

SENTRALISERING AV INNKJØP I HELSESEKTOREN

EN PRINSIPIELL ØKONOMISK ANALYSE MED
SÆRLIG VEKT PÅ VIRKNINGER FOR
LEVERANDØRER AV MEDISINSK UTSTYR

PROF. NILS-HENRIK M. VON DER FEHR
UNIVERSITET I OSLO

17. JUNI 2007

FORORD

Leverandørforeningen for Helsesektoren (LFH) har gitt meg i oppdrag å skrive en utredning om virkningene på leverandørindustrien av at innkjøpene i helsevesenet sentraliseres.

Jeg har også tidligere arbeidet med denne type næringsøkonomiske problemstillinger. Som professor ved Universitetet i Oslo har jeg skrevet en rekke vitenskapelige arbeider innenfor feltet næringsøkonomi. Jeg har også i forskjellige sammenhenger vært engasjert som rådgiver i næringsøkonomiske saker. Jeg var i 1997-8 medlem av et ekspertutvalg oppnevnt av Konkurransetilsynet for å vurdere konkurranseøkonomiske analysemetoder. Jeg har ledet et ekspertutvalg om konkurranse i kraftmarkedet for Arbeids- og administrasjonsdepartementet, samt et ekspertutvalg om konkurranse mellom offentlig og privat virksomhet for Moderniseringsdepartementet og Konkurransetilsynet. Jeg har også hatt andre rådgivningsoppdrag for offentlige og private aktører. Slike engasjementer har gitt innsikt i problemstillingene, men de har selvsagt ikke vært førende for konklusjonene.

Under arbeidet med denne rapporten har min kontaktperson i LFH vært generalsekretær Knut Løvdal. Arbeidet er basert på informasjon gjort tilgjengelig av LHF, samt de skriftlige kilder som er opplistet i referanselisten. Jeg har ikke hatt mulighet for en fullstendig verifikasjon av dette materialet, men har måttet legge til grunn at det er nøyaktig og fullstendig. Det vært avholdt flere møter med representanter for foreningen, og arbeidet har vært presentert på konferanser og seminarer med deltagelse fra både leverandørsiden og innkjøpssiden, der det har vært anledning til å diskutere problemstillingene. John H. Skjulhaug, MA/logistikksjef ved Sykehuset Østfold HF, har lest igjennom rapporten og kommet med verdifulle innspill. Alle synspunkter i rapporten står for min regning.

Oslo 17. juni 2007

Nils-Henrik M. von der Fehr

SAMMENDRAG

Et gjennomgående trekk ved de senere års reformer av innkjøpene i helsesektoren er en større grad av sentralisering. Dette trekket er kanskje mest synlig for sykehusene, som følge av dannelsen av de regionale helseforetakene og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS). Det er imidlertid også tydelig i andre deler av sektoren, blant annet i kommunene, der innkjøp samordnes både innenfor og på tvers av kommunegrensene. Parallelt har det skjedd en profesjonalisering av innkjøpsfunksjonen, blant annet ved at ansvaret for innkjøp er flyttet fra operativt helsepersonell til særskilte innkjøpere. Stadig oftere skjer innkjøpene som anbudskonkurranser, i noen tilfeller ved hjelp av elektroniske løsninger. Utviklingen skyter nå ytterligere fart som følge av sammenslåelsen av helseregionene Sør og Øst og NAVs endrede strategi for innkjøp av tekniske hjelpemidler.

Rapporten inneholder en fagøkonomisk analyse av reformenes virkninger på leverandørene av medisinsk utstyr, samt konsekvensene av endringer på leverandørsiden for helsevesenet selv. Analysen er basert på de forutsetninger som vanligvis legges til grunn i samfunnsøkonomiske analyser, herunder at formålet med virksomheten er verdiskapning i samfunnsøkonomisk forstand. I denne sammenheng kan formålet uttrykkes som ”et effektivt helsevesen tilpasset befolkningens behov”.

Valg av sentraliseringsgrad innebærer avveininger. Mer sentralisert organisering tillater bedre utnyttelse av innkjøpsfaglig kompetanse, men medfører samtidig mindre innslag av brukerkompetanse; avstanden til brukerne må bli større når innkjøpene foretas sentralt. Ved å samordne og konsentrere innkjøpene på færre produkter og leverandører, kan man oppnå stordriftsfordeler, men slik standardisering reduserer mulighetene for brukertilpasning; et smalt utvalg kan ikke tilfredsstillende et bredt behov. Den optimale grad av sentralisering varierer med typen av utstyr; organiseringen av innkjøpene må derfor være tilstrekkelig fleksible til å tillate at forskjellige typer utstyr kjøpes inn på forskjellige måter, der graden av sentralisering er tilpasset særtrekkene ved utstyret og den underliggende forsyningskjeden.

Rammebetingelsene for helsesektoren er slik innrettet at avveiningen mellom de ulike hensynene ikke nødvendigvis blir balansert. Spesielt vil det som oppleves som

knappe budsjetter, kunne medføre en form for kortsiktighet, som trekker i retning av en overdreven grad av sentralisering og standardisering. For dem som fatter beslutningene om innkjøp i helsesektoren, kan det dessuten være vanskelig å overskue konsekvensene for leverandørindustrien.

I den forbindelse er det to forhold ved leverandørindustrien som er avgjørende; det ene er at den er norsk, det andre at den er fullstendig avhengig av helsesektoren. Leverandørene av medisinsk utstyr selger i realiteten ”pakker”, som dels består av selve utstyret og dels av en rekke tilleggstjenester, som installasjon, opplæring, bistand ved bruk, service og reparasjon. Selv om mye av det medisinske utstyret er produsert i utlandet, må leverandørene ha kontor og personell i Norge for å kunne utføre tilleggstjenestene. Som regel er leverandørene fullstendig avhengig av helsesektoren, fordi det er der de eneste kundene befinner seg; virksomheten til den enkelte leverandør står og faller med innkjøpene i helsesektoren.

Reformene i helsevesenets innkjøp har derfor direkte betydning for leverandørene av medisinsk utstyr. Det er blitt sterkere konkurranse og press mot prisene, mer standardisering og konsentrasjon i bransjen. Samtidig har det skjedd endringer når det gjelder både form på og innhold i kontraktene, blant annet med hensyn til omfanget av tilleggstjenester. Service og opplæring av helsepersonell i regi av leverandørene er redusert; det er også en tendens til at slike elementer ikke lenger inngår som en underforstått del av avtalen om selve utstyret, men at de avtales og betales særskilt.

Det er et omfattende og komplekst samspill mellom helsevesenet på den ene side og leverandørindustrien på den andre. Endringer i helsesektoren kan derfor påvirke leverandørindustrien på måter som er vanskelige å overskue og som kan få uheldige virkninger for helsevesenet selv. Virkningene kan dessuten være vanskelige å reversere; det kan for eksempel være umulig å få inn igjen leverandører som har forlatt markedet. Når skaden først er skjedd, er den vanskelig å gjenopprette. Det tilsier at det utøves særskilt forsiktighet med endringer som kan få vesentlig innvirkning på leverandørindustrien. Spesielt er det viktig å være klar over at det som vinnes på kort sikt ved å samle innkjøpene på færre produkter og leverandører, på lang sikt kan tapes som følge av at leverandørindustrien blir mer konsentrert og mindre mangfoldig.

INNHOOLD

INNLEDNING.....	1
MARKEDET FOR MEDISINSK UTSTYR	4
Produkter	4
Tilbudssiden	5
Etterspørselssiden	6
Prosesser og avtaler	8
REFORMER AV INNKJØPSORDNINGEN.....	10
SENTRALISERING.....	14
Organisering	14
Innkjøp.....	21
Valg av sentraliseringsgrad	24
INCITAMENTER I HELSESEKTOREN.....	27
VIRKNINGER PÅ LEVERANDØRINDUSTRIEN	33
Transaksjonskostnader	35
Kjøpermakt.....	36
Utvalg, kvalitet og tilleggstjenester.....	39
Markedskonsentrasjon og konkurranse	44
Etableringsbarrierer	46
Forskning og utvikling	47
OPPSUMMERING OG KONKLUSJON.....	51
REFERANSER	53

INNLEDNING

Et gjennomgående trekk ved de senere års reformer av innkjøpene i helsesektoren er en større grad av sentralisering. Dette trekket er kanskje mest synlig for sykehusene, som følge av dannelsen av de regionale helseforetakene og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS). Sentraliseringstrekket er imidlertid tydelig også i andre deler av helsesektoren, blant annet i kommunene, der innkjøp samordnes både innenfor og på tvers av kommunegrensene. Parallelt med sentraliseringen har det skjedd en profesjonalisering av innkjøpsfunksjonen, blant annet ved at ansvaret for innkjøp er flyttet fra operativt helsepersonell til særskilte innkjøpere. Stadig oftere skjer innkjøpene i form av anbudskonkurranser, i noen tilfeller ved hjelp av elektroniske løsninger. Utviklingen skyter nå ytterligere fart som følge av sammenslåelsen av helseregionene Sør og Øst, samt NAVs endrede strategi for innkjøp av tekniske hjelpemidler.

Reformene i helsevesenets innkjøp har betydning for leverandørene av medisinsk utstyr. Det er blitt sterkere konkurranse og press mot prisene, mer standardisering og konsentrasjon i bransjen. Samtidig har det skjedd endringer når det gjelder både form og innhold i de kontrakter som inngås, blant annet med hensyn til omfanget og graden av tilleggstjenester. Service og opplæring av helsepersonell i regi av leverandørene er redusert; det er også en tendens til at slike elementer ikke lenger inngår som en underforstått del av avtalen om selve utstyret, men at de avtales og betales særskilt.

Jeg er blitt bedt om å foreta en fagøkonomisk analyse av virkningene på leverandørene av medisinsk utstyr av reformene i helsevesenet, samt konsekvensene av endringer på leverandørsiden for helsevesenet selv. Selv om utgangspunktet er medisinsk utstyr, er analysen relevant også for innkjøp av andre varer og tjenester, i helsesektoren såvel som i andre deler av offentlig forvaltning.

Analysen er basert på de forutsetninger som vanligvis legges til grunn i samfunnsøkonomiske analyser, herunder at formålet med virksomheten er verdiskapning i samfunnsøkonomisk forstand. I denne sammenheng kan formålet litt løselig uttrykkes som "et effektivt helsevesen tilpasset befolkningens behov". For å oppfylle formålet, må innkjøpene av medisinsk utstyr være kostnadseffektive, hvilket

blant annet betyr at prisene må stå i et rimelig forhold til kvaliteten på utstyret og kostnadene ved å levere det. Kvaliteten på utstyret må dessuten være i overensstemmelse med de ambisjoner man har for helsevesenet, slik de blant annet kommer til uttrykk gjennom politiske vedtak på ulike nivåer.

Med dette utgangspunkt blir hensynet til leverandørindustrien for såvidt underordnet; leverandørindustrien er et middel til å realisere målsetningen om et godt helsevesen, ikke et mål i seg selv. Det betyr naturligvis ikke at leverandørindustrien er uvesentlig; bare en velfungerende leverandørindustri kan levere det utstyr helsevesenet er avhengig av. Det betyr imidlertid at tiltak rettet mot leverandørindustrien må være avledet av det grunnleggende mål om et godt helsevesen; tiltakene er vellykkede i den grad de fremmer dette målet, ikke hvorvidt leverandørindustrien som sådan vinner på dem.

Det er ikke nødvendigvis noe mål at leverandørindustrien skal være spesielt lønnsom; tvertimot kan høye marginer være et uttrykk for ineffektivitet, fordi det indikerer at helsevesenet betaler unødvendig mye for utstyret. Det er heller ikke nødvendigvis noe mål at leverandørindustrien er stor, at den er norsk eller at den bidrar med eksportinntekter. Fra et kostnadseffektivitetssynspunkt er det avgjørende at det medisinske utstyret holder riktig kvalitet og leveres til konkurransedyktige priser – ikke hvor det kommer fra. Slik sett er norske leverandører eksistensberettiget i den grad de hevder seg i konkurransen.

En annen sak er at norsk tilknytning i seg selv kan være et konkurransefortrinn. Nærhet til det norske helsevesen kan bidra til at det utvikles og tilpasses utstyr for norske forhold; det er også en fordel for dem som skal kjøpe, læres opp og bruke utstyret at leverandøren behersker norsk. En stor og lønnsom norsk leverandørindustri kan også være et tegn på konkurransedyktighet. Det avgjørende er at størrelse og lønnsomhet er et resultat av at leverandørindustrien understøtter helsevesenet på en god måte – ikke omvendt.

Innkjøpsfunksjonen fungerer optimalt når den sørger for at helsevesenet alt i alt oppnår de beste resultater når det gjelder pris og kvalitet, både på kort og lang sikt. Det forutsetter for det første en hensiktsmessig organisering internt i helsevesenet, som ivaretar behovene til brukerne – det vil si pasientene og det medisinske

fagpersonellet – og utnytter de muligheter som finnes på markedet. For det andre forutsetter det effektiv konkurranse på leverandørleddet. Effektiv konkurranse innebærer trykk mot priser og kostnader. Effektiv konkurranse gir også incitamenter til forskning og utvikling. Effektiv konkurranse medfører dessuten avskalling av aktører som ikke er konkurransedyktige og etablering av nye og bedre leverandører. Helsevesenet påvirker konkurranseforholdene gjennom hvordan man opptrer på markedet, herunder hvordan innkjøpene er organisert, hvordan anbud og kontraktsbetingelser utformes og ved valget av leverandører.

I samfunnsøkonomiske analyser er det vanlig å skjelne mellom statisk og dynamisk effektivitet. Med statisk effektivitet menes blant annet at utvalget av produkter er tilpasset ulikheter i behov, og at prisene reflekterer underliggende kostnader. Med dynamisk effektivitet menes at man over tid videreutvikler produkter og produksjonsprosesser på en god måte, gjennom forskning og innovasjon. I mange tilfeller er det en nær og positiv sammenheng mellom statisk og dynamisk effektivitet, i den forstand at tiltak som gir høyere statisk effektivitet også bidrar til bedre dynamisk effektivitet; det gjelder for eksempel der helsevesenet lykkes med å kommunisere klart og tydelig hvordan produktene må være utformet for å ivareta brukernes behov. I noen tilfeller kan det imidlertid være en motsetning mellom statisk og dynamisk effektivitet; det gjelder for eksempel der et sterkt press mot prisene medfører en reduksjon i utvalget og kvaliteten på de varer og tjenester som tilbys på markedet. I slike tilfeller vil det være en avveining mellom kortsiktige hensyn på den ene side og langsiktige hensyn på den annen. Som forklart nedenfor, fremstår denne problemstillingen som sentral i den pågående reform av innkjøpene i helsesektoren.

Rapporten er organisert på følgende måte. I neste kapittel gis en kort beskrivelse av det norske markedet for medisinsk utstyr. Dernest diskuteres bakgrunnen og begrunnelsen for de senere års reformer av innkjøpene i helsesektoren. Det følgende kapittel inneholder en prinsipiell diskusjon av hva som menes med sentralisering av innkjøp, og hvilke avveininger som må foretas internt i helsesektoren ved organiseringen av innkjøpene. De to neste kapitler er viet potensielle problemer med organiseringen av innkjøpene, dels som følge av interne forhold i helsesektoren selv og dels som følge av uheldige konsekvenser på markedet for medisinsk utstyr. Rapporten avsluttes med en kort oppsummering og konklusjon.

MARKEDET FOR MEDISINSK UTSTYR

Dette kapitlet inneholder en skisse av markedet for medisinsk utstyr i Norge.¹ Kapitlet er inndelt i fire deler, med separate omtaler av henholdsvis de produkter som omsettes på markedet, tilbudssiden og etterspørselssiden av markedet og de anbudsprosesser og avtaler som regulerer omsetningen. Kapitlet er ment å danne en faktamessig bakgrunn for den mer prinsipielle diskusjon i de påfølgende kapitler.

PRODUKTER

I henhold til lov om medisinsk utstyr menes det med slikt utstyr ”*ethvert instrument, apparat, hjelpemiddel, materiale eller enhver annen gjenstand som brukes alene eller i kombinasjon, herunder nødvendig programvare, og som av produsenten er ment å skulle brukes på mennesker i den hensikt å a) diagnostisere, forebygge, overvåke, behandle eller lindre sykdom, b) diagnostisere, overvåke, behandle, lindre eller kompensere for skade eller uførhet, c) undersøke, erstatte eller endre anatomien eller en fysiologisk prosess, d) forebygge svangerskap*” (§3, lov av 12. januar 1995 nr. 6).² I registeret for leverandører av medisinsk utstyr i Norge var det ved utgangen av 2005 registrert 8 480 ulike utstyrstyper.

Markedet for medisinsk utstyr omfatter med andre ord et bredt spekter av produkter. Noe av utstyret er svært spesialisert, teknisk avansert og kostbart, slik som for eksempel apparatur for større kirurgiske inngrep. Annet utstyr er mer standardisert, enklere og relativt billig, slik som for eksempel engangsundersøkelseshansker (selv om det også innenfor denne kategorien finnes en rekke ulike typer og kvaliteter). Felles for nesten alt medisinsk utstyr er at det er tilpasset de spesielle behov i helsevesenet og derfor i liten eller ingen grad brukes utenfor denne sektoren.

¹ Kapitlet bygger i det alt vesentlige på opplysninger fra LFH. For en analyse av den europeiske utstyersindustrien, med særlig vekt på innsatsen innenfor forskning og utvikling, se Pammolli *et al* (2005).

² Loven, som har til formål ”å forhindre skadevirkninger, uhell og ulykker, samt sikre at medisinsk utstyr utprøves og anvendes på en faglig og etisk forsvarlig måte”, inneholder bl.a. bestemmelser om krav til utstyr (herunder krav om klinisk utprøving), merking og markedsføring, lagring og veiledning ved salg, informasjon, bruk, tilsyn, registrering og meldeplikt ved hendelsesavvik, feil eller svikt.

Det medisinske utstyret leveres sjelden alene, men inngår som regel i en større produktpakke. Produktpakken kan omfatte en rekke forskjellige varer og tjenester, som for eksempel installasjon og montering av utstyret, opplæring av brukere, service og vedlikehold samt reparasjoner. I noen tilfeller inngår det også kompetansemessig og utstyrsmessig bistand; for eksempel bistår leverandører av visse typer operasjonsutstyr under selve operasjonen, dels med spesialutstyr og dels med kompetanse og hjelp ved planlegging og gjennomføring av inngrepet.

For å kunne tilby tilleggstjenester, må leverandørene ha etablert en organisasjon som er istand til å levere disse tjenestene. For eksempel krever insulinpumper – som leveres til pasientene via avdeling for behandlingshjelpemidler på sykehusene – brukeropplæring og oppfølging av pasientene; det innebærer at leverandørene av slike pumper må ha et serviceapparat som er tilgjengelig på døgnkontinuerlig basis. For mange typer utstyr er det strenge krav til leveringstider, noe som innebærer at leverandørene må holde lagre i nærhet av brukeren, i praksis i Norge.

TILBUDSSIDEN

Det brede spektret av produkter gjenspeiler seg på tilbudssiden av markedet. De 8 480 forskjellige utstyrstypene i registeret for leverandører av medisinsk utstyr var fordelt på 1 023 ulike leverandører med større eller mindre porteføljer av utstyrstyper (apparatmodeller eller diagnostiske produkter). Omkring 40 av disse leverandørene var oppført som norske produsenter av medisinsk utstyr; de øvrige var distributører eller forhandlere.

Tabell 1 gir en oversikt over medlemsmassen i Leverandørforeningen for Helsesektoren (LFH), fordelt etter størrelse på omsetningen. Av de 135 medlemsbedriftene er hovedtyngden små og mellomstore; bare 18 av bedriftene hadde en omsetning på over 100 millioner kroner. De aller fleste vesentlige leverandører av medisinsk utstyr til helsesektoren er medlemmer av LFH. En unntagelse fra denne regelen er GM Healthcare, som med en omsetning på ca. 1 milliard kroner er stor i norsk sammenheng.

Tabell 1: LFHs medlemsmasse, fordelt etter omsetning i 2005 (kilde: LFH)

Omsetning, mill. kr.	Antall
100 – 300	18
30 – 100	37
5 – 30	55
0 – 5	25

Selv om hovedtyngden av det medisinske utstyret er importert, finnes det altså en del norske leverandører som produser utstyr selv. De norske produsentene gjør seg særlig gjeldende innenfor rehabiliteringsprodukter, som rullestoler, løftere og gåstoler, men det finnes også norske produsenter av mer avansert, høyteknologisk medisinsk utstyr. I tillegg til selve utstyret tilbyr leverandørene som nevnt tjenester som levering, montasje, opplæring, assistanse ved bruk, samt reparasjoner og vedlikehold.

Variasjonen i produktspekteret blant leverandørene kan illustreres med LFHs inndeling av medlemmene i interessegrupper:

- akuttmedisinsk utstyr, intensiv, anestesi og ernæring
- medisinsk engangsutstyr
- ortopediske produkter, implantater og proteser
- medisinsk teknisk utstyr, IT og telemedisin
- hørselsutstyr
- tekniske hjelpemidler for funksjonshemmede
- tilpasning av bil for funksjonshemmede

ETTERSPØRSELSSIDEN

Etterspørselsiden av markedet for medisinsk utstyr består i det alt vesentlige av tre nokså klart adskilte segmenter; NAV (tidl. Rikstrygdeverket), sykehussektoren og kommunesektoren. I tillegg omsettes noe medisinsk utstyr til forskjellige private helseinstitusjoner. Tabell 2 gir en oversikt over den årlige omsetningen til de ulike

segmentene, basert på anslag for 2005.³ Av de totale leveransene av medisinsk utstyr på 7,25 milliarder kroner ble 38 prosent innkjøpt via Rikstrygdeverket, 41 prosent via helseforetakene og 14 prosent via kommunene.

Tabell 2: Omsetning av medisinsk utstyr etter kjøpergruppe, 2005* (kilde: LFH)

Kjøpergruppe	Innkjøp, mill. kr.
NAV (Rikstrygdeverket)	2 750
- tekniske hjelpemidler	1 200
- sykepleieartikler	800
- hørsel, høreapparater etc.	400
- bilombygging**	350
Helseforetak (statseide og private sykehus)	3 000
Kommuner	1 000
Privat (legesentra o.l.)	500
Totalt	7 250

* Tallene er eks. laboratoriemateriell og dentalutstyr.

** Inkl. bare kostnadene til selve ombyggingen, ikke bilene som sådan.

NAV inngår nasjonale avtaler på vegne av utstyrssentraler, trygdede og andre. Innkjøpene foretas gjennom toårige anbud.⁴ NAV har oppdelt produktene i ca. 25 kategorier, med hver sin anbudsfrekvens. Anbudene fungerer som en form for prekvalifisering, der de produkter som aksepteres, trykkes i den såkalte "Rosa bok". Fra "Rosa bok" velger de 19 hjelpemiddelsentralene sitt lokale sortiment gjennom bestillinger til de kvalifiserte leverandørene. Leveringsvilkårene er fastlagt i rammeavtaler mellom NAV og de respektive leverandører.

I sykehussektoren foretas innkjøpene på forskjellige nivåer, henholdsvis det enkelte helseforetak (sykehus), de regionale helseforetakene og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS). Sykehusreformen av 2002 har ført til utvidet innkjøpssamarbeid mellom helseforetakene innenfor hver av de fem regionene.

³ Med unntagelse for enkelte produktgrupper (bl.a. stomiprodukter, sårbehandlingsprodukter og inkontinensprodukter, der LFH får utarbeidet særskilt statistikk) og enkelte segmenter (f.eks. fører NAV statistikk over egne innkjøp), finnes det ikke noen fullstendig oversikt over omsetningen i bransjen. LFH har basert anslagene i tabell 2 på tilgjengelig datamateriale samt informasjon innhentet fra bl.a. medlemmene i LFH og sykehusene.

⁴ Nylig har NAV pga. manglende kapasitet til å gjennomføre nye anbud, måttet forlenge flere avtaler med ett år.

Samarbeidet omfatter ikke nødvendigvis alle helseforetakene i en region, og foretakene blir ikke alltid enige om hvilke produkter de skal velge. Det er et gryende samarbeid på tvers av regionsgrensene, særlig om produkter med store volumer. Med den nylige sammenslåelsen av helseregionene Sør og Øst, har det skjedd en ytterligere konsentrasjon i sykehussektoren. Den nye regionen – som omfatter 2,5 millioner, eller godt over halvparten av landets innbyggere – er ulike mye større enn de tre øvrige regionene, og den må derfor forventes å få avgjørende betydning innenfor dette segmentet.

HINAS var opprinnelig tenkt som et innkjøpskontor for alle helseforetakene i Norge. Det eies av de regionale helseforetakene. HINAS har fremforhandlet en del avtaler – med tildels vesentlige besparelser – for blant annet kontormateriell, kredittkort, flyreiser og hotellovernattinger, men spiller foreløpig en relativt beskjeden rolle når det gjelder medisinsk utstyr; så langt gjelder bare tre av avtalene medisinsk utstyr (insulinpumper, medisinske gasser for hjemmebruk og inkontinensmateriell).

Kommunesektoren omfatter primærhelsetjenesten (som legekontorer og helsestasjoner), sykehjem og andre pleieinstitusjoner. Som hovedregel foretas innkjøpene fra den enkelte enhet, men i stigende grad samles innkjøpene i avtaler som omfatter hele kommuner. I noen tilfeller skjer det også innkjøpsamarbeid på tvers av kommunegrensene. I de store kommunene – som Oslo, Bergen og Trondheim – er det et høyt profesjonelt nivå i innkjøpsfunksjonen, men i mange av de mindre kommunene foretas innkjøpene av personer som har begrenset kunnskap om markedet for medisinsk utstyr.

Det private markedet omfatter sykehus, legesentra, røntgeninstitutter og helseinstitutter. Antallet innkjøp er stort, men verdien av hvert enkelt innkjøp er gjennomgående liten.

PROSESSER OG AVTALER

Hovedtyngden av medisinsk utstyr kjøpes inn under langsiktige avtaler. Inngåelse av slike avtaler er underlagt regelverket for offentlig innkjøp, der hovedregelen er at

kontrakter skal legges ut på anbud.⁵ En del mindre innkjøp skjer ”over disk”, i direkte kontakt mellom innkjøper og leverandør. Elektronisk handel er iferd med å bli utprøvd flere steder.

De langsiktige avtalene er gjerne utformet som rammeavtaler, der bestillingene foretas løpende i henhold til spesifiserte priser og øvrige leveringsbetingelser. Mens avtalene kan være inngått på et mer overordnet nivå – for eksempel av de regionale helseforetakene – blir bestillingene gjerne foretatt av den enkelte enhet.

Det har vært vanlig at prisene har vært knyttet til det medisinske utstyret som sådan, og at eventuelle tilleggstjenester forutsettes levert uten ekstra betaling. I stigende grad avtales imidlertid tilleggstjenester separat, mot særskilt betaling.

Det har i lengre tid pågått arbeid for å standardisere både innkjøpsprosesser og avtaler, til dels som samarbeid mellom bransjeorganisasjonen LFH og aktørene på etterspørselssiden. Rundt 1990 ble det etablert en dialog med Rikstrygdeverket som senere ble formalisert i de såkalte ”samhandlingsmøter”; de finner nå sted tre ganger i året. Dialogen har medført vesentlig forbedringer av anbudsprosesser og anbuds- og kontraktsformuleringer. NAV foretar for tiden en gjennomgang av sine anskaffelsesmetoder, hvilket har medført endringer som er blitt møtt med sterke protester fra utstysbransjen; det gjenstår å se om disse konfliktene kan løses gjennom dialogen (se også kapitlet ”Virkninger på leverandørindustrien”).

I sykehussektoren pågår det standardiseringsarbeid, som etterhvert er kommet relativt langt. I Helse Øst har man for eksempel utarbeidet et standardisert avtalesett og en standardisert forespørsel, som man tilstreber å bruke i alle anskaffelser. Det pågår også et samarbeid mellom LFH og helseregionene om felles kontraktsmaler, men dette er delvis stoppet opp på grunn av manglende forankring ved de største helseforetakene.

I kommunesektoren er det store variasjoner i anbudsinnhold og –rutiner, og man har ikke lyktes med å få igang noe egentlig standardiseringsarbeid.

⁵ For en evaluering av regelverk for offentlige anskaffelser, se Asplan Viak (2004).

I dette kapitlet omtales kort bakgrunnen for reformene av innkjøpsordningen i helsesektoren. Spesielt diskuteres begrunnelsen for reformene, slik den fremkommer i forarbeidene til helseforetaksloven.

Reformene av innkjøp i helsesektoren reflekterer en generell trend i offentlig sektor, ikke bare i Norge, men i mange land. Utviklingen har sammenheng med den kraftige veksten i omfanget av de tjenester som tilbys befolkningen i regi av offentlige myndigheter.⁶ I et håp om å bremse veksten i de offentlige utgifter, ser man seg om etter muligheter til å effektivisere og spare.

Reformene av innkjøp har ofte skjedd i form av sentralisering, der innkjøpene samles og foretas i regi av større innkjøpskontorer, på tvers av underliggende virksomheter. I helsesektoren har dette blant annet skjedd ved at de regionale helseforetakene har overtatt ansvaret for sykehusenes innkjøp. I tillegg er det opprettet et nasjonalt innkjøpskontor – Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS) – som kan forestå innkjøp på vegne av helseforetakene.

I andre land har man gått enda lengre. I Storbritannia har man vedtatt å sette bort (eng. outsource) store deler av innkjøpsfunksjonen i National Health Service (NHS) til et privat konsortium, under ledelse av det amerikanske selskapet Novation og det tyske selskapet DHL (Clinica, 2006; Hawkes, 2006). Konsortiet skal både stå for innkjøp av og distribusjon av medisinsk utstyr og materiell.

Målet med reformene av offentlige innkjøp i norsk helsesektor er blant annet beskrevet i Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) om helseforetaksloven, der det under overskriften ”samordnede innkjøp” (s. 33) heter:

”Sykehussektoren kjøper utstyr og forbruksmateriell for flere milliarder kroner i året. I norsk målestokk er følgelig sykehusene storinnkjøpere av utstyr,

⁶ En beskrivelse av drivkreftene bak og konsekvensene av utviklingen innenfor helsesektoren, samt mulige løsninger for å møte utfordringene, finnes bl.a. i PricewaterhouseCooper (2005).

materiell, varer og tjenester. Spennvidden er stor, fra avansert medisinsk-teknisk utstyr til mer daglig forbruksmateriell.

Det store årlige volumet for slike innkjøp burde i seg selv gi sykehusene en gunstig forhandlingsposisjon dersom innkjøpene ble bedre samordnet. Forslaget om å organisere sykehusene i statlig eide foretak vil kunne åpne nye muligheter for å ta ut slike gevinster gjennom et bedre organisert samarbeid. Disse gevinstene vil kunne være av ulike slag: lavere priser, bedre kvalitet, sikrere leveranser, standardisering av produkter, industrielt samarbeid med leverandører, enklere drift og bedre service.

Det er imidlertid ikke bare volum som gir grunnlag for slike gevinster, men like meget den bedre utnyttelsen av felles kompetanse som følger av organisert samarbeid. Ved å opptre mer samlet, vil sykehusene fremstå som mer krevende og interessante kunder som leverandørene er stolte over å forsyne, redde for å miste og som de strekker seg for å tilfredsstille. For å oppnå dette, må forsyningsfunksjonen profesjonaliseres, både gjennom synliggjøring, kompetanseheving og lederskapsforankring. Dette kan gjøres ved å gi de regionale helseforetakene det strategiske ansvaret for samordning og samarbeid mellom helseforetakene. Foretakene bør også samarbeide om å ta i bruk elektroniske innkjøpsløsninger (e-handel).

At det strategiske ansvaret for forsyning legges på de regionale helseforetakene, er et vilkår for at en modell for mer desentralisert samordning vil kunne lykkes. Det dreier seg altså ikke om å etablere sentrale forsyningsbyråkratier, men å nettverksorganisere samarbeidet. Ved at det tas noen overordnede grep om spilleregler, samarbeid og arbeidsdeling, blir det mulig å utnytte felles ressurser og komparative fortrinn.

Slike forsyningsnettverk kan også tenkes etablert mellom de regionale helseforetakene, særlig i forhold til innkjøp av kostbart og komplisert medisinsk-teknisk utstyr. For en liten nasjon er det særlig viktig å utnytte spisskompetansen der den fins. Det bør derfor vurderes å gi enkeltmiljøer i foretakene med særlige faglige forutsetninger status som kompetansesentre med nasjonale oppgaver. I kraft av sin kompetanse vil slike sentre kunne gi råd om

funksjonalitet, kravspesifikasjoner, kompetanse- og opplæringsbehov, krav til service, pris/ytelse, leveringssikkerhet med mer.

I en forsyningsmodell basert på desentralisert samordning er nøkkelen til suksess å finne det riktige nivået for samordning. Det skjer best ved at de enkelte enhetene motiveres til deltagelse, både ved å utnyttes som ressurs og gjennom de synlige gevinster som kan høstes gjennom samarbeidet.”

Her er omtalt mange momenter, særlig når det gjelder mulige gevinster ved sentralisering. Samtidig antydes en rekke vanskelige problemstillinger, uten at det er helt klart hvordan det er tenkt at disse skal håndteres.

Som det vises til innledningsvis i sitatet – og som det ble påpekt i forrige kapittel – er innkjøpene i helsesektoren ikke bare store i volum, men de spenner over en rekke forskjellige varer og tjenester. Organiseringen av innkjøpsfunksjonen må ta hensyn til dette mangfoldet. Det er for eksempel ikke åpenbart at sentralisering og samordning er hensiktsmessig for alle typer innkjøp.

I proposisjonen fremheves gevinstene ved samordning, men det er klart at samordning også innebærer kostnader. Det kreves ressurser til koordinering og administrasjon, enten det dreier seg om sentrale innkjøpsenheter eller innkjøpsnettverk. Det som omtales som ”profesjonalisering” – i form av synliggjøring, kompetanseheving og ledelsesforankring av innkjøpsfunksjonen – er også ressurskrevende. Uansett hvor gode hensiktene måtte være, kan det i praksis vise seg vanskelig å unngå at det i noen grad ”*etableres sentrale forsyningsbyråkratier*”.

I tillegg til de direkte, administrative kostnadene ved samordning kommer indirekte kostnader i form av dårligere forankring og tilpasning til behovene i de enkelte deler av virksomhetene. Med sentralisering av ansvar og standardisering av innkjøp må nødvendigvis avstanden til den enkelte bruker og hans eller hennes behov bli større. Sentralisering medfører også at man i større eller mindre grad bryter den direkte kontakten mellom brukere og leverandører. De gevinster som kan oppnås gjennom bedre samordning, må derfor avveies mot de ulemper som oppstår ved at brukerne i mindre grad blir direkte involvert.

I proposisjonen fremheves det også at bedre samordning gir grunnlag for en sterkere forhandlingsposisjon for helsesektoren. Utnyttelse av kjøpermakt vil få konsekvenser for strukturen og funksjonsmåten til leverandørindustrien. Spesielt vil standardisering og press mot prisene måtte medføre en konsentrasjon også på leverandørsiden. Slik konsentrasjon vil ikke bare kunne virke som en ”motmakt” til helsesektorens kjøpermakt, men vil også kunne få betydning for den langsiktige utviklingen av tilbudet av medisinske produkter, herunder utvalg, kvalitet og tilleggstjenester som opplæring og service. Det er derfor ikke gitt at en sterkere forhandlingsposisjon på innkjøpssiden vil ha en entydig positiv virkning på den langsiktige utviklingen av leverandørindustrien – i det minste avhenger utviklingen av hvordan forhandlingsposisjonen utnyttes.

Disse problemstillingene er nærmere analysert i de neste kapitler.

SENTRALISERING

I dette kapitlet diskuteres spørsmålet om optimalisering av innkjøpene fra et organisatorisk synspunkt. Oppmerksomheten rettes spesielt mot de avveininger som gjør seg gjeldende ved valget av sentraliseringsgrad. Spørsmålet om hvilken sentraliseringsgrad helsesektoren faktisk vil velge, samt spørsmålet om hvilke konsekvenser den valgte sentraliseringsgrad får for leverandørindustrien, er tema for de to påfølgende kapitler.

I en analyse av sentraliseringsgrad kan det være hensiktsmessig å skjelne mellom sentralisert organisering av innkjøpene på den ene side og sentraliserte innkjøp på den annen. Med sentralisert organisering menes at ansvaret for selve innkjøpsfunksjonen samles, som når et regionalt helseforetak får ansvaret for innkjøpene til sykehusene i regionen, eller når flere kommuner oppretter et felles innkjøpskontor. Med sentraliserte innkjøp menes at kjøpene av varer og tjenester samordnes og konsentreres på færre produkter og leverandører.

Ofte vil sentralisering av organisering og innkjøp skje parallelt; hensikten med en mer sentralisert organisering kan nettopp være å samordne innkjøpene. Prinsipielt sett er det imidlertid mulig å samordne innkjøpene uten å sentralisere innkjøpsfunksjonen, for eksempel ved at innkjøpere i flere kommuner samler sine innkjøp i én felles kontrakt. Det er også mulig å sentralisere innkjøpsfunksjonen uten å samordne innkjøpene; det vil for eksempel være tilfellet når et felles innkjøpskontor forsøker å skreddersy innkjøpene etter behovene til hver enkelt av de tilhørende enheter. Fra et analytisk synspunkt er det formålstjenlig å skjelne mellom organiseringen på den ene side og selve innkjøpene på den annen, for derved å tydeliggjøre de avveininger man står overfor ved valget av sentraliseringsgrad.

ORGANISERING

Valget av organisatorisk sentraliseringsgrad har særlig med utnyttelse av kompetanse å gjøre.

Ved å sentralisere innkjøpsfunksjonen, får man etablert større innkjøpsfaglige miljøer. Det gir grunnlag for stordriftsfordeler, gjennom bedre bruk av den samlede

tilgang på innkjøpsfaglig kompetanse. Innkjøpsfaglig kompetanse omfatter kunnskap om markeder, leverandører og produkter, samt fagkunnskap innenfor markedsføring, juss og økonomi. En større enhet kan også spesialisere virksomheten i sterkere grad enn en mindre enhet, for eksempel ved å ansette personer med spesialkompetanse innfor bestemte deler av innkjøpsfaget.

Sentralisering gir dermed grunnlag for annen tilnærming til innkjøp enn når disse foretas mer desentralisert, av brukerne selv. Det kan gi seg utslag i at man i større grad vektlegger pris, ved at kravet blir ”godt nok” snarere enn ”best mulig”. Det kan også skje i form av mer helhetlige og langsiktige innkjøpsplaner; såkalt levetidstankegang (Life Cycle Costs) er introdusert ved flere sykehus, der man ikke kun vurderer innkjøpskostnadene, men også andre kostnader som pris på forbruksmateriell, lisenskostnader, vedlikehold, oppgraderinger, kurs og tidsbesparelser hos egne ansatte. Sentraliserte innkjøpsenheter har også bedre muligheter for å se innkjøp i sammenheng på tvers av underliggende enheter, medisinske fagområder og behandlingslinjer; innkjøpsfunksjonen kan dermed understøtte en mer helhetlig tenkning i hele organisasjonen.

Sentralisering av innkjøpsfunksjonen innebærer samtidig en større avstand til brukerne av utstyret. Når innkjøperne samles, trekkes de ut av de operative, helsefaglige miljøene. En sentralisert organisering medfører dessuten at innkjøperne må dekke en større virksomhet, med et bredere sett av behov. Sentralisering innebærer derfor at innkjøpene i mindre grad foretas med utgangspunkt i helsefaglig brukerkompetanse, det vil si kompetanse om de spesifikke behov i den enkelte del av virksomheten. Disse behovene avhenger blant annet av hva slags pasienter som skal behandles, hvilke behandlingmessige opplegg man legger til grunn og hvilke arbeidsmessige rutiner utstyret skal inngå i.

Det kan for eksempel være vesentlig forskjell på det utstyret som benyttes på henholdsvis voksenavdelinger og barneavdelinger, selv om de sykdommer og plager som skal behandles, for såvidt er de samme. Det er også forskjell på de krav som må stilles til utstyr som pasientene bruker alene, og utstyr de bruker under oppsyn av helsepersonell. Et tredje eksempel gjelder de ulike behov på henholdsvis små og store sykehus; på store sykehus, med hyppig bruk og spesialopplært helsepersonell, kan

man benytte annet utstyr enn på små sykehus der utstyret er sjeldnere i bruk og helsepersonellet må dekke et større spekter av oppgaver.⁷

Tendensen til at sentralisering medfører dårligere kontakt med brukerne, forsterkes i den grad innkjøperne i større grad rekrutteres blant personer med en annen bakgrunn enn den rent helsefaglige, for eksempel fra markedsføring, salg eller økonomi. Det kan være gode grunner til å øke innslaget av personer med slik kompetanse i innkjøpsfunksjonen. Ikke desto mindre vil personer som mangler helsefaglig bakgrunn, ha vanskeligere for å sette seg inn i og forstå behovene til de som skal bruke utstyret.

Et eksempel på de konflikter som kan oppstå når avstanden mellom innkjøper og bruker blir stor, gjelder innkjøp av ortopediske sko. Rikstrygdeverket (senere NAV) har siden 2000 lagt produksjonen av slike sko ut på anbud, og som et resultat av den siste anbudsrunder ble en vesentlig del av produksjonen lagt til Litauen. Selve tilpasningen av skoene skjer ved særskilte verksteder, men kontakten mellom produsent og verksted er avgjørende for et godt resultat. Konsekvensene av anbudsordningen ble gjenstand for et oppslag i NRKs program "Brennpunkt" og påfølgende behandling i Stortinget (Stortinget, 2005a, b). Den økonomiske besparelsen ved å flytte produksjonen utenlands, fremsto som relativt beskjeden, men konsekvensene for enkeltbrukere kunne bli vesentlig. NAV skal evaluere ordningen med sikte på å vurdere både økonomiske og brukermessige forhold.

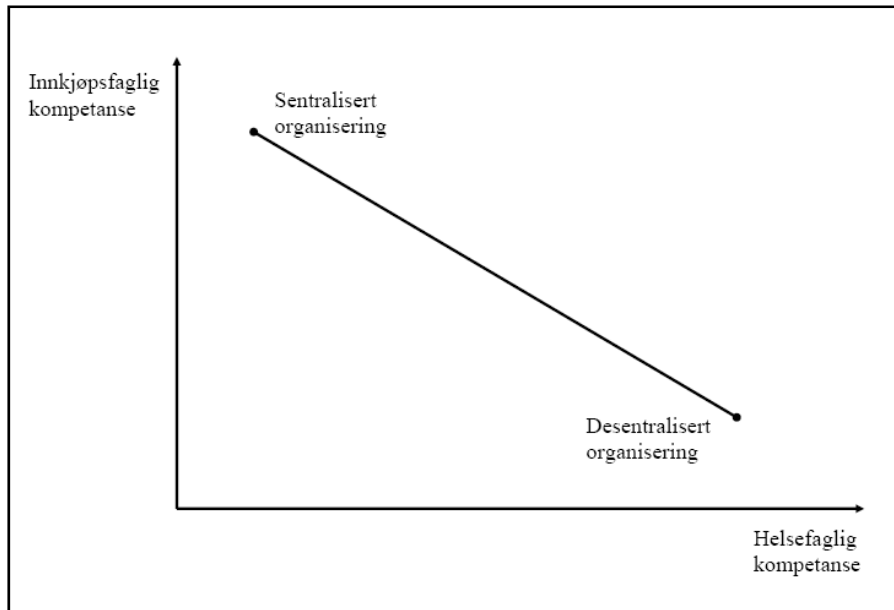
Et annet eksempel gjelder prosessen knyttet til HINAS' anbud for insulinpumper. Våren 2004 gikk HINAS ut med anbud for slike pumper, i den hensikt å velge én leverandør. Da dette ble kjent i de helsefaglige miljøene, ble reaksjonen så sterk at HINAS så seg tvunget til å inngå rammeavtaler med tre av leverandørene, basert på en prosentvis fordelingsnøkkel. Denne løsningen har ikke fungert fullt ut tilfredsstillende, blant annet fordi ikke alle de valgte leverandørene hadde den nødvendige kompetanse og leveringsservice.

⁷ I utredningen som lå til grunn for opprettelsen av en felles innkjøpsentral for helsevesenet, kan det synes som man ikke fullt ut tok inn over seg betydningen av slike ulikheter i behovene; det heter således at "*Det er nødvendig med en viss delegering av fullmakter slik at et utvalg kan ta beslutning på vegne av alle helseforetakene i landet. Man må her ta utgangspunkt i prinsippet om at et produkt som er godt nok for ett helseforetak også vil være godt nok for alle de andre helseforetakene.*" (Finnut, 2001, s. 35).

Man kan innvende at en eventuell mangel på helsefaglig kompetanse hos dem som står for innkjøpene, kan kompenseres ved å benytte brukerrepresentanter i forbindelse med blant annet kartlegging av behov og utarbeidelse av kravspesifikasjoner. En slik løsning egner seg imidlertid bare når behovene i de ulike deler av virksomheten er ensartede. Hvis behovene varierer, vil ikke et utvalg av brukere kunne representere de forskjellige behov. I slike tilfeller er man avhengig av kontakt med de ulike brukerne eller brukermiljøene. Det er vanskelig å få til en slik kontakt med en sentralisert organisering av innkjøpsfunksjonen.

Det er derfor en motsetning mellom utnyttelsen av innkjøpsfaglig kompetanse på den ene side og helsefaglig kompetanse på den annen. Sterkere sentralisering forbedrer mulighetene for å styrke den innkjøpsfaglige kompetansen, men reduserer samtidig mulighetene for å utnytte den helsefaglige kompetansen.

Tankegangen er illustrert i figur 1. Langs den vertikale aksene måles innslaget av innkjøpsfaglig kompetanse i forbindelse med det enkelte innkjøp. På tilsvarende måte måles innslaget av helsefaglig kompetanse langs den horisontale aksene. Den fallende linjen angir den negative sammenhengen mellom innkjøpsfaglig og helsefaglig kompetanse; desto større innslag av innkjøpsfaglig kompetanse, desto mindre innslag av helsefaglig kompetanse.



Figur 1: Innkjøpsfaglig versus helsefaglig kompetanse

Endepunktet nederst til høyre representerer en fullstendig desentralisert organisering av innkjøpene, der oppgaven er lagt til den enkelte enhet (evt. den enkelte bruker). Med en slik organisering vil innslaget av helsefaglig kompetanse være maksimert, i den forstand at brukerne best kjenner hvilke behov de har. Innslaget av innkjøpsfaglig kompetanse blir imidlertid lite, fordi enheten ikke vil ha ressurser til å skaffe seg oversikt over markedene for alt det utstyr den trenger. Den vil heller ikke kunne holde seg med særlig mange – om noen – ansatte med spesialkompetanse innenfor innkjøpsfaget.

Endepunktet øverst til venstre representerer en fullstendig sentralisert organisering, der alle innkjøp til helsesektoren foretas av én felles enhet. Med en slik organisering blir innslaget av innkjøpsfaglig kompetanse maksimert; man kan bygge opp bred kompetanse for de ulike deler av markedet og ha spesialiserte støttefunksjoner innenfor juss, økonomi og andre innkjøpsfaglige disipliner. Kunnskap om behovene i de ulike deler av helsesektoren blir med nødvendighet liten, i og med at innkjøpsenheten skal betjene et stort og mangslungent sett av virksomheter.

Mellom disse ytterpunktene kan man tenke seg mellomløsninger, med ulik grad av sentralisering og relativt innslag av henholdsvis helsefaglig og innkjøpsfaglig kompetanse.

Valget av løsning innebærer en avveining mellom hensynet til innkjøpsfaglig kompetanse på den ene side og helsefaglig kompetanse på den annen. En mer desentralisert organisering gir bedre muligheter for å tilpasse innkjøpene til behovene i den enkelte del av virksomheten, men man vil ikke i samme grad kunne basere seg på innkjøpsfaglig kompetanse. En mer sentralisert organisering gir bedre muligheter for å bygge opp et høyt innkjøpsfaglig kompetansenivå, men gjør det vanskeligere å skreddersy innkjøpene til de ulike behov i de forskjellige deler av virksomheten.

Den optimale løsningen – som balanserer hensynet til henholdsvis innkjøpsfaglig og helsefaglig kompetanse – vil formodentlig avhenge av hvilket utstyr det gjelder. For visse typer utstyr er behovene relativt ensartede i de ulike deler av virksomheten; her er derfor nødvendigheten av lokal, helsefaglig kunnskap mindre, noe som kan tilsi en mer sentralisert organisering av innkjøpene. Det er enklest å finne eksempler på slike produkter utenfor gruppen av medisinsk utstyr: HINAS har for eksempel inngått nasjonale kontrakter for fyringsolje, reisebyråtenester, hotellovernattinger, leiebiler og flyreiser; for disse produktene er det liten grunn til å regne med at brukerbehovene varierer særlig meget.

For andre typer utstyr – særlig utstyr som er svært avansert eller kjøpes inn relativt sjeldent – er den innkjøpsfaglige kompetansen særlig viktig, spesielt kunnskap om hvilke alternativer som finnes på markedet og hvilke egenskaper de har. I slike tilfeller kan det også være hensiktsmessig med sentraliserte innkjøp, kfr. poenget om å gi *"enkeltmiljøer i foretakene med særlige faglige forutsetninger status som kompetansesentre med nasjonale oppgaver"* i Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) ovenfor.

For atter andre typer utstyr er en mer desentralisert organisering mer naturlig. Det gjelder særlig der behovene i de ulike deler av virksomheten er uensartede, der utstyret kjøpes inn relativt ofte, og der markedet er relativt oversiktlig. Denne gruppen omfatter blant annet mange typer forbruksmateriell.

I og med at den optimale sentraliseringsgraden er ulik for forskjellige typer av utstyr, kan det være hensiktsmessig at ansvaret for visse typer utstyr desentraliseres, mens det for andre typer i større grad sentraliseres.

I Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) omtales det man kaller "*forsyningsnettverk*" eller en "*forsyningsmodell basert på desentralisert samordning*". Formålet med en slik organisering kan være at man ønsker å ta hensyn til både innkjøpsfaglige og helsefaglige aspekter. I den grad hensikten er å gjøre organiseringen tilstrekkelig fleksibel til å ivareta at betydningen av henholdsvis innkjøpsfaglig og helsefaglig kompetanse varierer, er det grunn til å regne med at målet kan nås. Dersom hensikten er å bryte motsetningen mellom innkjøpsfaglige og helsefaglige hensyn, vil man derimot neppe lykkes.

I tillegg til avveiningen mellom innkjøpsfaglig og helsefaglig kompetanse, har hensynet til kontakten mellom bruker og leverandør betydning ved valget av sentraliseringsgrad. Gjennom slik kontakt kan brukere og leverandører diskutere og utveksle informasjon om utstyret og de behov det skal dekke. Dette er nyttig for begge parter, ikke minst for at leverandørene skal kunne fremskaffe, utvikle og tilpasse utstyret til brukernes behov. Betydningen av denne type kontakt tiltar ettersom medisinsk utstyr blir stadig mer komplisert. Det øker behovet for kunnskap om egenskapene til og bruken av produktene og dermed for direkte kommunikasjon mellom leverandør og bruker.

Uansett organisering av innkjøpsfunksjonen vil det i noen grad det være kontakt mellom bruker og leverandør i forbindelse med blant annet levering, opplæring og service på utstyret. Denne kontakten må imidlertid bli mindre ved sentraliserte innkjøp enn dersom brukermiljøet selv står ansvarlig for innkjøpene. Når innkjøpene foretas av den enkelte enhet, oppnår man en direkte kontakt mellom bruker og leverandør både før, under og etter innkjøpet, noe som gjør det lettere å tilpasse utstyr, service og andre elementer til brukernes spesifikke behov. Hensynet til kontakten mellom bruker og leverandør tilsier derfor en mer desentralisert organisering av innkjøpsfunksjonen.

INNKJØP

Diskusjonen så langt i dette kapitlet har dreiet seg om organiseringen av innkjøpsfunksjonen. Nå rettes oppmerksomheten mot selve innkjøpene.

Sentralisering eller samordning av innkjøp har særlig med standardisering å gjøre. Standardiseringen kan dels gjelde utvalget av produkter og tjenester; dersom man for eksempel samler innkjøpene hos én bestemt leverandør, er man henvist til å velge blant de produktene denne leverandøren tilbyr. Standardiseringen kan også gjelde innkjøpsbetingelser, rutiner og andre administrative forhold. Dersom man for eksempel skal kunne oppnå stordriftsfordeler ved innkjøp av et bestemt produkt, må ordrene samles, antall leveranser begrenses og leveransene skje sjeldnere og til færre mottakspunkter.

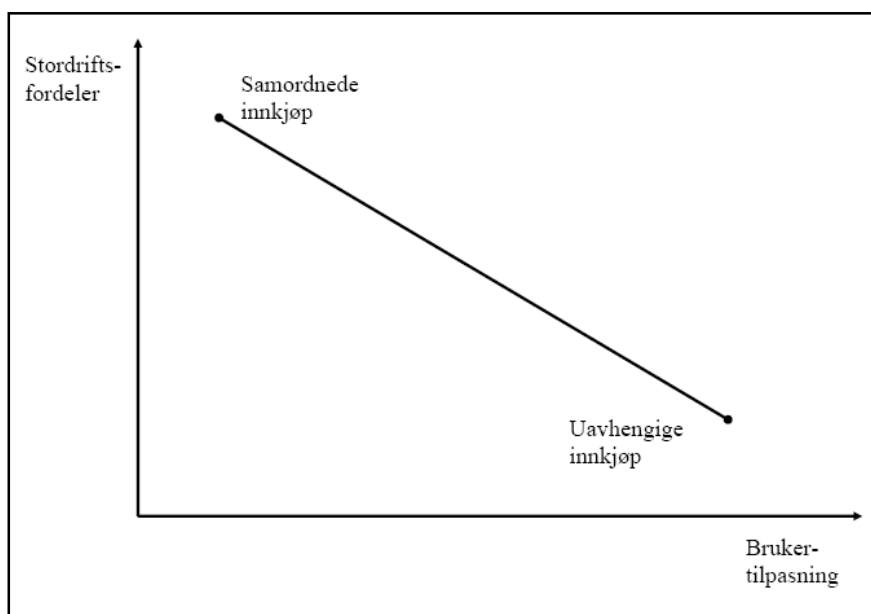
Standardisering gir gevinster. Standardisering kan for eksempel bidra til å redusere de administrative innkjøpskostnader; ved å begrense antallet leverandører, reduserer man antallet kontraktsmotparter, forhandlinger og behovet for administrativ oppfølging av avtaler. Standardisering kan også gi kvantumsrabatter; ved å redusere antallet produkter, kan man gjennom større leveranser oppnå lavere priser. Standardisering kan også gi andre stordriftsfordeler, for eksempel mer effektiv opplæring av brukerne av utstyret, redusert behov for ekstern hjelp til service og vedlikehold og mindre lager av reservedeler og ekstrautstyr.

Standardisering medfører også kostnader. Det skyldes først og fremst at man med et begrenset antall produkter og leverandører ikke kan tilfredsstille et bredt spekter av behov. Med stor grad av standardisering må man med nødvendighet velge kompromissløsninger, i den forstad at utstyret blir tilpasset de vanligste eller gjennomsnittlige behov. Spesielle behov kan ikke ivaretas fullt ut, og brukere med slike behov er henvist til å velge den varianten som ligger nærmest det utstyret de egentlig ønsker seg. Standardisering går med andre ord på bekostning av mulighetene for brukertilpasning.

Ovenfor ble det påpekt at en sentralisert organisering av innkjøpsfunksjonen kan medføre at man ikke får tilstrekkelig kunnskap om behovene i den enkelte enhet. Her er poenget at selv om man forsåvidt kjenner de ulike behov, kan man velge å redusere

brukertilpasningen for å oppnå stordriftsfordeler. Samordning av innkjøpene innebærer med andre ord en avveining mellom hensynet til brukernes ulike behov på den ene side og mulighetene for å realisere stordriftsfordeler på den annen.

Tankegangen er illustrert i figur 2. Her måles graden av brukertilpasning langs den horisontale akse, mens omfanget av stordriftsfordeler måles langs den vertikale akse. Den fallende linjen viser at desto større graden av brukertilpasning er, desto mindre blir stordriftsfordelene.



Figur 2: Stordriftsfordeler versus brukertilpasning

Endepunktet nederst til venstre representerer en fullstendig desentralisering av innkjøpene, der hver bruker eller enhet får den type utstyr som er best tilpasset deres behov. Med en slik bredde i innkjøpene er antallet produkter og leverandører maksimert, og det er derfor ikke mulig å realisere stordriftsfordeler. Endepunktet øverst til venstre representerer den motsatte ytterlighet, med en fullstendig samordning av innkjøpene, der det velges bare én variant for hver type utstyr. Her er stordriftsfordelene maksimert, men til gjengjeld er brukertilpasningen på sitt dårligste. Mellom disse ytterpunktene kan man tenke seg ulike mellomløsninger, der bredden i utvalget og omfanget av stordriftsfordeler varierer.

Den optimale løsningen vil variere etter hva slags type utstyr det dreier seg om. I de tilfeller der brukernes behov er relativt ensartede, er nødvendigheten av et bredt utvalg ikke så stort. Dersom stordriftsfordelene ved å konsentrere innkjøpene i tillegg er vesentlige, kan det være grunn til å velge et fåtall varianter eller leverandører. Igjen er det enklest å finne eksempler utenfor gruppen av medisinsk utstyr, som fyringsolje, hotell og flyreiser, der HINAS som nevnt har inngått nasjonale avtaler (for disse produktene finnes det dessuten større kundegrupper utenfor helsesektoren, slik at en sentralisering av innkjøpene ikke behøver å få merkbar virkning på markedet funksjonsmåte).

Det omvendte gjelder når behovene varierer betydelig mellom de ulike deler av virksomheten, eller stordriftsfordelene ved å konsentrere innkjøpene, er relativt beskjedne. Isåfall er det grunn til å spre innkjøpene på mange varianter og leverandører, slik at de ulike deler av virksomheten får mulighet til å bruke det utstyret som passer deres behov best.

En ytterligere grunn til å spre innkjøpene, har med risikohåndtering å gjøre; med et bredere sett av leverandører øker man sjansen for å få tilgang til de til enhver tid beste produktene. Et eksempel gjelder sårbehandlingsprodukter, der utviklingen går så hurtig at det hyppig oppstår nye løsninger som kanskje bare én leverandør har; dersom man har valgt for få leverandører, risikerer man at pasienten utelukkes fra å ta i bruk nyvinningen. Spredning av innkjøpene reduserer også konsekvensene av feil; dersom innkjøpet konsentreres om én leverandør, men det viser seg at denne allikevel ikke var den beste, er man allikevel henvist til å benytte vedkommende inntil kontraktperioden utløper; ved istedenfor å inngå rammeavtaler med flere leverandører, kan man hente leveransene der tilbudet til enhver tid er best.⁸

Standardisering innebærer en tendens til at kvaliteten på utstyret blir redusert. For det første kan man ikke ivareta spesielle kvalitetskrav når utstyret skal kunne brukes av en stor og uensartet gruppe av brukere; kvalitetskravene må settes slik at de er tilpasset den typiske bruker, snarere enn dem som har særskilte krav. For det andre vil

⁸ I USA har pasienter i en rekke tilfeller saksøkt sykehus som på grunn av eneleverandøravtaler ikke har brukt de produktene pasientene ønsker. Ifølge Krütten *et al* (2005) er slike og andre antitrust-tiltak er en viktig årsak til at bruken av innkjøpskooperativer generelt og eneleverandøravtaler mer spesielt har vært i tilbakegang i USA i de senere år (se også fotnote 20).

kravspesifikasjonene gjerne utformes som minimumskrav. For å vinne frem i konkurransen og tilby så lave priser som mulig, har ikke leverandørene incitament til å tilby produkter til en kvalitet som overstiger minimumskravene.

Denne effekten er særlig tydelig når anbud gjennomføres som (elektroniske) auksjoner, der det avgjørende utvelgelseskriterium er pris. I slike auksjoner vil det billigste produktet – i enhver forstand av begrepet – være vinneren. Slike auksjoner er derfor lite hensiktsmessige i tilfeller der pris bør avveies mot kvalitet. Denne problemstillingen diskuteres nærmere nedenfor.

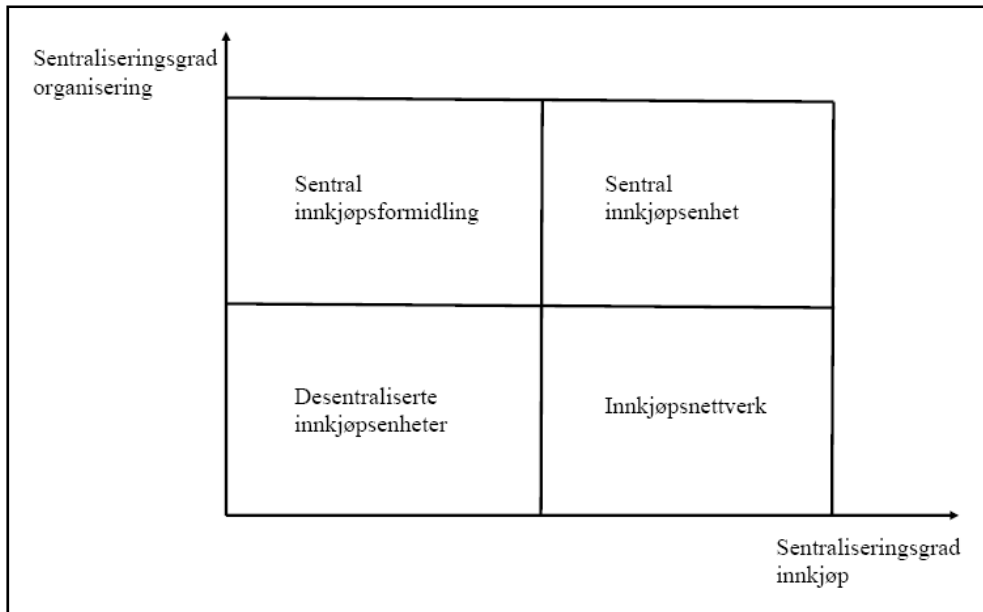
VALG AV SENTRALISERINGSGRAD

Analysen ovenfor viser at sentralisering medfører både fordeler og ulemper. Fordelene skyldes økt innkjøpsfaglig kompetanse og utnyttelse av stordriftsfordeler, mens ulempene skyldes tap av helsefaglig kompetanse og manglende brukertilpasning.

En økende grad av sentralisering medfører at innkjøpene hverken kan eller vil bli fullt ut tilpasset de ulike behov i de forskjellige deler av virksomheten; de kan ikke bli tilpasset, fordi en mer sentralisert organisering medfører dårligere kunnskap om behovene i den enkelte enhet; og de vil ikke bli tilpasset, fordi sentraliserte innkjøp forutsetter standardisering i form av smalere utvalg og færre leverandører.

Som påpekt ovenfor, kan sentralisering skje langs flere dimensjoner; én dimensjon gjelder organiseringen av innkjøpsfunksjonen, mens en annen gjelder innkjøpene som sådan. Det kan tenkes forskjellige innkjøpsmodeller som i ulik grad innebærer sentralisering langs en eller begge disse dimensjonene. Dette er illustrert i figur 3. Langs den horisontale akse måles i hvilken grad innkjøpene er sentralisert, mens graden av sentralisering av organiseringen måles langs den vertikale akse. Det er antydning fire stiliserte modeller, med i ulike grad av sentralisering langs hver av de to dimensjonene.⁹

⁹ En lignende inndeling benyttes i Krütten *et al* (2005) for å diskutere de innkjøpsmodeller man finner i Tyskland.



Figur 3: Sentraliseringsgrad

Nederst til venstre ligger en modell der både organisering og innkjøp er desentraliserte; det er med andre ord en modell der hver enhet gjennomfører sine innkjøp selv. Øverst til høyre ligger den motsatte ytterlighet, der en sentral innkjøpsenhet foretar alle innkjøp. Modellen øverst til venstre har en sentral organisering, men utstyret forsøkes tilpasset behovene til den enkelte enhet; innkjøpsentralen står altså som en formidler av behovene til de forskjellige enhetene. Modellen nederst til høyre innebærer på sin side en samordning av innkjøpene, men basert på en desentralisert organisering; her samler med andre ord de enkelte enheter sine innkjøp i felles kontrakter overfor leverandørene.¹⁰

Ikke alle modeller passer like godt for alle typer innkjøp. For noen typer utstyr er det avgjørende at den enkelte enhet får velge det som passer dens behov best, samtidig som det kan være vanskelig å få formidlet behovene på en effektiv måte til eksterne innkjøpere; for slike innkjøp er det optimalt at ansvaret legges til den enkelte enhet. For andre typer utstyr varierer behovene lite, og innkjøpene kan derfor mest effektivt legges til en sentral innkjøpsenhet som samler innkjøpene hos én eller et fåtall

¹⁰ Sykehussektoren synes å bevege seg fra en desentralisert til en mer nettverksbasert innkjøpsmodell. I Helse Øst har man for eksempel opprettet en sentral koordinator med en viss operativ kapasitet til å forta noen felles anskaffelser, og som ved hjelp av en styringsgruppe fordeler felles oppgaver mellom foretakene og bestemmer hvilke oppdrag som skal sendes til HINAS.

leverandører. For atter andre typer utstyr kan kravene til innkjøpsfaglig kompetanse tilsi en sentral organisering, samtidig som behovene varierer så meget at det ikke i særlig grad er mulig å konsentrere innkjøpene om et fåtall produkter og leverandører; alternativt kan kravene til helsefaglig kompetanse tilsi en desentralisert organisering, mens ønsket om å utnytte stordriftsfordeler krever at innkjøpene samordnes mellom enhetene.

I den grad den optimale modell varierer mellom ulike typer innkjøp, vil løsningen måtte bestå i at innkjøp foretas på forskjellige måter. For noen typer innkjøp kan ansvaret være delegert, mens ansvaret for andre typer innkjøp blir lagt til mer sentrale enheter; noen innkjøp kan samordnes og konsentreres til et begrenset utvalg av produkter og leverandører, mens andre innkjøp må spres på forskjellige produkter og leverandører.

Generelt sett vil det faktum at norsk helsevesen har en relativt desentralisert struktur – som følge av store geografiske avstander og et spredt befolkningsmønster – formodentlig tilsi at innkjøpene i Norge bør være mer desentraliserte enn det som er naturlig i andre land, der helsesektoren er sterkere sentralisert.

Uansett hva den optimale løsning måtte være, kan man spørre om helsevesenet faktisk vil velge denne løsningen. Dessuten er det et spørsmål om man ved valget av løsning overskuer de bredere konsekvenser, blant annet for leverandørindustrien. Disse spørsmålene blir analysert i de to neste kapitler.

Selv om man legger til grunn at formålet er et velfungerende helsevesen, er det ikke gitt at helsesektoren selv lykkes med å innrette innkjøpsfunksjonen slik at den alt i alt fungerer optimalt. I denne delen diskuteres mulige årsaker til at innkjøpsfunksjonen ikke fungerer så godt som den kunne. Oppmerksomheten konsentreres om helsesektoren som sådan; mulige konsekvenser for leverandørindustrien, og hvordan disse eventuelt spiller tilbake på helsesektoren, er tema for neste kapittel.

I en del tilfeller er innretningen av innkjøpsfunksjonen styrt av andre hensyn enn effektive innkjøp. Et eksempel gjelder opprettelsen av Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS). HINAS ble etablert i januar 2002 som et ledd i sykehusreformen, for å samordne innkjøp for helseforetakene i Norge. Av distriktspolitiske hensyn ble selskapets kontor lagt til Vadsø.¹¹ Det kan diskuteres i hvilken grad denne lokaliseringen har hatt betydning for hvor godt innkjøpsordningen fungerer, men det synes klart at dersom det avgjørende hensynet hadde vært effektive innkjøp, ville man valgt en annen lokalisering.¹²

Den økonomiske styringen av helsesektoren kan ha utilsiktede virkninger på innkjøpene. I balansegangen mellom gitte budsjetttrammer og en nærmest ubegrenset etterspørsel etter helsetjenester er det ikke urimelig at oppmerksomheten rettes mot umiddelbare kostnadsbesparelser. Ønsket om slike besparelser kan blant annet gi seg utslag i at innkjøpene innrettes mot lave priser fremfor god kvalitet, at forbruk prioriteres fremfor investeringer, og at de tildelte midler brukes på utstyr fremfor

¹¹ "Ideen var utviklet i Finnmark" heter det i et oppslag i Finnmarken 10. februar 2001 under overskriften "Nytt håp for Vadsø", der det også forklares at "i lengre tid har fagbevegelsen i fylket arbeidet intenst med å få regjering og storting med på å opprette en helt ny statlig institusjon til Vadsø".

¹² Etableringen av HINAS og lokaliseringen til Vadsø ble møtt med protester fra både helsesektoren og leverandørindustrien (kfr. Helse Øst, 2002; LFH, 2001a, b, 2002a, b) og saken ble gjenstand for debatt i Stortinget (Stortinget, 2002). LFH ga bl.a. uttrykk for bekymring over kostnadene som ville påløpe ved plasseringen i Vadsø. Ifølge et oppslag i Finnmarken 18. august 2001 under overskriften "Kjøpte champagne" uttaler "en strålende fornøyd" Terje Skansen (konsulent under planleggingen av innkjøpssentralen og senere direktør i HINAS) at "enda viktigere er de store ringvirkningene. Sentralen skal handle for rundt ti milliarder. Det betyr at de store leverandørene vil opprette avdelingskontor i Vadsø for best mulig å posisjonere seg. Hver dag vil det bli en masse besøk av folk innen bransjen, noe som igjen betyr oppsving for flytrafikken, hotellene, restaurantene og mye av det øvrige næringsliv". Så langt har ikke omfanget av virksomheten, og dermed heller ikke hverken de kostnadsmessige konsekvenser eller ringvirkningene, blitt av en slik størrelsesorden.

opplæring, service og vedlikehold. Det som oppleves som knappe budsjetter, kan med andre ord lede til en kortsiktig beslutningshorisont.

Tendensen til sentralisering av innkjøpene er i stor grad begrunnet med ønsket om å oppnå kostnadsbesparelser. Som forklart i forrige kapittel, medfører sentralisering fordeler, men også ulemper. Sentralisering leder for eksempel til større avstand mellom dem som står for innkjøpene, og dem som skal bruke det innkjøpte utstyret. Derved blir det vanskeligere å formidle behov og erfaringer fra brukere til innkjøpere, noe som kan føre til at man kjøper utstyr som ikke er tilfredsstillende sett fra brukernes synspunkt. Slike konsekvenser viser seg ofte først på sikt og kan derfor bli oversett i en prosess der det primære mål er å redusere kostnadene. Den omtalte anbudsprosessen for insulinpumper synes å være et eksempel. Andre eksempler inkluderer tilfeller der man har inngått avtale om å ta utstyret direkte fra en utenlandsk produsent, for så å oppdage at produsenten ikke er istand til å gi hurtig nok levering.

Standardisering kan forsterke spriket mellom brukernes ønsker og behov og det utstyret som faktisk kjøpes inn. Ved å konsentrere innkjøpene om færre produktvarianter, kan man oppnå kvantumsrabatter. Når man reduserer antallet varianter, betyr det at hver variant må dekke et bredere spektrum av behov. For mange brukere vil derfor den tilgjengelige varianten ikke være fullt ut tilpasset behovet. Ønsket om standardisering vil med andre ord begrense de ulike avdelingene og institusjonenes muligheter for å velge de produkter som man utfra faglige hensyn mener er best.

Ødegård-Hagen og Arntzen (2007) hevder at presset sykehusøkonomi ikke bare kan påvirke hvilke produkter som kjøpes inn, men også hvordan de brukes. I 2006 gjennomførte de en undersøkelse av hullskader på operasjonshansker i en serie kirurgiske inngrep ved Molde sjukehus. I undersøkelsen ble det benyttet doble, indikerende hansker – der hull i den ytterste hansken gir opphav til en skarp, mørk flekk når innerhansken kommer i kontakt med kroppsvæske – for at hull lettere skulle oppdages. I 203 av de 655 operasjonene – eller 33 prosent av tilfellene – oppstod det hullskader på hanskene. Når hanskene skades, oppstår det ofte hudskader i form av hudavskrapning, rifter eller stikk. Forfatterne påpeker at skader sjelden oppdages når det brukes enkle hansker, noe som er vanlig ved de fleste typer kirurgiske inngrep.

Derved øker risikoen for at det medisinske personell utsettes for smittestoffer som overføres via blod, samt at operasjonssåret tilføres smittsomt materiale fra personellens hender. På bakgrunn av den økende forekomsten av blodbåren smitte i befolkningen – i form av blant annet hepatitt B, hepatitt C og HIV – anbefaler Ødegård-Hagen og Arntzen at det benyttes doble, indikerende hansker ved alle typer kirurgiske inngrep.

En innsnevring av helsepersonellens valgmuligheter når det gjelder utstyr, har blitt og vil bli møtt med protester. I noen grad kan disse protestene være et uttrykk for maktkamp, gammel vane eller en generell motvilje mot å tilpasse seg forandringer. Slik sett kan det være fristende å overhøres protestene. Protestene kan imidlertid også være et reelt uttrykk for at valgmulighetene blir innsnevret på en måte som gjør at helsepersonellet og pasientene ikke får det utstyr de trenger. Dersom protestene overhøres, risikerer man å gå for langt i standardiseringen.

I enkelte tilfeller har standardiseringen gått så langt at brukerne simpelthen har nektet å benytte den leverandøren eller det utstyret som innkjøperne har valgt. Et eksempel gjelder smittevernutstyr, der enkelte av helseforetakene i Helse Øst har nektet å etterkomme det regionale helseforetakets valg av leverandør fordi de oppfatter kvaliteten som for dårlig og ikke tilpasset deres spesielle behov. Helseforetakene har fortsatt å kjøpe fra den leverandøren de tidligere benyttet, men i og med at denne leverandøren ikke lenger hadde noen rammeavtale (og derfor ikke var sikret en like stor avsetning som tidligere), må utstyret kjøpes til listepriiser. Listepriisene ligger tildels vesentlig over avtaleprisene, slik at for dette utstyret gikk kostnadene opp, og ikke ned, som følge av at innkjøpene ble sentralisert.

Det kan innvendes at slike tilfeller må betraktes som innkjøringsproblemer, som vil finne sin løsning etterhvert som innkjøperne og brukerne lærer seg den nye ordningen. Ikke desto mindre illustrerer eksemplet de vanskeligheter man kan møte når man forsøker å begrense valgfriheten for brukerne. Hvis man ikke klarer å forankre innkjøpene hos brukerne, risikerer man at brukerne ikke er lojale overfor avtalene. Det er til syvende og siste den medisinske fagekspertisen som velger utstyr basert på pasientens behov, og dersom man ikke sørger for at det finnes gode avtaler

for det utstyret fagpersonellet mener er best egnet, vil de gå utenom avtalene og kjøpe utstyret til unødvendig høye priser.

Eksterne, økonomiske incitamentene kan bli forsterket av interne incitamentsordninger. Innkjøpsfunksjonens suksesskriterier er gjerne knyttet til kostnadsbesparelser. Incitamentene kan være direkte, for eksempel ved at det oppstilles måltall for reduksjoner i innkjøpskostnadene. Slike mål kan kombineres med bonusordninger som honorerer oppnådde pris- eller kostnadsreduksjoner. I andre tilfeller er incitamentene mer indirekte, for eksempel ved at innkjøpsavdelingen er under et mer eller mindre eksplisitt trykk for å bidra til å forbedre virksomhetens økonomi.

Rekrutteringen av ansatte har også betydning for hvordan innkjøpsfunksjonen fungerer. Profesjonalisering av innkjøpsfunksjonen medfører gjerne et større innslag av ansatte med en økonomisk-administrativ bakgrunn. Med en slik bakgrunn vil man naturlig legge større vekt på de økonomiske aspekter ved innkjøpene, til foretrekkelighet for de mer helsefaglige aspektene.

Slike effekter kan blant annet gjøre seg gjeldende i forbindelse med omlegging av innkjøpsordninger eller gjennomføring av større anbudskonkurranser. I slike tilfeller søker man ofte ekstern hjelp i form av konsulentbistand. Konsulentene vil naturlig nok være mest opptatt av de umiddelbare og synlige gevinstene av bistanden. De kan derfor tendere til å gi råd som ikke i tilstrekkelig grad ivaretar mer langsiktige hensyn.

Mer generelt vil reduserte innkjøpskostnader ikke nødvendigvis bety gevinster, hverken for helsevesenet selv eller i et bredere samfunnsøkonomisk perspektiv.

Som forklart i neste kapittel, kan et fall i prisene skyldes tre forhold. For det første kan leverandørenes marginer og lønnsomhet presses ned. For det andre kan leverandørene oppnå besparelser – ved at de får færre innkjøpere å forholde seg til, den enkelte ordre blir større, og leveransene konsentreres om færre produktlinjer – som igjen gir grunnlag for rabatter.

En tredje måte å redusere prisene på, er ved å tilby produkter av lavere kvalitet. Lavere kvalitet kan innebære kortere levetid, færre funksjoner eller mindre omfang av

tilleggstjenester. En overgang til billigere produkter innebærer en gevinst dersom reduksjonen i pris mer enn oppveier fallet i kvalitet. Dersom prisreduksjonen ikke står i forhold til kvalitetsreduksjonen, blir imidlertid resultatet et netto tap.

Et eksempel på at overgang til billigere produkter kan medføre tap, er når leverandøren kutter ut tilleggstjenester som helsevesenet er avhengig av. I slike tilfeller må helsevesenet erstatte disse tjenestene på annen måte, enten ved å kjøpe dem fra andre, eller ved å produsere dem internt. I det siste tilfellet er kostnadene ofte implisitte, i form av den arbeidstid og de ressurser som medgår. Det som fremstår som en besparelse på innkjøpssiden, kan med andre ord dukke opp som en økt kostnad på driftssiden.

En annen sak er at helsevesenet selv kan mangle forutsetninger for å produsere de nødvendige tilleggstjenester. Et eksempel gjelder ortopedisk kirurgi. Siden 1995 har Norsk Ortopedisk Forening avholdt det såkalt Røroskurset, som er blitt obligatorisk for spesialiteten ortopedisk kirurgi. På dette kurset deltar proteseleverandørene i den praktiske delen av kurset og stiller med utstyr. Furnes *et al* (2006) viser at kirurgien har blitt bedre de siste 10 årene, og argumenterer for at de nevnte kursene har vært viktige for å formidle kunnskap og praktiske ferdigheter på et så høyt vitenskapelig nivå som mulig. Furnes (2006) skriver

”at studien bekrefter at det å selge en protese ikke bare innebærer å selge protesen, men også å selge hele ”pakken”, inkludert et opplæringsprogram for kirurgene. Sett i lys av de siste års skjerpelser av samhandlingen mellom leger og legemiddelindustrien er det viktig at dette tilbudet ikke forsvinner. Det kan ikke være slik at legeforeningens angst for samrøre (les korrupsjon) gjør at vi leger sitter på Røros for oss selv uten industrien, mens industrien utvikler sine proteser og teknikker uten medvirkning fra kirurgene... Vi må selvsagt ha kjøreregler for vår samhandling. I anbudsprosessen i helseforetakene må kostnaden med kursing og videreutdanningen legges inn og synliggjøres. Det bør være et minimumskrav at det arrangeres praktiske og teoretiske kurs for legene under spesialisering hvert år av den enkelte proteseleverandør.”

Furnes påpeker forøvrig at proteseindustrien ble utviklet i et tett samarbeid med kirurger, der blant annet legen John Charnley, som hadde ideen til sin egen protese,

laget prototyper av stammer og kopper på sin egen dreiebenk og innledet samarbeid med instrumentmakerne Thackray for produksjon.¹³

Som det ble vist til ovenfor, innebærer valget av sentraliseringsgrad – enten det gjelder organisering eller innkjøpene som sådan – ulike avveininger. Poenget i dette kapitlet har vært at rammebetingelsene for helsesektoren er slik innrettet at denne avveiningen ikke nødvendigvis blir balansert. Spesielt vil det som oppleves som knappe budsjetter kunne medføre en form for kortsiktighet, som trekker i retning av en overdreven grad av sentralisering og standardisering.

For dem som fatter beslutningene om innkjøp i helsesektoren, kan det dessuten være vanskelig å overskue konsekvensene for leverandørindustrien. Det er et omfattende og komplekst samspill mellom helsevesenet på den ene side og leverandørindustrien på den andre. Endringer i helsesektoren kan derfor påvirke leverandørindustrien på måter som er vanskelige å overskue, og som derfor kan få uheldige virkninger for helsevesenet selv. Det er tema for neste kapittel.

¹³ Se Furnes *et al* (2003) for en omtale av det arbeidet som har vært gjort gjennom Nasjonalt register for leddproteser for å systematisere et erfaringsmateriale bl.a. for utvelgelse og forbedring av det medisinske utstyr.

I dette kapitlet diskuteres det hvilken betydning økt sentralisering av innkjøpene i helsesektoren kan få for leverandørindustrien og hvordan endringer i leverandørindustrien i sin tur kan påvirke helsevesenet.

Gjennomgående har slike virkninger fått relativt liten oppmerksomhet. For eksempel er temaet bare kort, ganske generelt og relativt overfladisk berørt i den konsulentutredningen som ble utarbeidet som beslutningsgrunnlag for etableringen av HINAS (Finnut, 2001).¹⁴ Heller ikke i forbindelse med helseforetaksloven fikk temaet noen vesentlig plass.

Innrettingen av innkjøpene i helsesektoren kan i prinsippet tenkes å få en rekke forskjellige virkninger for leverandørindustrien, herunder

- antallet av og størrelsen på leverandørene (markedsstruktur),
- utvalget av og kvaliteten på tilbudt utstyr og tjenester (produktstruktur) og
- omfanget av forskning og utvikling.

Virkningene avhenger av hvor stor innvirkning norsk helsesektor har på de aktuelle markeder. I noen tilfeller – der det omsettes standardiserte produkter på internasjonalt integrerte markeder – vil innkjøpene til norsk helsevesen neppe ha særlig betydning for tilbudssiden, nær sagt uansett hvordan innkjøpene innrettes. I andre tilfeller – der markedsgrensene følger nasjonale eller regionale skillelinjer – er forholdet annerledes. Her vil innrettingen av helsevesenets innkjøp kunne få vesentlig betydning for hvordan tilbudssiden fungerer.

Selv om mye av det medisinske utstyret har internasjonal opprinnelse, opererer norsk helsesektor ofte i mer avgrensede markeder. Det skyldes at leverandørene som regel må være etablert lokalt. For å kunne levere til norsk helsesektor, må utstyret

¹⁴ I Finnut (2001) er temaet omtalt under overskriften "Leverandørutvikling". Leverandørutvikling, som defineres "som aktiv innsats fra offentlig oppdragsgivers side for å utvikle leverandørenes konkurranseevne slik at disse er bedre i stand til å dekke oppdragsgivers fremtidige behov", er en oppgave som anbefales lagt til en "sentralisert leverandørutviklerfunksjon" bestående av en eller flere "leverandørutviklere" som er organisert "fritt og høyt" i den sentrale innkjøpsenheten. Den litt endimensjonale og forenklete oppfatningen av samspillet mellom brukere og leverandører er kanskje grunnen til at anbefalingen ikke har fått gjennomslag i det praktisk innkjøpsarbeidet.

tilfredsstillte norske krav, herunder de som følger av norske lover og forskrifter.¹⁵ Utstyret må dessuten installeres, brukerne må læres opp, det må gis bistand ved bruk av utstyret, og det må foretas service og reparasjon. For å kunne utføre disse oppgavene, må leverandørene ha kontor og personell i Norge. Om produsenten av selve utstyret ikke behøver å være norsk, må altså leverandøren som regel være det. Isåfall er markedet i praksis avgrenset til Norge.

Ofte er leverandørene fullstendig avhengig av helsesektoren, fordi det er her de eneste kundene befinner seg. I slike tilfeller kan ikke leverandørene kompensere for virkningene av endringer i helsesektorens innkjøp ved tilpasninger i andre markeder; virksomheten til den enkelte leverandør står og faller med innkjøpene i helsesektoren. Uansett om man velger å ta hensyn til det eller ikke, blir altså innretningen av innkjøpene i helsesektoren helt avgjørende for leverandørindustrien.

Det må understrekes at det faktum at endringer i helsesektoren får betydning for leverandørindustrien, ikke behøver å være et problem i seg selv. Det gjelder spesielt når endringene er villet, og virkningene på leverandørindustrien er overskuet og hensyntatt. Som forklart i foregående kapittel, er det grunn til å anta at en del av de endringer som skjer i helsesektoren, ikke nødvendigvis bidrar til bedre innkjøp, enn si et bedre helsevesen. Dessuten kan endringene i helsesektoren gi støtet til utilsiktede virkninger for leverandørindustrien. Markedsvirkningene er ofte kompliserte og viser seg først etter noen tid. Det kan derfor være vanskelig å overskue virkninger på leverandørindustrien av endringer i innkjøpene.

En annen sak er at virkningene kan være vanskelige å reversere. Det kan for eksempel være vanskelig å få inn igjen leverandører som har forlatt markedet. Når skaden først er skjedd, er den vanskelig å gjenopprette. Det tilsier at det utøves særskilt forsiktighet med endringer som kan få vesentlig innvirkning på leverandørindustrien.

¹⁵ De særskilte kravene for medisinsk utstyr er først og fremst regulert i lov om medisinsk utstyr av 12. januar 1995 nr. 6 og forskrift om medisinsk utstyr av 15. desember 2005 nr. 1690.

TRANSAKSJONSKOSTNADER

Som forklart ovenfor, gir en mer sentralisert organisering av innkjøpene mulighet for en sterkere profesjonalisering av innkjøpsfunksjonen, ved en samling og utbygging av den innkjøpsfaglige kompetanse. En mer sentralisert organisering gjør det dessuten mulig å utnytte stordriftsfordeler, for eksempel når det gjelder utarbeidelse av kontrakter og gjennomføring av avtaler. En samordning av innkjøpene gir også stordriftsfordeler, når innkjøpene samles på færre leverandører og produkter.

Sentralisering av innkjøpene kan redusere transaksjonskostnadene også for leverandørene. Det blir færre innkjøpere å forholde seg til, samtidig som innkjøperne blir mer kompetente. Med en fragmentert struktur – i sykehussektoren og i kommunene – er det ikke til å unngå at enkelte innkjøpere fremstår som relativt uprofesjonelle. En fragmentert struktur kan også gi et virvar av kontrakts- og avtaleformer, som påfører leverandørene ekstraarbeid. En større grad av samordning og standardisering vil gjøre det enklere for leverandørene. Det kan være nødvendig med en viss sentralisering av innkjøpsansvaret for å få dette til.

Det er allikevel ikke slik at sentralisering og samordning med nødvendighet medfører lavere transaksjonskostnader. Når innkjøpene foregår desentralisert, kan man ofte klare seg med relativt enkle og uformelle relasjoner. Verdiane er små, kontakten er personlig, og man baserer seg gjerne på muntlige avtaler. Når innkjøpene sentraliseres, er det nødvendig i større grad å formalisere relasjonene. Verdiane blir større, kontaktpunktene flere, og leveransene må avtales i skriftlige kontrakter, gjerne understøttet av ulike former for garantier.

Elektroniske anbudsauksjoner kan tjene som eksempel. Fordi auksjonen utelukkende er basert på pris, er det nødvendig med et omfattende forarbeid for å sikre at andre hensyn blir tilstrekkelig ivarettatt. Det gjelder blant annet kravspesifikasjoner, leveringsbetingelser og betaling. Ofte gjennomføres det en prekvalifisering, for å sikre at potensielle leverandører er istand til å imøtekomme kravene. Selv om selve auksjonen for såvidt er enkel og rask å gjennomføre, krever den med andre ord vesentlig forarbeid, på innkjøpssiden såvel som på selgersiden.

Sentralisering medfører også en større grad av byråkratisering. Når innkjøpsfunksjonen samles, blir det større avstand mellom innkjøpere og brukere. Innkjøperne skal dessuten betjene en større organisasjon. For å sikre klar og tydelig kommunikasjon og effektive og gode beslutninger, må rutinene formaliseres. Det er vanskelig å unngå at formalisering medfører en viss sendrektighet; det er en allmenn erfaring at det tar lengre tid å fatte og gjennomføre beslutninger i store enn i små organisasjoner.

Når det gjelder transaksjonskostnader, er det kanskje ikke først og fremst sentralisering i seg selv som er avgjørende, men snarere hvordan sentraliseringen gjennomføres. Sentralisering fremtvinger større grad av formalisering både internt og eksternt – hvilket i seg selv kan være kostnadsdrivende – men gir samtidig mulighet for effektivisering av inngåelsen og gjennomførelsen av innkjøpsavtalene. Et større innslag av profesjonelle innkjøpere, standardisering av kontrakter og bruk av elektroniske løsninger¹⁶ kan gi grunnlag for mer effektiv transaksjoner, til glede for innkjøperne såvel som for leverandørene. For at disse gevinstene skal realiseres, må man forhindre at sentraliseringen går så langt at den resulterer i et tungdrevent og sendrektig innkjøpsbyråkrati.

KJØPERMAKT

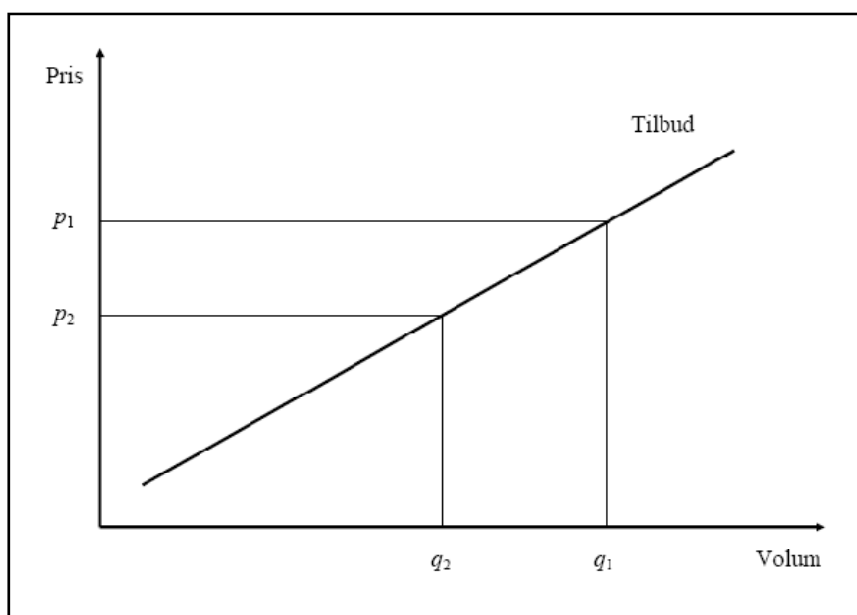
Sentralisering av innkjøp kan gi helsesektoren større kjøpermakt. Kjøpermakt kan utnyttes til å presse ned prisene, fremtvinge endringer i kvalitet og utvalg eller sørge for at leveransene på andre måter tilpasses innkjøpernes krav. Som forklart ovenfor, har den primære begrunnelsen for sentralisering vært et ønske om å redusere kostnadene ved innkjøp; her konsentreres derfor oppmerksomheten om det tilfellet at kjøpermakten utnyttes til å presse prisene.

Med utgangspunkt i standard økonomisk teori for såkalt monopsoni (dvs. monopol på etterspørselssiden), kunne man tenke seg at helsevesenet ville oppnå lavere priser ved å begrense omfanget av sine innkjøp. Når innkjøpene begrenses, blir det større

¹⁶ Elektroniske løsninger er heller ikke noen garanti for større effektivitet; det kreves betydelig innsats fra både kjøper- og selgersiden for at slike løsninger skal gi reelle gevinster. For en omtale av vanskelighetene med å innføre elektroniske løsninger ved offentlige innkjøp, se f.eks. Innst. S. nr. 160 (2004-2005).

kamp blant leverandørene om å få del i leveransene. Prisene faller dels som følge av sterkere konkurranse og dels som følge av at bare de mest konkurransedyktige leverandørene vinner frem.

Tankegangen er illustrert i figuren nedenfor, som gir en stilisert fremstilling av markedet for en bestemt produkttype. I figuren måles det omsatte volumet av produktet langs den horisontale aksene og prisen på produktet langs den vertikale aksene. Det er antatt at tilbudet av produktet er en stigende funksjon av markedsprisen; desto høyere den tilbudte prisen er, desto flere tilbydere melder seg på markedet, og desto større blir det tilbudte kvantum. Vi tenker oss at etterspørselssiden består av én sentral innkjøper; en monopsonist.



Figur 4: Monopsoni

Under disse antagelser vil kjøperen måtte tilby en høy pris for å fremlokke et stort tilbud; tilbyr han en lav pris, vil bare de mest effektive tilbyderne være interessert. Dersom kjøperen er villig å begrense innkjøpene (for eksempel fra volumet q_1 til volumet q_2), kan han presse ned prisen (fra p_1 til p_2).

Denne tankegangen har liten relevans for helsesektoren. I helsesektoren er det hverken mulig eller hensiktsmessig for innkjøperne å begrense kjøpet av utstyr; innkjøpene er bestemt av behovene i de forskjellige deler av virksomheten, innenfor

de gitte budsjetterammer. Selvfølgelig kan man variere hvor meget man kjøper av hver enkelt produktvariant eller fra hver enkelt leverandør, men man kan ikke redusere innkjøpene av utstyr som sådan; man kan for eksempel i noen grad erstatte én type operasjonshansker med en annen, men operasjonshansker må man ha! Det er derfor vanskelig å tenke seg at innkjøperne i helsesektoren i særlig grad kan utnytte kjøpermakt gjennom å begrense volumene.

I helsesektoren er man henvist til å utøve kjøpermakt gjennom å samordne de volumene som skal kjøpes inn. Det kan skje ved å samle innkjøpene fra ulike deler av virksomheten, ved å redusere antallet varianter, og ved å konsentrere innkjøpene til et mindre antall leverandører. Derved legger man tilrette for kvantumsrabatter og konkurranse blant leverandørene.

Prinsipielt sett kan en reduksjon i prisene skyldes tre forhold. Reduksjonen kan for det første skyldes lavere marginer på leverandørleddet, ved at prisene presses nærmere kostnadene. Det innebærer at en større del av gevinsten tilfaller kjøperen istedenfor selgeren. Lavere marginer representerer med andre ord omfordeling snarere enn egentlig effektivisering; kjøperens gevinst motsvares av selgerens tap. Dersom man legger større vekt på kostnadene i helsevesenet enn overskuddene i leverandørindustrien, vil en slik omfordeling anses som fordelaktig.

Reduserte priser kan også skyldes genuine effektivitetsgevinster. Når innkjøpene samordnes, får leverandørene færre innkjøpere å forholde seg til, den enkelte ordre blir større, og leveransene konsentreres om færre produktlinjer. Det medfører besparelser, i form av stordriftsfordeler. Lavere enhetskostnader gir i sin tur grunnlag for lavere priser (eventuelt høyere lønnsomhet blant de leverandørene som vinner frem i konkurransen).

Denne typen effektivisering kan oppstå som følge av endringer i kontraktsbetingelsene. Dersom kunden må betale fraktkostnadene selv, vil det sannsynligvis bli slutt på at helseforetak forlanger leveranser av ”haster-/akuttprodukter”, som noen ganger må leveres med drosje. Det ville også bli slutt på at perifere helseinstitusjoner bestiller hjemmesykesenger enkeltvis, istedenfor å samle opp ordrer og bestille flere av gangen, til en marginalt høyere fraktkostnad.

En tredje måte å redusere prisene på, er ved å tilby billigere produkter. Billigere produkter er som regel av dårligere kvalitet. En overgang til billigere produkter representerer en gevinst dersom nedgangen i pris mer enn oppveier reduksjonen i kvalitet (og under forutsetning av at et produkt av dårligere kvalitet dekker brukernes behov). Dersom prisnedgangen ikke står i forhold til kvalitetsreduksjonen, blir resultatet et netto tap.

Når man skal analysere virkningene på leverandørindustrien av større kjøpermakt og lavere priser, kan man altså skjelve mellom tre typer av konsekvenser, henholdsvis lavere lønnsomhet, stordrift og billigere produkter. Konsekvensene av lavere lønnsomhet er blant annet svakere incitament for leverandørene til å etablere seg på markedet og til å drive forskning og utvikling. Konsekvensene av stordrift inkluderer smalere produktutvalg, en mer konsentrert markedsstruktur og høyere etableringsbarrierer. Og resultatet av billigere produkter er blant annet dårligere kvalitet og mindre omfang av tilleggstjenester.

Nedenfor analyseres disse konsekvensene nærmere.

UTVALG, KVALITET OG TILLEGGSTJENESTER

Samordning av innkjøp og utnyttelse av stordriftsfordeler forutsetter blant annet at kjøpene konsentreres om et mindre utvalg av produkter. En slik innsnevring av etterspørselen vil naturlig bli møtt av en tilsvarende innsnevring av tilbudet. Det er kostbart å tilby et bredt utvalg, og leverandørene er avhengige av en viss omsetning for å kunne holde et produkt på markedet. Som følge av at innkjøpene konsentreres, vil leverandørene operere med et smalere utvalg, som bare inneholder de mest sentrale og populære produktene. Leverandører som ikke kan tilby slike produkter, vil trekke seg fra markedet. Markedet vil med andre ord bli karakterisert av færre, mer standardiserte produkter, som tilbys av et mindre antall leverandører.

Tendensen til standardisering vil følges av en tendens til redusert kvalitet. Det skyldes først og fremst at stor vekt på pris gjør at leverandører med rimelige produkter av lav kvalitet vinner frem på bekostning av leverandører med bedre, men dyrere produkter. Denne tendensen vil forsterkes i den grad sentralisering medfører at brukerhensyn blir dårligere ivaretatt.

Lingaas og Sandvik (2006) påviser at mange av de engangsundersøkelseshanskene til medisinsk bruk som tilbys på det norske markedet, ikke tilfredsstiller kvalitetskravene. Bruken av undersøkelseshansker er et viktig smitteforebyggende tiltak ved prosedyrer der det er risiko for at hendene til helsepersonell kan bli forurenset. Undersøkelseshansker til medisinsk bruk skal tilfredsstillere kvalitetskrav som er definert i norsk/europeisk standard NS-EN 455, der det stilles krav til fysiske egenskaper, biokompatibilitet og fravær av hull. Lingaas og Sandvik testet et utvalg av hansker i vinyl, lateks og nitril i henhold til metoden som er beskrevet i NS-EN 455-1. De fant at fem av de syv testede hansketyperne ikke tilfredsstilte kvalitetskravene. For to av hansketyperne var hullfrekvensen 10 prosent (kravet er 1,5 prosent). Med såpass stort innslag av dårlige produkter, er det lett å tenke seg at overdreven kostnadsbevissthet – eller mangel på brukerkompetanse (f.eks. ved at innkjøperne ikke er istand til å lese originaldokumentasjon) – kan lede til at hensynet til kvalitet forsømmes.

Som beskrevet ovenfor, gjennomførte HINAS i 2004 en anbudskonkurranse for insulinpumper. I tillegg til de etablerte leverandørene, deltok én ny aktør. Denne aktøren vant konkurransen, til en pris som var vesentlig lavere enn det som tidligere hadde vært vanlig for slike pumper. En årsak til at den nye leverandøren kunne operere med en lavere pris, var at kvaliteten på produktet var dårligere enn den som tidligere hadde vært tilbudt på markedet. Etter sterke protester fra brukermiljøene – der HINAS blant annet ble kritisert for ikke å ha god nok kontakt med disse miljøene, og for å undervurdere betydningen av leverandørenes kompetanse og tilleggsservice – så HINAS seg nødt til å inngå kontrakter med flere leverandører. Etter anbudskonkurransen har én av de tidligere leverandørene som ikke nådde opp i konkurransen, trukket seg fra markedet.

En tilsvarende situasjon er iferd med å oppstå for innkjøp foretatt av NAV. I forbindelse med omlegging av innkjøpsstrategien har NAV fra høsten 2006 valgt å dele opp hver produktgruppe i et visst antall poster, der man for hver produktpost velger én leverandør (LFH, 2006b; NAV, 2006). Dette vil få som konsekvens at alle leverandører unntagen én skyves helt ut av markedet, ihvertfall så lenge anbudsperioden varer (hvilket normalt er to år). Dette gjelder for eksempel innenfor produktgruppene kjøreramper, der det ikke er aktuelt med noen oppdeling i poster, og

arbeidsstoler, der hovedposten utgjør 85 prosent av omsetningen innenfor gruppen. Produsenten Hepro i Rognan er blant de leverandører hvis eksistens står på spill; får ikke bedriften levere til hjelpemiddelsentralene, må den stanse produksjonen – det finnes ingen andre å levere til.¹⁷

Bruken av elektroniske anbudsauksjoner (e-auksjoner) setter konflikten mellom kvalitet og pris på spissen. Som forklart ovenfor, er e-auksjoner gjerne utformet slik at pris er det avgjørende kriterium for utvelgelsen av produkt og leverandør. For å sikre at andre hensyn blir ivaretatt, utformes det kravspesifikasjoner, i form av minimumskrav til produktet og eventuelle tilleggstjenester. Fordi betingelsene er utformet som minimumskrav, har leverandørene ingen incitamenter til å tilby høyere kvalitet; tvertimot vil det lønne seg å gå så langt ned mot minimumskravene som mulig, for derved å kunne konkurrere sterkere på pris.

Når man benytter (elektroniske) auksjoner, må man derfor være klar over at de innebærer et sterkt press, ikke bare mot prisene, men også mot kvalitet; de favoriserer med andre ord leverandører med billige produkter. Fordi slike auksjoner reduserer konkurransen til en endimensjonal kamp om laveste pris, er de uegnet i situasjoner der både kvalitet og pris er av betydning.¹⁸ Da er det nødvendig å legge tilrette for en annen type utvelgelsesprosess, der kvalitet og pris kan avveies mot hverandre. Hvis ikke vil man systematisk fortrenge leverandører av høykvalitetsprodukter til fordel for leverandører av produkter med lavere kvalitet. Mer generelt viser empiriske studier at rene forhandlingsbaserte anskaffelser fungerer bedre enn anbud for mer kompliserte tjenester, varekjøp og byggeprosjekter (Bajari, McMillan og Tadelis, 2004; se også Bajari, Houghton og Tadelis, 2006).

¹⁷ I svaret på den bekymring LFH har gitt uttrykk for i sakens anledning (LFH, 2006b), heter det at ”NAV har stor forståelse for at LFH, via sine medlemmer, er bekymret for leverandøromfanget på kort sikt og hvordan dette vil påvirke markedet på lengre sikt, i de tilfeller det velges en leverandør innenfor en produktpost av et produktområde hvor det tidligere har blitt valgt flere leverandører pr. produktpost”, men at ”hensynet til kravene i forskrift om offentlige anskaffelser må nødvendigvis veie tyngre enn kravene til at alle leverandører skal sikres gjennom de avtaler NAV kan tilby innenfor området tekniske hjelpemidler” (NAV, 2006). Det kan med dette se ut som NAV mener at organisasjonen ikke skal vurdere de langsiktige konsekvenser for markedsstrukturen og konkurransesituasjonen. Det er isåfall overraskende, ikke minst fordi det får direkte konsekvenser for NAVs muligheter til å oppnå gode vilkår i fremtiden.

¹⁸ For en diskusjon, som også omfatter bruken av og erfaringene med e-auksjoner i det britiske helsevesen, se Keyworth og Yarrow (2006).

På samme måte som kvaliteten kan gå ned som følge av sentralisering av innkjøpene, kan også omfanget av tilleggstenester bli redusert.

Bruk av medisinsk utstyr krever som regel en rekke tilleggstenester, som opplæring, vedlikehold og reparasjon. Det har vært vanlig at utstysleverandørene har stått for en stor del av disse tjenestene, ofte uten at det har vært tatt særskilt betaling for ytelsene.

Leveranser av implantater til kne, hofter og andre ledd kan tjene som eksempel. De færreste sykehus gjennomfører et så stort antall implantasjoner at de selv kan holde seg med det utstyr og den ekspertise som er nødvendig for å håndtere alle de ulike tilfeller de får til behandling. Som regel vil leverandøren av utstyret bistå på forskjellige måter, både før og under selve inngrepet. Det kan for eksempel gjelde utarbeidelse av diagnose, forslag til inngrep, utlån av utstyr og bistand under operasjonen. Det har ikke vært vanlig at leverandørene har tatt seg særskilt betalt for slik bistand. Kostnadene har istedenfor vært innbakt i prisen for implantatet; man betaler med andre ord for en pakkelsning, som dels består av selve implantatet og dels av ulike typer bistand.

Sterkere priskonkurransen – og derav et behov for å redusere kostnadene – vil medføre at aktørene reduserer omfanget av tilleggstenester, eller at de blir utkonkurrert av aktører som ikke tilbyr slike tjenester. Det ovennevnte eksemplet med insulinpumper illustrerer poenget.

Større vekt på pris og mindre vekt på kvalitet og tilleggstenester får betydning for konkurranseforholdet mellom norske og utenlandske leverandører. Norsk helsepersonell foretrekker – og er i mange tilfeller helt avhengig av – at opplæring skjer på norsk.¹⁹ Muligheten for å tilby tilleggstenester som veiledning, service og vedlikehold, krever dessuten fysisk tilstedeværelse på det norske marked. Dersom disse tjenestene ikke tillegges tilstrekkelig vekt – i den forstand at man er villig til å betale det de koster – vil norske leverandører bli utkonkurrert av utenlandske leverandører.

¹⁹ En ny bestemmelse i forskrift om medisinsk utstyr med ikrafttredelse 1. januar 2007 krever at informasjon om bruken av slikt utstyr ikke lenger kan være på skandinavisk eller engelsk, men må være på norsk.

En utvikling mot lavere priser, lavere kvalitet og færre tilleggstenester kan være ønsket, men den kan også være utilsiktet. Som forklart ovenfor, kan et mål om kostnadskontroll og innsparinger medføre en form for kortsiktighet i helsevesenet, der umiddelbare besparelser overskygger langsiktige virkninger. Det kan få som konsekvens at man blir mer opptatt av å få utstyret til lavest mulig pris enn å sikre den kvalitet og de tilleggstenester som gjør at man på sikt får størst mulig nytte av utstyret. Slik sett kan det som på kort sikt fremstår som billig, på lang sikt bli både dyrt og dårlig.²⁰

Det finnes flere eksempler på at helseforetakene har pådratt seg ekstraavgifter ved å gå utenom norske leverandører. Ved å kjøpe direkte fra importøren, kan helseforetakene i noen tilfeller oppnå en lavere pris, gitt at varene hentes direkte fra lageret til produsenten i utlandet. Det er imidlertid vanskelig å få regelmessige leveranser fra utlandet; det tar lang tid, det må bestilles i store samleorder, og restleveranser må utstå til neste hovedleveranse. Helseforetak som har inngått slike importavtaler, har derfor ofte sett seg nødt til å bestille varene de mangler – og må ha – fra norske leverandører, men da til ordinær listepris. De norske leverandørene leverer om ønskelig hyppig og i små kvanta (denne leveringskvaliteten er noe av grunnen til at de ligger over importørene i pris). Helseforetakene, som i første omgang har spart noe på anbudsprisen, har totalt sett betalt mer, i tillegg til ekstraarbeidet med støttekjøp (og eventuell irritasjon). Paradoksalt nok har enkelte norske leverandører opplevd at det de har mistet som følge av tapte tilbud, er mer enn oppveid av marginene på støttekjøp.

Problemet med forvridningen mellom pris og kvalitet forsterkes i den grad innkjøperne mangler helsefaglig kompetanse, det vil si kunnskap om behovene til dem som skal bruke utstyret. En sentralisert organisering innebærer generelt sett at innkjøperne mister den nære kontakten med de enkelte deler av virksomheten og dermed kunnskap om hvordan situasjonen oppleves for brukerne. Det vil være

²⁰ I USA er de store innkjøpskooperativene i tilbakegang, dels som følge av antitrust-tiltak (kfr. fotnotene 8 og 22) og dels som følge av at sykehusene i stigende grad er opptatt av å bygge langsiktige relasjoner med leverandørene. Krütten *et al* (2005) skriver at *"The advantages of direct relations with the supplier are particularly seen in slightly better purchasing conditions by eliminating the Group Purchasing Organization (GPO) margin and a more customized and personal support by the supplier"*, og de siterer en representant for et amerikansk sykehus som sier *"Except for commodities, we tend to work directly with the manufacturers to design a contract that really meets our individual needs."*

vanskelig for brukerne å formidle til et eksternt innkjøpskontor hvor stort behovet er for opplæring, hjelp til drift og annen service, særlig når utstyret er nytt og ukjent. Det kan derfor bli en tendens til at innkjøperne undervurderer behovet for tilleggstjenester.

Det kan argumenteres for at en mer rasjonell ordning enn den tradisjonelle ”pakkeløsningen” – der tilleggstjenester inngår som en underforstått del av utstyrskontrakten – er at tjenestene avtales eksplisitt og betales separat. En slik løsning gjør at partene blir nødt til å vurdere og ta stilling til behovet for tjenestene. Dessuten får man synliggjort tjenestenes faktiske kostnader. Det kan bringe større realisme inn i helsevesenets vurdering av behov, samtidig som det sikrer at leverandørene får betalt for sine ytelser.

Kontraktsfesting av tilleggstjenester kan imidlertid ikke alene løse de eventuelle problemer med kortsiktighet og mangel på helsefaglig brukerkompetanse ved innkjøp. I praksis kan det også være vanskelig å kontraktsfeste alle deler av leveransene i detalj. Det kan oppstå uforutsette hendelser, spesielle problemer eller særskilte behov, der brukerne trenger bistand fra leverandøren. Slike tilfeller kan best dekkes gjennom utvikling av langsiktige relasjoner, der det både er gjensidig tillit og økonomisk rom for å håndtere hendelsene når de oppstår.

MARKEDSKONSENTRASJON OG KONKURRANSE

Det vil særlig være mindre og mer spesialiserte leverandører som forsvinner som følge av sentralisering. For det første vil standardisering av produktutvalget redusere antallet varianter, særlig de mer spesialiserte. For det andre vil det være nødvendig å operere i en viss skala for å kunne oppnå de stordriftsfordeler som må til for å kunne hevde seg i priskonkurransen. De som overlever i markedet, vil derfor først og fremst være store leverandører med standardiserte produkter.^{21,22}

²¹ Dette kan oppfattes som å være i strid med den ofte uttalte politiske målsetning om å legge forholdene bedre tilrette for små og mellomstore bedrifter, kfr. Handlingsplanen for offentlige innkjøp og SMB, der overskriften til første kapittel er *”Det skal bli enklere å konkurrere om offentlige kontrakter – særlig for SMB”* (Moderniseringsdepartementet, 2003).

²² I USA har mindre leverandører av medisinsk utstyr i en del tilfeller vunnet frem med søksmål mot avtaler mellom innkjøpskooperativer og større leverandører som har gjort det tilnærmet umulig for mindre leverandører å etablere forretningsforbindelser med innkjøpskooperativene (Krütten *et al*, 2005).

En samling av innkjøpene medfører med andre ord en konsentrasjon om et mindre antall leverandører, som hver for seg vil være større. Det kan få betydning for konkurransen på sikt. Spesielt vil man forvente at konkurransen svekkes når antallet konkurrenter blir mindre. Sentralisering og større makt på kjøpersiden vil med andre ord resultere i konsentrasjon og økt makt også på selgersiden – makt avler motmakt. Det man vinner på sterkere konkurranse i første omgang, vil i større eller mindre grad tapes ved svakere konkurranse på sikt.

Tankegangen kan illustreres med et eksempel. Anta at det i utgangspunktet finnes et antall forskjellige leverandører av en bestemt type utstyr. Man bestemmer seg så for å samle alt innkjøp av utstyret, ved å legge ut én kontrakt på anbud. De leverandørene som taper anbudskonkurransen, vil stå uten leveranser i kontraktsperioden. Dersom det er tilstrekkelig store kostnader forbundet med å opprettholde leverandørstatusen (f.eks. for å beholde og vedlikeholde kompetanse knyttet til salg, opplæring og service), vil disse aktørene finne det mest hensiktsmessig å fjerne utstyret fra sin portefølje. Det er derfor bare vinneren av anbudskonkurransen som blir igjen på markedet. Når kontrakten skal fornyes, vil ikke de tidligere leverandørene nødvendigvis være interessert i å delta i en ny anbudskonkurranse; det er kostbart å gjenopprette leverandørstatusen, samtidig som det er usikkerhet knyttet til hvorvidt man vinner anbudet. Spesielt kan vinneren av den forrige anbudskonkurransen ha opparbeidet seg fordeler, gjennom å ha fulgt markedet gjennom den siste perioden, ved å tilpasse seg brukernes behov, og ved å kunne bygge på den virksomheten man allerede har etablert (Liski, 2006: Lewis og Yildirim, 2002). Ved fornyelsen av kontrakten risikerer man derfor å stå overfor et *de facto* monopol.

Det omtalte insulinpumpeeksemplet illustrerer problemstillingen, selv om man i dette tilfellet ikke endte opp med et monopol (men det kunne ha blitt resultatet). Eksemplet illustrerer også at kontraktsbetingelsene kan ha betydning for konkurransen. Det finnes insulinpumper på verdensmarkedet (tildels med store markedsandeler) som ikke er solgt i Norge. For å kunne tilby slike produkter på en god og seriøs måte, kreves det kontinuitet, kompetanse og et serviceapparat som fungerer 24 timer i døgnet. For at noen skal være villige til å introdusere disse

pumpene på det norske markedet, kreves det med andre ord en viss forutsigbarhet, for eksempel ved at kontraktene gis for en tilstrekkelig lang periode.²³

En tilsvarende utvikling finner man for produksjon av ortopediske sko. Siden 2000 har NAV (Rikstrygdeverket) gjennom anbudskonkurranser valgt å samle kontraktene på færre aktører. Det har medført at flere norske produsenter har nedlagt virksomheten. Det er vanskelig å tenke seg at disse produsentene vil gjenoppstå, blant annet fordi fagekspertisen er forsvunnet. På sikt vil NAV formodentlig oppleve at man står overfor et mindre konkurransepreget marked, med de konsekvenser det kan få for utvalg, pris og kvalitet.

Det er verdt å legge merke til at denne typen konkurranseeffekter kan få betydning for budgivningen i anbudskonkurranser. Dersom leverandørene erkjenner at det er ”vinn eller forsvinn”, vil de by mer aggressivt; riktignok taper de på et lavt bud idag, men det kan de ta igjen i senere perioder, der konkurransen vil være mindre. Det som fremstår som en betydelig prisgevinst ved å samle innkjøp på færre leverandører, kan derfor være et uttrykk for at leverandørene er villige til å betale for en fremtidig, monopollignende markedsposisjon. Paradoksalt nok vil den initiale gevinsten være større desto verre konkurranseforholdene blir på sikt.

ETABLERINGSBARRIERER

Man kunne tenke seg at en sentralisering av innkjøpene vil gjøre det norske markedet mer attraktivt for nye leverandører. Istedenfor å måtte bearbeide en serie av uavhengige innkjøpere og gradvis opparbeide seg markedsandeler, kan man ved sentraliserte innkjøp ta en stor del av markedet i én jafs. Som hovedregel vil nok allikevel sentralisering av innkjøpene bety høyere etableringsbarrierer.

Det skyldes for det første at sentralisering gir færre produktnisjer å etablere seg i. Nye produkter må tilfredsstille de standardiserte kravene som sentraliserte innkjøp krever, og nye produkter vil derfor komme i direkte konkurranse med allerede

²³ Det kan slik sett være en avveining mellom lengden på kontraktperioden og antallet leverandører; dersom man ønsker å konsentrere innkjøpene om et fåtall leverandører, må kontraktperioden enten være så kort at de leverandørene som ikke når opp, forblir på markedet, eller så lang at nye aktører finner det interessant å etablere seg. Den verste løsningen er en kontraktperiode som er lang nok til at tapende leverandører forsvinner, men samtidig for kort til at nye aktører kommer til.

etablerte produkter. Med desentraliserte innkjøp kan man istedenfor utnytte det faktum at behovene varierer, og introdusere produkter som i større grad avviker fra de etablerte. Et mangfold av innkjøp gir med andre ord plass for flere produkter.

Sentralisering medfører dessuten at det blir nødvendig å etablere seg i større skala. Med desentraliserte innkjøp kan en ny leverandør gradvis innarbeide seg på markedet. Leverandøren kan først etablere seg i ett markedssegment – for eksempel i en avgrenset region eller innenfor en bestemt produkttype – for så å utvide sin virksomhet. En gradvis etablering innebærer begrenset risiko og gjør at markedsføringskostnader, investeringer i salgs- og serviceapparat og andre etableringskostnader kan spres ut i tid. Når innkjøpene sentraliseres, er det ikke mulig å etablere seg på denne måten. Nye leverandører må være istand til å håndtere store volumer og kunne betjene et stort marked allerede fra første dag (faktisk må de gjerne ha bygget opp det nødvendige apparat allerede før de legger inn sitt første anbud, for overhodet å komme i betraktning). Det gir ikke bare store etableringskostnader, men også en vesentlig risiko for at investeringene skal vise seg verdiløse.

Høye etableringsbarrierer sementerer markedsstrukturen. Når det blir vanskeligere å etablere seg, vil de leverandørene som overlever sentraliseringen, i mindre grad bli utsatt for konkurranse fra nye aktører. De etablerte leverandørene får med andre ord en mer beskyttet markedsposisjon. Det betyr at markedsstrukturen, når den først er konsentrert, vil tendere til å ligge fast over tid.

FORSKNING OG UTVIKLING

Sentralisering kan også få betydning for den langsiktige utviklingen av tilbudet av medisinsk utstyr, både når det gjelder innretningen på og omfanget av innsatsen.

Når innkjøpene konsentreres om et begrenset antall produkter, vil leverandørens innsats rettes mot utvikling av produkter som treffer tyngdepunktet i markedet; det vil med andre ord bli mindre interesse for å utvikle mer spesialiserte varianter. I den grad helsesektoren prioriterer lave priser, vil leverandørens innsats dessuten rettes mot å redusere kostnadene, snarere enn å forbedre kvaliteten. Resultatet blir altså en sterkere tendens til at forskning og utvikling dreies mot å fremstille billige standardprodukter (Pammolli *et al*, 2005).

Når det gjelder omfanget av forsknings- og utviklingsinnsatsen, kan flere forhold gjøre seg gjeldende (Dalen og Riis, 2005). På den ene side blir det færre, men større ordrer å konkurrere om, hvilket øker verdien av å vinne anbudene. På den annen side medfører høyere etableringsbarrierer mindre muligheter for nye aktører til å komme i posisjon.

Blant de etablerte leverandørene svekkes incitamentene til å drive forskning og utvikling av det faktum at de allerede har en stor, beskyttet markedsposisjon. I ytterste konsekvens – det markedet reduseres til et monopol – vil incitamentet bli særlig lite; monopolisten konkurrerer bare mot seg selv, og et nytt produkt kommer til fortrensel for det han allerede selger.

I den grad helsesektoren – gjennom sentralisering og oppbygging av kjøpermakt – lykkes med å presse leverandørens marginer, vil det redusere gevinsten ved innovasjon og dermed incitamentene til å drive forskning og utvikling. Denne effekten vil gjøre seg gjeldende både for etablerte og for eventuelle nye leverandører.

Effekten av lave marginer forsterkes i den grad sentralisering medfører større sendrektighet med hensyn til å inngå kontrakter og ta i bruk nye produkter. Dette vil særlig ha betydning for leverandørens vilje til å introdusere nye produkter på det norske marked. Når et nytt produkt er utviklet, vil produsenten starte markedsføringen av produktet på de markeder der det er størst sjanse for at produktet raskt vil slå igjennom; når produktet er etablerte der, vil produsenten – blant annet med henvisning til en vellykket introduksjon på de første markeder – markedsføre produktet på bredere front. For at et marked skal fremstå som attraktivt for tidlig introduksjon, må det være karakterisert av kompetente brukere som er villig til å ta i bruk nye produkter og betale for forbedret kvalitet. Dersom markedet fremstår som tungt å bearbeide – for eksempel fordi innkjøpene er organisert på en måte som gjør prosessen fra introduksjon til kjøp lang og tungvint – vil det i liten grad nytte godt av tidlig tilgang til nye produkter.

Et moment som ytterligere trekker retning av mindre innovasjon, er at sentralisering begrenser den direkte kontakten mellom leverandør og bruker og derved muligheten for å utveksle informasjon og erfaringer knyttet til utstyret og bruken av

det. Det blir dermed vanskeligere for leverandørene å skaffe seg den kunnskap som er nødvendig for å kunne tilby bedre utstyr og tilleggstjenester.

Et moment som trekker i motsatt retning, er at sentralisering kan gi grunnlag for større samarbeidsprosjekter mellom leverandørene og representanter for brukerne. Utviklingsprosjekter er krevende, og det kan være nødvendig å samle ressursene for å etablere tilstrekkelig faglig tyngde til at man skal kunne gå grundig nok til verks. Et stykke på vei er det mulig å oppnå tilstrekkelig tyngde gjennom nettverksbaserte samarbeidsprosjekter, der en gruppe brukermiljøer går sammen med leverandørene om et systematisk forsknings- og utviklingsarbeid. Sentralisering kan nok allikevel gjøre det enklere å få til den nødvendige samordning.

Det faktum at leverandørene føler at samarbeidet fungerer best med NAV og dårligst med kommunene – med helseforetakene et sted imellom – kan være et eksempel på at sentralisering gjør samarbeid enklere. LFH har lenge hatt et meget godt samarbeid med NAV (tidligere Rikstrygdeverket), både når det gjelder standardisering av anbudsprosesser og avtaler, og når det gjelder å løse mer spesifikke problemer (LFH, 2006).²⁴ Overfor sykehussektoren er man også kommet langt i standardiseringsarbeidet. Det har imidlertid vist seg vanskelig å få til et tilsvarende samarbeid med den mer fragmenterte kommunesektoren.

I Danmark, der kommune- og regionstrukturen er mer konsentrert (særlig etter den siste strukturreformen), har man klart å etablere et standardisert opplegg for e-handel for medisinsk utstyr (Røddik, 2006).²⁵ Opplegget er utviklet i samarbeid mellom den danske leverandørforeningen (Medicoindustrien) og de danske regioner (fylker). I løpet av 3 år og med et budsjett på 5 millioner danske kroner (hvorav 4 kommer fra regionene og 1 fra de deltagende leverandører) har man lyktes med å etablere en nettbasert, elektronisk utstyrs katalog, der leverandørene kan legge ut informasjon om sine produkter i et standardisert format, og kjøperne kan importere denne informasjon

²⁴ Som forklart i kapitlet "Markedet for medisinsk utstyr – Prosesser og avtaler", har det i den senere tid oppstått nye konflikter i forbindelse med NAVs omlegning av sine anskaffelsesprosesser.

²⁵ Opplegget kan også brukes for andre typer innkjøp.

til sine egne beslutningssystemer. I tillegg har man utviklet en basis for e-handel, blant annet i form av standarder for kommunikasjon og avtaledokumenter.

Oppsummeringsmessig må det sies at det her – som for mange andre forhold – ikke først og fremst er sentralisering som sådan som er avgjørende, men snarere hvilken form sentraliseringen tar. Det synes klart at sentralisering innebærer en reell fare for å undergrave incitamentene til forskning og utvikling; på et marked med få aktører, der marginene er små som følge av sterk kjøpermakt, vil incitamentene til å utvikle og introdusere nye produkter og tjenester være relativt beskjedne. Sentralisering kan også begrense den kontakt mellom bruker og leverandør som gir grunnlag for å fange opp og nyttiggjøre seg erfaring og kunnskap om utstyret og bruken av det. På den annen side kan en mer sentralisert organisering gi grunnlag for tyngre utviklingsprosjekter, i samarbeid mellom helsevesenet og leverandørindustrien. For å realisere de potensielle gevinster – uten samtidig å pådra seg ulempene – er det avgjørende at man finner frem til en fleksibel organisering som er tilpasset karakteristika ved de ulike typer utstyr og deres forsyningskjeder.

OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Temaet i denne rapporten er hvordan sentralisering av innkjøpene i helsevesenet påvirker leverandørindustrien og dermed dens evne til å understøtte helsevesenet selv. Analysen er basert på økonomisk teori og legger til grunn at formålet med virksomheten er verdiskapning i samfunnsøkonomisk forstand – et effektivt helsevesen tilpasset befolkningens behov.

Med bakgrunn i en skisse av markedet for medisinsk utstyr og en beskrivelse av de reformer som er iferd med å bli gjennomført i helsevesenet, er analysen konsentrert om tre temaer: (i) Optimalisering av innkjøpene i helsevesenet, herunder valget av sentraliseringsgrad; (ii) incitamenten i helsevesenet, herunder hvorvidt helsevesenet selv vil velge en optimal innretning av innkjøpene; og (iii) virkninger på leverandørindustrien av en sentralisering av innkjøpene, herunder hvilken betydning endringer i leverandørindustrien får for helsevesenet.

Analysen leder frem til følgende hovedkonklusjoner:

- Sentralisering av innkjøp medfører fordeler, men også ulemper. Fordelene er særlig knyttet til etablering av innkjøpsfaglig kompetanse og utnyttelse av stordriftsfordeler; ulempene skyldes redusert kunnskap om og tilpasning til brukernes behov samt mindre kontakt mellom brukere og leverandører. Det følger at optimalisering av innkjøpene krever en balanse mellom ulike hensyn.
- Hvor balansen mellom de ulike hensyn finnes, avhenger av hvilken type utstyr det dreier seg om. Når det er relativt liten forskjell på de utstysvarianter som tilbys på markedet, behovene er relativt ensartede i de ulike deler av virksomheten og utstyret omsettes på brede markeder, kan innkjøpene sentraliseres. Når utstyret varierer, behovene er ulike og markedet er mer avgrenset, bør innkjøpene i større grad desentraliseres. En hensiktsmessig innretning av innkjøpene er tilstrekkelig fleksibel til å tillate ulike løsninger, der innkjøpene av den enkelte type utstyr er optimalisert i henhold til karakteristika ved utstyret og forsyningskjeden.
- Forhold både internt i helsevesenet og i dets eksterne rammebetingelser tilsier at innkjøpene ikke nødvendigvis blir optimalt innrettet. Slike imperfeksjoner oppstår dels som følge av politiske føringer som går på tvers av en effektiv innretning av virksomheten, og dels som følge av måten helsevesenet er organisert og finansiert på. Imperfeksjonene forsterkes av interne incitamenten. Konsekvensen kan bli at oppmerksomheten i for stor grad retter seg mot pris istedenfor kvalitet, standardisering istedenfor tilpasning til ulike behov, løpende forbruk istedenfor langsiktige investeringer, og utstyr istedenfor opplæring, service og vedlikehold.
- Sentralisering av helsevesenets innkjøp kan medføre utilsiktede endringer i leverandørindustrien, som på sikt kan undergrave dets evne til å betjene

helsevesenet på en hensiktsmessig måte. Utnyttelse av kjøpermakt medfører lavere marginer, noe som reduserer evnen og viljen til å utvikle og tilby produkter av høy kvalitet og nødvendige tilleggstenester. Lavere marginer – i kombinasjon med innsnevering av utvalg og økt standardisering – medfører konsentrasjon på selgersiden, høyere etableringsbarrierer og dermed økt selgermakt. De kortsiktige gevinster ved sentralisering av innkjøpene kan med andre ord medføre tap på lengre sikt.

REFERANSER

- AAD (2003), Database for offentlige innkjøp = Doffin, Privat tjenesteytelse eller offentlig forvaltningsorgan?, utredning om den fremtidige organiseringen av det nasjonale informasjonssystemet for kunngjøringer om offentlige innkjøp, november 2003, Arbeids- og administrasjonsdepartementet.
- Asplan Viak (2004), Evaluering av regelverket for offentlige anskaffelser, rapport utarbeidet på oppdrag fra Nærings- og handelsdepartementet, juni 2004.
- Bajari, Patrick, Robert McMillan og Steven Tadelis (2004), Auctions versus negotiations in procurement: an empirical analysis, memo, Stanford University.
- Bajari, Patrick, Stephanie Houghton og Steven Tadelis (2006), Bidding for incomplete contracts: an empirical analysis, memo, University of Michigan.
- Bergemann, D., og J. Välimäki (2006), Dynamic price competition, *Journal of Economic Theory* 127 (1).
- Bergemann, D., og J. Välimäki (1996), Learning and strategic pricing, *Econometrica* 64.
- Clinica (2006), "Catastrophic" – ABHI on NHS logistic privatisation, artikkel i tidsskriftet *Clinica*, nr. 1217, 4. august 2006.
- Dalen, Dag Morten og Christian Riis (2005), Konkurransen for innovasjon, rapport skrevet på oppdrag fra Moderniseringsdepartementet, Handelshøyskolen BI, 1. august 2005.
- Eucomed (2004), National tenders for medical technology products, Position Paper, 9. september 2004.
- Eucomed (2006), Procurement and centralized purchasing, Position Paper, June 2006.
- Finnut (2001), Rapport utarbeidet på oppdrag fra Helse Nord RHF, Finnut Consult AS, 28. november 2001.
- Forskrift om medisinsk utstyr av 15. desember 2005 nr. 1690.
- Furnes, Ove (2006), Bedring av resultatene for Charnley hofteprotesen over tid – betydningen av et opplæringsprogram for kirurgene, notat, Nasjonalt register for leddproteser, Ortopedisk klinikk, Haukeland Universitetssykehus.
- Furnes, Ove, Leif Ivar Havelin, Birgitte Espehaug, Lars Birger Engesæter, Stein Atle Lie og Stein Emil Vollset (2003), Det norske leddproteseregisteret – 15 nyttige år for pasientene og for helsevesenet, *Tidsskrift for den norske lægeförening*, 123 (10), 1367–9.
- Furnes Ove, Stein Atle Lie, Lars Birger Engesæter og Leif Ivar Havelin (2006), Results of primary Charnley total hip replacement have improved over the years in Norway, *Nordic Orthopaedic Federation*, 53rd Congress, Oslo.
- Hawkes, Nigel (2006), American firm is hired to do all NHS shopping, *The Times*, 27. juli 2006.
- Helse Øst (2002), Nasjonal innkjøpssentral – høringsuttalelse, styrevedtak sak 21/02.

- Hendrick, Thomas E. (2000), Purchasing Consortiums: horizontal alliances among firms buying common goods and services – what? who? why? how?, CAPS Research Focus Studies, Arizona State University.
- Innst. S. nr. 160 (2004-2005), Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av statens satsing på elektroniske innkjøp, Stortinget.
- Keyworth, Tim og George Yarrow (2006), Reverse eAuctions and NHS procurement, Regulatory Policy Institute, University of Oxford.
- Krütten, Jörg M., Frank Rautenberg og Matthias Liefner (2005), Future relevance and consequences of hospital purchasing cooperatives for medical technology suppliers in Germany – a current market assessment for BVMed, Simon-Kucher & Partners, 20. oktober 2005.
- Lewis, T.R., og H. Yildirim (2002), Managing dynamic Competition, American Economic Review 92 (4).
- LHF (2001a), Nasjonal innkjøpssentral for sykehusutstyr til Vadsø?, brev til helseminister Tore Tønne datert 15. august 2001, Leverandørforeningen for Helsesektoren.
- LHF (2001b), Innkjøpssentral for sykehusutstyr i Vadsø, brev til stortingsrepresentant Jon Alvheim datert 14. november 2001, Leverandørforeningen for Helsesektoren.
- LFH (2002a), Høringsuttalelse vedr. utredning om etablering av helseforetakenes felles innkjøpssenter i Vadsø, 14. januar 2002, Leverandørforeningen for Helsesektoren.
- LHF (2002b), Vadsøsentralen, brev til stortingsrepresentant Jon Alvheim datert 15. april 2002, Leverandørforeningen for Helsesektoren.
- LFH (2006a), Årsberetning for 2006, Leverandørforeningen for Helsesektoren.
- LFH (2006b), NAVs reduksjon i antall antatte leverandører, konkurransesituasjonen og leverandørenes situasjon på sikt, brev til NAV hjelpemidler og spesialenheter datert 5. desember 2006, Leverandørforeningen for Helsesektoren.
- Lingaas, Egil og Marianne Sandvik (2006), Engangsundersøkelseshansker til medisinsk bruk tilfredsstillende ikke kravene, poster, Avdeling for sykehushygiene, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF.
- Liski, Matti (2006), Dynamic competition, notat, Department of Economics, Helsinki School of Economics.
- Lov om medisinsk utstyr av 12. januar 1995 nr. 6.
- Moderniseringsdepartementet (2003), Handlingsplan for offentlige innkjøp og SMB, 13. mai 2003.
- NAV (2006), NAVs reduksjon i antall antatte leverandører, konkurransesituasjonen og leverandørenes situasjon på sikt, brev til Leverandørforeningen for Helsesektoren datert 12. desember 2006, NAV Drift og utvikling.
- Nærings- og handelsdepartementet (2001), Høringsnotat vedrørende forskrift om offentlige anskaffelser.
- NOU 1997: 21, Offentlige anskaffelser, Nærings- og handelsdepartementet.

- Ot. prp. nr. 66 (2000-2001), Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven), Sosial- og helsedepartementet.
- Pammolli, Fabio, Massimo Riccaboni, Claudia Oglialoro, Laura Magazzini, Gianluca Baio og Nicola Salerno (2005), Medical devices competitiveness and impact on public health expenditure, studie utarbeidet for Directorate Enterprise of the European Commission, University of Florence, Juli 2005.
- PricewaterhouseCoopers (2005), HealthCast 2020: creating a sustainable future, PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute.
- Rolfstam, Max (2005), Public technology procurement as a demand-side innovation policy instrument – an overview of recent literature and events, Universitetet i Lund.
- Røddik, Niels (2006), Danish eCommerce Project, presentasjon på Nordic Meeting on Public Procurement, Snekkersten, 12. september 2006.
- Stortinget (2002), Interpellasjon fra representanten John I Alvheim til helseministeren, sak nr. 4, møte torsdag den 21. februar kl. 10 2002.
- Stortinget (2005a), Forslag fra stortingsrepresentantene Karin Andersen og Sigbjørn Molvik om å avvikle ordningen med anbud på produksjon av ortopedisk fottøy, Dokument nr. 8:73 (2004-2005).
- Stortinget (2005b), Ortopediske fottøy, Skriftlige spørsmål med skriftlige svar, Dokument nr. 15 (2004-2005) nr. 487, 536 og 774.
- Weinstein B. (2003), Are Group Purchasing Organizations (GPOs) helping or hindering competition?, Presentasjon på Medicometrie Roundtable 18. januar 2003, University of North Texas.
- Ødegard-Hagen, Gerd og Halvard Arntzen (2006), Risiko for perforasjon av operasjonshansker, Tidsskrift for den norske lægeforening 127 (7), 856-8.