre om hvordan prosessene/beslutningene rundt produksjon/innkjøp av støttetjenester har vært etter innføringen. Kan du beskrive hvordan prosessene har vært siden 1.1.17? Hva har endret seg?

Oppfølging – støttespørsmål fra del 1

- Hvordan oppdager man nå behov?
- Hvordan går man videre fra å oppdage et behov?
- Beslutningsprosesser knyttet til vurdering om å produsere støttetjenester eller kjøpe dem fra private aktører.
 - Hvem var beslutningstakere i prosessene, og hadde beslutningsmyndighet?
 - Hvor/når er ulike beslutningspunkt?
 - Når eskaleres man beslutningene til neste nivå?
- Bevissthet rundt vurderingen/beslutningen for produksjon vs innkjøp?
- Hvilke insentiver la til grunn for å vektlegge produksjon vs innkjøp?

Annet:

- Hvilken effekt har innføringen hatt for deres HF?
- Hvilke mål strategier har HFet for innkjøp/produksjon av støttetjenester?

4. Del 3 – Refleksjoner fra intervjukandidat

- Hvordan reagerte du på innføringen?
- Hvilke tanker har du gjort deg etter innføringen?
 - i. Muligheter
 - ii. Utfordringer
- Hvordan oppfatter du merverdiavgiften og dens effekt på din arbeidshverdag?
- Hvilke effekter tror du innføringen totalt har vært hos helseforetakene?
- Avslutning - Har du andre dimensjoner/innspill til oppgaven som du ikke har nevnt eller som jeg ikke har spurt om?

Vedlegg 4

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Innføring av nøytral merverdiavgift i helseforetakene”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut om insentivene for innføring av nøytral merverdiavgift til helseforetakene har blitt innfridd. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å er å finne ut om insentivene for innføring av nøytral merverdiavgift til helseforetakene har blitt innfridd. Dette skal jeg forsøke å gjøre gjennom følgende problemstilling:

«Hvilke effekter har innføring av nøytral merverdiavgift hatt for bruk av støttetjenester i helseforetakene?»

For å kunne besvare problemstillingen har jeg utformet følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan har innføringen av nøytral merverdiavgift endret praksis av egenproduksjon av støttetjenester i helseforetakene mot anskaffelse av tilsvarende tjenester fra private leverandører?
- Hvilke forskjeller er det i praksis mellom ulike helseforetak?

Dette prosjektet er en avsluttende masteroppgave i mitt studie som Siviløkonom ved Nord Universitet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er trukket ut fra ulike utvalgskriterier, som stilling og helseforetak. Du fikk spørsmål om å delta grunnet ditt arbeidsforhold i helseforetaket du er ansatt. Jeg har fått dine kontaktopplysninger fra Helse Nord RHF.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du deltar innebærer det at du deltar i et kvalitativt intervju, med eventuelle spørsmål knyttet til intervjuet i ettertid. Intervjuet er delt inn i tre deler, prosesser før innføringen, etter innføringen og dine refleksjoner av innføringen. Intervjuet vil ta omtrent en time, hvor jeg vil gjøre notater og ta lydopptak av intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som vil ha tilgang til opplysningene er student og veileder ved Nord Universitet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Deltakere vil kunne gjenkjennes i publisering, gjennom sin stillingstittel i helseforetaket.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes medio juni 2019. Personopplysninger og eventuelle opptak slettes ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Prosjektet meldes inn til NSD – Norsk senter for forskningsdata AS som vurderer at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Nord Universitet ved Tina Eitran (student) og Anatoli Bourmistrov (veileder).

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Eventuelt student

Anatoli Bourmistrov

Tina Mari Eitran

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Innføring av nøytral merverdiavgift i helseforetakene*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- ☐ å delta i intervju med eventuelle oppfølgingsspørsmål
- ☐ at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes gjennom stillingstittel i helseforetak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. medio juni 2019

Dato:

Navn:

Vedlegg 5

Forespørsel om deltakelse på et intervju i forbindelse med masteroppgave i økonomistyring

Jeg heter Tina Eitran og skal skrive en masteroppgave i økonomistyring ved Handelshøyskolen ved Nord Universitet i Bodø. Jeg jobber i tillegg i Helse Nord RHF og fikk anbefalt å ta kontakt med dere fra en kollega, som trodde dere kunne bidra til min oppgave.

Tema for oppgaven min er innføring av nøytral merverdiavgift i helseforetak. Jeg ønsker å ta en kvalitativ tilnærming til å undersøke hvordan prosessene har endret seg i helseforetakene. Studiet vil fokusere på hvordan innføring av nøytral merverdiavgift i helseforetakene har påvirket beslutningstakere i prosessen med å vurdere egenproduksjon mot anskaffelse av ikke-medisinske tjenester.

Målet med datainnsamlingen er å kartlegge virkeligheten i helseforetakene, for å sammenligne med intensjonen for innføringen av nøytral merverdiavgift. Dette ønsker jeg å finne ut av gjennom å intervju sentrale personer i helseforetakene som blir påvirket av eller deltar i beslutningene om å enten anskaffe eller bruke egne ressurser for å dekke et behov i helseforetaket.

Intervjuet vil holdes februar/mars 2019, og jeg forventer at det vil ha en varighet på omtrent en time. Vi kan sammen avtale hvor og når intervjuet kan finne sted. Intervjuet vil bli tatt opp med båndopptaker eller lignende, og jeg vil komme til å ta notater når vi snakker. Spørsmålene vil handle om hvordan dere vurderer å gå til innkjøp av støttetjenester eller dekke behovet selv gjennom egenproduksjon.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Masteroppgaven skal avsluttes mai 2019. Prosjektet meldes inn til NSD. Jeg er underlagt taushetsplikt og opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dataene slettes når sensuren har falt juni 2019.

Dersom du har noen spørsmål kan du ta kontakt med meg på mobil ### ## ### eller sende meg en e-post til ##### eller #####.

Mvh
Tina Eitran

20.02.2019

Vedlegg 6

Kodebok

Organisering_støttetjenester

Konkurransebilde_før

Konkurransebilde_etter

Benchmarking_før

Benchmarking_etter

Beslutningsprosess_før

Beslutningsprosess_etter

Beslutningstakere

Innføring_effekt

Innføring_forankring

Insentiv_effektivitet_før

Insentiv_effektivitet_etter

Insentiv_fleksibilitet_før

Insentiv_fleksibilitet_etter

Insentiv_kompetanse_før

Insentiv_kompetanse_etter

Insentiv_krav_før

Insentiv_krav_etter

Insentiv_kvalitet_før

Insentiv_kvalitet_etter

Insentiv_personell_før

Insentiv-personell_etter

Insentiv_praktisk_før

Insentiv_praktisk_etter

Insentiv_økonomi_før

Insentiv_økonomi_etter

Press_politikk

Mulighet

Mulighet_samarbeid

Mulighet_kommunikasjon

Mulighet_stordriftsfordeler

Utfordring

Utfordring_investering

Utfordring_budsjett

Utfordring_etisk_dilemma

Utfordring_anbud_avtale

Strategi_støttetjenester