



Direktoratet for  
e-helse

# Sentralt styringsdokument

Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg L Kontraktstrategi

IE-1087

**Publikasjonens tittel:**

Sentralt styringsdokument  
Steg 2 for digital samhandling

Vedlegg L: Kontraktstrategi

**Rapportnummer**

IE-1087

**Utgitt:**

Januar 2022

**Utgitt av:**

Direktoratet for e-helse

**Kontakt:**

postmottak@ehelse.no

**Besøksadresse:**

Verkstedveien 1, 0277 Oslo  
Tlf.: 21 49 50 70

Publikasjonen kan lastes ned på:

[www.ehelse.no](http://www.ehelse.no)

# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrunn, mål og rammebetingelser</b>	<b>6</b>
2.1	Bakgrunn	6
2.2	Mål for steg 2 og anskaffelsene	6
2.3	Omfang, kompleksitet og kritikalitet av tiltakene	7
2.4	Føringer og rammebetingelser	8
<b>3</b>	<b>Grunnlag for kontraktstrategien</b>	<b>9</b>
3.1	Arbeidsomfang og anskaffelser	9
3.1.1	Hovedaktiviteter, ansvarsfordeling og avgrensninger	9
3.1.2	Arbeidsomfang for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter	9
3.1.3	Anskaffelsesbehov	11
3.2	Overordnet gjennomføringsstrategi	12
3.3	Leverandørmarkeder og markedsusikkerhet	14
3.3.1	Leverandørsegmenter	14
3.3.2	Konsulenttjenester til utvikling av programvare og IKT-løsninger	15
3.3.3	Markedsvurdering og markedsusikkerhet	16
3.4	Annen usikkerhet/risiko	20
3.5	Erfaringer fra andre tiltak	21
3.6	Partenes kompetanse og evne til å håndtere usikkerhet	22
<b>4</b>	<b>Alternative kontraktstrategier for Steg 2</b>	<b>24</b>
4.1	Hensyn som kan tilsi ulike strategier	24
4.1.1	Behovet for å ivareta helheten	24
4.1.2	Behovet for å sikre tilstrekkelig kapasitet med riktig kompetanse	25
4.2	Strategialternativer og anbefaling	25
4.2.1	Alternative kontraktstrategier for steg 2	25
4.2.2	Vurdering for program digital samhandling	27
4.2.3	Samlet anbefaling for program digital samhandling	28
4.2.4	Vurdering for program pasientens legemiddelliste	29
4.2.5	Samlet anbefaling for program pasientens legemiddelliste	30
<b>5</b>	<b>Andre sentrale strategiske valg</b>	<b>31</b>
5.1	Kontraktstruktur	31
5.1.1	Leveransestrømmer	31
5.1.2	Alternative kontraktstrukturer	33

5.1.3	Vurdering av alternativene.....	36
5.1.4	Samlet vurdering og anbefaling .....	39
5.1.5	Anbefalt kontraktstruktur for leveransestrømmen Driftsplattform .....	40
5.2	Kontraktstyper .....	41
5.3	Enkeltkontraktens kritikalitet.....	42
5.3.1	Pasientens legemiddelliste .....	43
5.3.2	Dokumentdeling .....	43
5.3.3	Kritisk informasjon .....	44
5.3.4	Datadeling for digital hjemmeoppfølging.....	44
5.3.5	Samlet vurdering .....	45
5.4	Anskaffelsesprosedyrer.....	45
5.4.1	Bestillinger under dynamiske innkjøpsordninger.....	45
5.4.2	Avrop på rammeavtaler .....	46
5.4.3	Åpen anbudskonkurranse.....	46
5.4.4	Begrenset anbudskonkurranse.....	46
5.4.5	Konkurranse med forhandling.....	47
5.4.6	Konkurransepreget dialog .....	47
5.4.7	Innovasjonspartnerskap .....	47
5.4.8	Anskaffelsesprosedyrer som er egnet for ressursanskaffelser.....	48
5.4.9	Anbefalte anskaffelsesprosedyrer for resursanskaffelser.....	49
5.5	Kompensasjonsformater .....	50
5.5.1	Prosess- og utredningsstøtte.....	51
5.5.2	Teknisk tilrettelegging.....	51
5.5.3	Nasjonal innføring .....	51
5.5.4	Driftsplattform og programvarekjøp .....	51
5.6	Insentiver og sikringsmekanismer .....	52
5.7	Kvalifikasjonskrav og tildelingskriterier .....	52
<b>6</b>	<b>Ivaretagelse av informasjonssikkerhet .....</b>	<b>54</b>
<b>7</b>	<b>Steg 2s påvirkning på markedet, næringsutvikling og innovasjon.....</b>	<b>56</b>
<b>8</b>	<b>Anbefalinger for det videre arbeidet .....</b>	<b>58</b>
<b>9</b>	<b>Strategiutviklingsprosessen.....</b>	<b>59</b>
<b>10</b>	<b>Referanser.....</b>	<b>60</b>

# 1 Innledning

Direktoratet for e-helse fikk i tildelingsbrevet for 2021 fra Helse- og omsorgsdepartementet (1), i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for steg 2 av utviklingen mot målbildet for digitale samhandlingsløsninger i helsesektoren. Oppdraget ble konkretisert i oppdragsbrev av 18. desember 2020. Steg 1 i utviklingsretningen er i dag organisert som et program ved navn program digital samhandling. Programmet har grunnlag i målbildet for digital samhandling, som ble vedtatt av regjeringen våren 2019.

Kontraktstrategien for steg 2 skal gi overordnede føringer for hvordan anskaffelser i steg 2 bør gjennomføres, herunder blant annet hvordan behov og usikkerhet bør adresseres gjennom anskaffelsesprosessene, og hvordan ansvar bør fordeles mellom oppdragsgiverne og leverandørene. Kontraktstrategien omhandler anskaffelser som vil gjennomføres av Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF.

Anskaffelsene til steg 2 vil i hovedsak bestå i anskaffelser av ressursforsterkninger til interne prosjekter og aktiviteter i direktoratet og Norsk helsenett SF. Siden gjennomføringsfasen ligger flere år frem i tid, er det en del usikkerhet knyttet til hvor omfattende dette behovet vil bli. Av samme grunn er det også betydelig usikkerhet knyttet til hva leverandørmarkedet på dette tidspunktet vil kunne tilby av relevant teknologi. Endelig vil steg 2 ha mange avhengigheter til andre løsninger og aktører i sektoren, og det er valgt å legge til grunn en smidig tilnærming til både utviklingsaktiviteter og andre aktiviteter. Kontraktstrategien er derfor holdt på et noe overordnet nivå, med fokus på strategiske og prinsipielle avklaringer som kan ha betydning for kostnader, gevinster og gjennomføringsrisiko i steg 2. Strategien vil uansett måtte suppleres med mer detaljerte planer når anskaffelsene skal gjennomføres. Vurderinger som ikke ventes å ha vesentlig betydning for kostnader eller risiko vil med fordel kunne utsettes til det er mer avklart hvilken kontekst anskaffelsene vil gjennomføres i.

Forprosjektet har vært underlagt Statens prosjektmodell for store investeringer. Kontraktstrategien er følgelig utformet i tråd med retningslinjene i Finansdepartementets rundskriv R-108/19 (2), med tilhørende veiledere. Dokumentstrukturen og begrepsbruken er tilpasset Veileder nr. 7 "Kontraktstrategi" (3). Kontraktstrategien skal, i henhold til veilederen, beskrive hvordan man sikrer hensiktsmessig konkurranse i utvelgelsesfasen, hvordan man fordeler oppgaver, ansvar og usikkerhet, og hvilke kontraktuelle virkemidler som bør være etablert for å understøtte styring i gjennomføringsfasen. Det er lagt til grunn at også veilederen legger opp til at kontraktstrategien skal være noe overordnet, med fokus på prinsipielle spørsmål.

Kapittel 1 angir bakgrunn, mål og rammebetingelser for steg 2. Kapittel 2 gir en overordnet oppsummering av det viktigste grunnlaget for kontraktstrategien, herunder omfanget av aktiviteter og innholdet i anskaffelser i steg 2, overordnet gjennomføringsstrategi, markedsvurderinger, usikkerhet, erfaringer fra andre tiltak og oppdragsgivernes og leverandørenes forutsetninger for å gjennomføre oppgavene som vil inngå i steg 2. Kapittel 3 vurderer alternative tilnærminger til de mest prinsipielle spørsmålene i strategien, mens kapittel 4 adresserer andre strategiske og taktiske spørsmål. Kapittel 5 til 8 omhandler informasjonssikkerhet, eventuell påvirkning på leverandørmarkedene, anbefalinger for det videre arbeidet og strategiutviklingsprosessen.

Kontraktstrategien er basert dagens markedssituasjon og risikobilde, og bør oppdateres ved endrede forhold.

## 2 Bakgrunn, mål og rammebetingelser

### 2.1 Bakgrunn

Direktoratet for e-helse utarbeidet i 2018 en konseptvalgutredning, blant annet for digital samhandling mellom aktørene i den offentlige helsetjenesten i Norge (4). Direktoratet anbefalte i juli 2018 konsept 7; "Nasjonal kommunal løsning for pasientjournal med helhetlig samhandling". Anbefalingen ble bekreftet av ekstern kvalitetssikrer høsten 2018 (KS1), og departementet besluttet med grunnlag i dette at det skulle gjennomføres et forprosjekt. Rapporten fra dette forprosjektet ble levert til departementet i mars 2020, med blant annet en anbefaling om å realisere løsninger for samhandling i helsesektoren stegvis.

Programmet ledes av Direktoratet for e-helse, og gjennomføres i tett samarbeid med Norsk helsenett SF. Også representanter for helsevirksomhetene og øvrige berørte aktører i sektoren er løpende involvert. Steg 1 av utviklingsretningen har pågått siden våren 2021, og omfatter utvikling i tilknytning til grunndata- og tillitstjenester, løsningen Nasjonal kjernejournal og en nasjonal informasjonstjeneste for oppslag i laboratorie- og radiologisvar (NILAR), samt et forprosjekt for steg 2. Forprosjektet for steg 2 gjennomføres med et sektorsammensatt programstyre, som bidrar blant annet til prioritering av sektorens behov og til forankring av programmets mål og leveranser blant aktørene i sektoren.

Konseptvalgutredningen fra 2018 pekte på blant annet betydningen av god informasjonssikkerhet, bruk av dialogbaserte anskaffelser der dette er relevant, og åpne behovsbeskrivelser. Den påpekte videre viktigheten av at kontrakter inneholder relevante opsjoner på utvidelser, for å sikre fleksibilitet og å begrense kostnader knyttet til gjentatte anskaffelser.

Rapporten fra kvalitetssikringen av konseptvalgutredningen gav blant annet følgende anbefalinger for arbeidet med senere kontraktstrategier:

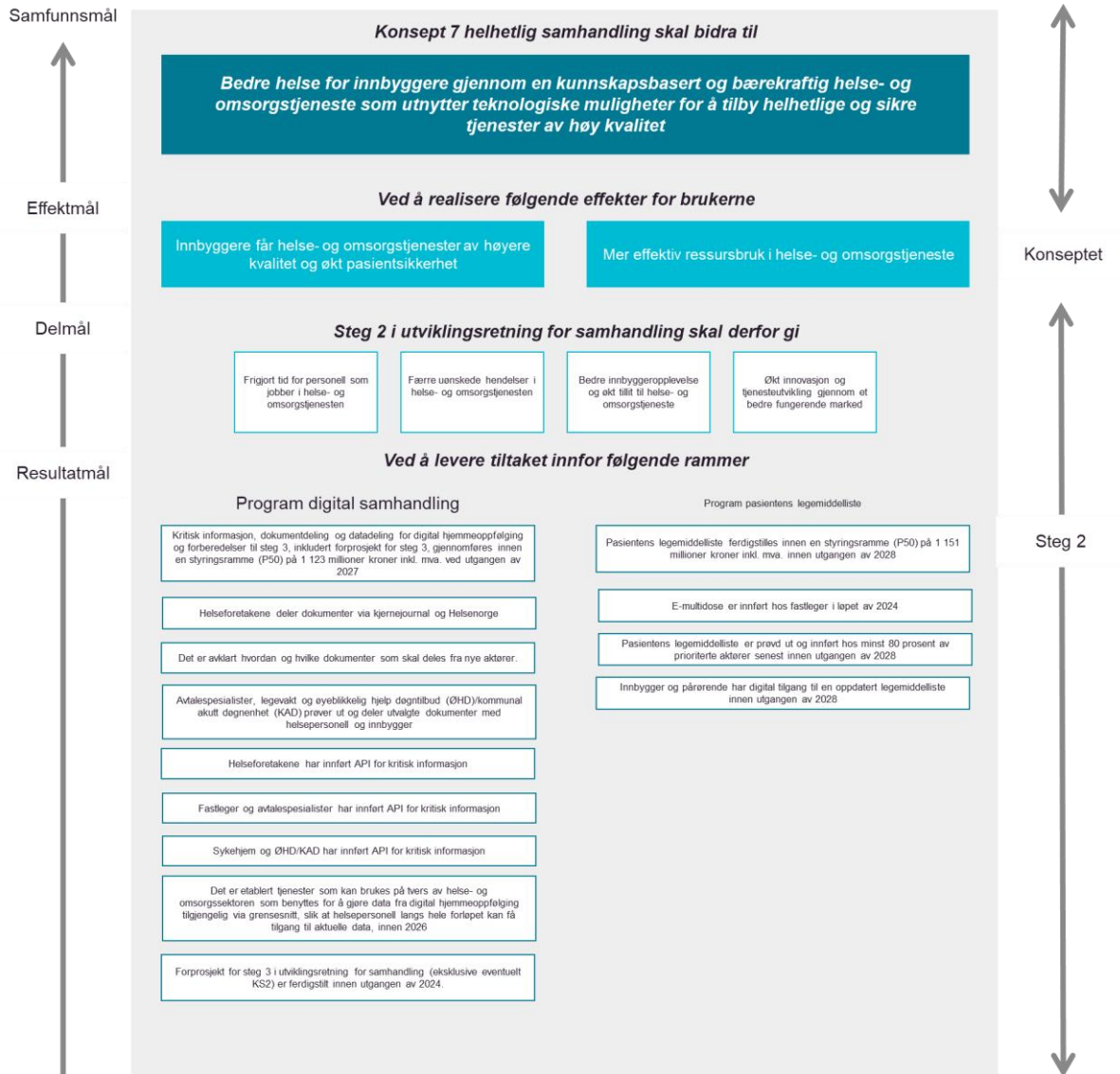
- Bruke erfaringer fra Helseplattformen. [...]
- Vurdere å gjennomføre en markedsdialog i forbindelse med utarbeidelse av konkurransegrunnlaget, for blant annet å evaluere om kravene som stilles harmonerer med utviklingsretningen innen leverandørmarkedet.
- Vurdere på hvilken måte samhandlingsløsningen kan bygge videre på dagens nasjonale samhandlingsløsninger, og de samhandlingsløsninger som eventuelt er under utvikling eller anskaffelse. Basert på dette bør det besluttes om samhandling skal anskaffes som en egen plattform (HIE) eller om den skal komplettere eksisterende løsninger.
- Bygge inn realopsjoner om fleksibilitet i kontrakten (ref. Vedlegg F til KVU), med særskilt vekt på å kunne variere løsningen og avslutte steg 2 [...]
- Sikre at kontraktstrategien understøtter innovasjon i hele investeringsperioden

Det følgende utgjør kontraktstrategien for steg 2 av utviklingsretningen.

### 2.2 Mål for steg 2 og anskaffelsene

Målene for steg 2 er oppsummert i Figur 1 nedenfor. Steg 2 skal bidra til å realisere målbildet for Helhetlig samhandling. Samfunns målet og effektmålene gjelder for konseptet for digital

samhandling, som er del av det valgte konsept 7 i konseptvalgutredningen fra 2018. Samfunns- og effektmålene er en videreføring av målene i det sentrale styringsdokumentet for helhetlig samhandling og felles kommunal journal fra 2020. Delmålene og resultatmålene gjelder kun for steg 2.



Figur 1 Målhierarki for steg 2

## 2.3 Omfang, kompleksitet og kritikalitet av tiltakene

Innholdet i steg 2 er nærmere beskrevet nedenfor og i Vedlegg G Omfang. Steg 2 skal realisere flere forskjellige typer samhandlingstjenester. Tjenestene vil bygge på en rekke eksisterende og nye løsningskomponenter, med ulik arkitektur og teknologi. De vil også ha avhengigheter til en rekke grunnmurskomponenter, som Helse-ID og flere registerkomponenter. Endelig skal de sentrale samhandlingsløsningene integreres med lokale systemer hos et stort antall helsevirksomheter over hele landet.

Steg 2 vil ha høy organisatorisk kompleksitet, med avhengigheter til helsevirksomhetene i sektoren. Det er disse virksomhetene som skal benytte samhandlingstjenestene og realisere

gevinstene. Steg 2 vil videre forutsette et nært og godt koordinert samarbeid mellom Norsk helsenett SF, som operativt ansvarlig, og Direktoratet for e-helse, som vil være overordnet ansvarlig for steg 2 og for relevante myndighetstiltak.

Steg 2 inneholder samhandlingstjenester som er sterkt etterspurt i helse- og omsorgssektoren. Det forventes at tjenestene vil øke kvaliteten og effektiviteten i behandlingstilbudet og redusere risikoen for feilbehandling og pasientskader. Kritikaliteten vurderes følgelig som høy, og det er viktig at arbeidet med steg 2 holder høy kvalitet og god fremdrift. Forsinkelser i gjennomføringen vil kunne få store konsekvenser for helse- og omsorgssektoren og for pasientene.

## 2.4 Føringer og rammebetingelser

Gjennomføringen av steg 2 vil måtte skje i henhold til flere *lover og forskrifter*. De viktigste fremgår av Sentralt styringsdokument, Hovedrapport, kapittel 1.4.2. I anskaffelsesfasen vil særlig lov om offentlige anskaffelser av 17. juni 2016 og forskrift om offentlige anskaffelser av 12. august 2016 (anskaffelsesforskriften) være sentrale.

Det følger av anskaffelsesforskriften § 8-12 at "Der det finnes fremforhandlede og balanserte *kontraktstandarder*, skal oppdragsgiveren som hovedregel bruke disse." Det finnes ikke fremforhandlede kontraktstandarder som er relevante for anskaffelsene i steg 2, men Statens standardavtaler (SSA) for kjøp av IT og konsulenttjenester er mye brukt av offentlige virksomheter ved IT-relaterte anskaffelser. De er godt kjent blant leverandørene, og oppfattes som forholdsvis balanserte. Bestemmelsen har i praksis blitt tolket som en "ordensregel", det vil si at det ikke foreligger et brudd på regelverket dersom det ikke benyttes fremforhandlede og balanserte kontraktstandarder.

Relevante *krav til bruk av standarder* er særlig regulert i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger (FOR-2015-07-01-853). Forskriften angir hvilke standarder det er obligatorisk å benytte, mens Referansekatalogen for e-helse (5) angir både obligatoriske og anbefalte standarder. Realiseringen av målbildet for samhandling vil også gjøre det nødvendig å stille en rekke nye krav til aktørene i helse- og omsorgssektoren. Tekniske krav og standarder for samhandling er nærmere beskrevet i Vedlegg H Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling. Samhandlingsløsningene må utvikles i tråd med disse kravene, og aktørene i helse- og omsorgstjenesten vil måtte påse at deres løsninger videreutvikles på en slik måte at kravene oppfylles.

Direktoratet for e-helse har etablert en funksjon for *nasjonal arkitekturstyring*, som vil ha et ansvar for å utarbeide og forvalte grunnlag for arkitekturstyring i helsesektoren, og å gi sektoren informasjon og veiledning i bruken av dette. Nasjonal arkitekturstyring skal utøves med grunnlag i fastsatte arkitekturprinsipper, referansearkitekturer, standarder, målbilder og veikart.

Blant generelle føringer fra Stortinget og regjeringen, kan blant annet *politiske mål om innovasjon og næringsutvikling* ha betydning for kontraktstrategien. Regjeringen la 5. april 2019 frem en stortingsmelding om helsenæringen (6), og Stortinget har senere sluttet seg til målene i meldingen. Høsten 2021 publiserte Direktoratet for e-helse en rapport om samarbeid mellom den offentlige helsetjenesten og næringslivet på e-helseområdet. I rapporten legges det til grunn at digitalisering gir store muligheter til å utvikle helse- og omsorgstjenesten til det beste for pasienter, helsepersonell og innbyggere, og at det bør legges til rette for bedre samhandling, større handlingsrom for innovasjon, og styrket samarbeid med næringslivet.



## 3 Grunnlag for kontraktstrategien

### 3.1 Arbeidsomfang og anskaffelser

#### 3.1.1 Hovedaktiviteter, ansvarsfordeling og avgrensninger

Det er vurdert at steg 2 av utviklingsretningen for digital samhandling bør bestå av tiltak innen fire funksjonelle samhandlingsområder:

- Dokumentdeling
- Kritisk informasjon
- Datadeling for digital hjemmeoppfølging
- Pasientens legemiddelliste

I tillegg skal det som en del av steg 2 gjennomføres et forprosjekt for steg 3 av utviklingsretningen for digital samhandling.

Med unntak for samhandlingsområdet *Datadeling for digital hjemmeoppfølging*, vil alle samhandlingsområdene baseres på videreutvikling av samhandlingsløsninger som til dels allerede er i bruk i helse- og omsorgssektoren. Samhandlingsområdene vil imidlertid ha ulik grad av modenhet med tanke på hvor mye som gjenstår før ny funksjonalitet kan tas i bruk av virksomhetene i sektoren. For samhandlingsområdet *Datadeling for digital hjemmeoppfølging*, skal det også i steg 2 etableres en helt ny løsning.

Norsk helsenett SF vil ha det operative ansvaret for å etablere og videreutvikle de nasjonale samhandlingsløsningene, og vil ha ansvaret for anskaffelser som inngår i dette. Direktoratet for e-helse vil være ansvarlig for forprosjektet for steg 3 og for en overordnet oppfølging av helheten i steg 2 på vegne av statsforvaltningen, og da også for anskaffelser som er knyttet til disse oppgavene. Begge virksomhetene vil være engasjert i ulike innføringsaktiviteter rettet mot virksomhetene som skal samhandle via de nye løsningene.

Kontraktstrategien adresserer ikke eventuelle anskaffelser som vil måtte foretas av virksomhetene som skal benytte samhandlingsløsningene, da virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten selv har ansvaret for tilpasning av egne løsninger og lokale innføringsaktiviteter. Behovet for lokale tekniske forberedelser og lokale innføringsaktiviteter vil imidlertid være omfattende, og vil medføre både avhengigheter og usikkerhet for gjennomføringen av steg 2.

Strategien adresserer heller ikke eventuelle ressurskjøp mellom direktoratet og Norsk helsenett SF, eller mellom disse etatene og andre virksomheter i eller eiet av statsforvaltningen, for eksempel helseforetak. Det vil antagelig være begrenset behov for slike ressurskjøp, og de vil også være ukompliserte anskaffelser fra et kontraktstrategisk perspektiv. Anskaffelsene vil blant annet være unntatt fra regelverket for offentlige anskaffelser i kraft av bestemmelser om offentlig egenregi<sup>1</sup>.

#### 3.1.2 Arbeidsomfang for sentrale utviklings- og innføringsaktiviteter

De sentrale samhandlingsløsningene for *Dokumentdeling* og *Kritisk informasjon* vil langt på vei være ferdig utviklet i det steg 2 igangsettes. For at løsningene skal kunne tas i bruk av

---

<sup>1</sup> Forskrift om offentlige anskaffelser § 4-1 bokstav a (egenregi) og § 3-1 («utvidet» egenregi)

virksomhetene i helse- og omsorgssektoren, vil det imidlertid være behov for en god del tilrettelegging. Dette vil medføre et behov for ressurser til:

- Innføringsaktiviteter overfor virksomhetene som skal ta løsningene i bruk
- Teknisk tilrettelegging og fortløpende tilpasninger i løsningene (utvikling, testing mv.)
- Faglige utredninger, herunder juridiske vurderinger
- Prosessledelse og prosjektkontor (PMO)
- Utvidelser av driftsplattformene for løsningene, ettersom flere helsevirksomheter tar dem i bruk

Samhandlingsområdet *Datadeling for digital hjemmeoppfølging* vil bygge på erfaringer fra Velferdsteknologiprogrammet, et program i regi av Helsedirektoratet som legger til rette for datadeling i tilknytning til bruk av velferdsteknologi i kommunehelsetjenesten. Men samhandlingsområdet vil realiseres gjennom nye løsningskomponenter, som skal utvikles som del av steg 2. Påfølgende utprøvnings- og innføringsaktiviteter vil gjennomføres i regi av Velferdsteknologiprogrammet eller i senere steg av utviklingsretningen mot målbildet for helhetlig samhandling. Realiseringen av samhandlingsområdet vil i lys av dette, primært forutsette ressurser til følgende aktiviteter:

- Utvikling, testing, utprøving mv.
- Faglige utredninger, herunder juridiske vurderinger
- Prosessledelse og prosjektkontor (PMO)
- Etablering av driftsplattform og forvaltning av denne

Som det fremgår av kapittel 2.1 Bakgrunn, gav konseptvalgutredningen fra 2018 anvisning om at man i den videre prosessen burde vurdere «på hvilken måte samhandlingsløsningen kan bygge videre på dagens nasjonale samhandlingsløsninger, og de samhandlingsløsninger som eventuelt er under utvikling eller anskaffelse. Basert på dette bør det besluttes om samhandling skal anskaffes som en egen plattform (HIE) eller om den skal komplettere eksisterende løsninger.» Datadelingsløsningen har i steg 2 et begrenset ambisjonsnivå. Men løsningen vil kunne danne grunnlag for stadig nye bruksområder i de påfølgende stegene. Det er på det nåværende tidspunktet usikkert i hvilken grad standardløsninger som finnes i markedet vil kunne dekke behovene som skal realiseres i steg 2 og senere steg. Den teknologiske utviklingen på dette området går imidlertid raskt. Gitt den potensielle fremtidige betydningen av de løsningsvalg som vil treffes i steg, bør det gjøres en grundig vurdering på tidspunktet for realisering av løsningen, av hvorvidt løsningen kan baseres helt eller delvis på standardkomponenter som kan anskaffes i markedet, eller om det må utvikles en helt ny løsning. Det må også vurderes i hvilken grad allerede utviklede komponenter kan gjenbrukes.

Samhandlingsområdet *Pasientens legemiddelliste* skal etablere en sentral oversikt over alle legemidler den enkelte pasient bruker til enhver tid (Pasientens legemiddelliste), som kan være tilgjengelig for de helsevirksomhetene hvor pasienten til enhver tid mottar helsetjenester. Realiseringen av samhandlingsområdet baseres på de tre løsningskomponentene *Reseptformidleren*, *Nasjonal kjernejournal* og *Sentral forskrivningsmodul*, samt noe videreutvikling av disse. Ved inngangen til steg 2, vil det særlig gjenstå systemutvikling i tilknytning til Sentral forskrivningsmodul. Utover dette vil aktivitetene i steg 2 i hovedsak bestå i ganske omfattende innføringsaktiviteter, knyttet til å bistå helsevirksomhetene med å ta Pasientens legemiddelliste i bruk.

Det vil følgelig være behov for ressurser til følgende aktiviteter:

- Utvikling, testing og utprøving av Sentral forskrivningsmodul
- Fortløpende tilpasninger i de øvrige løsningskomponentene (utvikling, testing mv.), herunder teknisk tilrettelegging for innføring
- Innføringsaktiviteter overfor virksomhetene som skal ta tjenesten i bruk
- Faglige utredninger, herunder juridiske vurderinger
- Prosessledelse og prosjektkontor (PMO)
- Utvidelser av driftsplattformene, ettersom flere helsevirksomheter tar løsningene i bruk

I tilknytning til direktoratets ansvar for programoppfølgingen og gjennomføring av forprosjektet for steg 3, vil direktoratet i tillegg ha behov for ressurser til:

- Prosessledelse og prosjektkontor (PMO)
- Faglige utredninger, herunder juridiske vurderinger
- Løpende ekstern kvalitetssikring av programmet

En mer detaljert beskrivelse av arbeidsomfanget følger av vedlegg G *Omfang* og vedlegg K *Prioritering av tiltak i steg 2*.

### 3.1.3 Anskaffelsesbehov

Oppgavene i steg 2 som tilfaller Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF vil i hovedsak gjennomføres av ansatte i de to virksomhetene. Det forventes imidlertid at det også vil bli behov for å supplere den interne bemanningen i begge virksomhetene ved kjøp av kapasitets- og kompetanseforsterkninger. De fire samhandlingsområdene vil medføre flere av de samme behovene for anskaffelser, men i noe forskjellig omfang.

Oppsummert, vil det særlig kunne bli behov for å anskaffe tjenester innen følgende ressurskategorier:

- Ressurser til utvikling og forvaltning mm.
- Ressurser til innføring og opplæring
- Ressurser til faglige utredninger
- Ressurser til prosessledelse og prosjektkontor (PMO)
- Ressurser til ekstern kvalitetssikring

Det vil videre kunne bli aktuelt å basere større eller mindre deler av løsningen for Datadeling for digital hjemmeoppfølging på ferdig utviklet programvare som anskaffes i leverandørmarkedet. Endelig vil det bli behov for å anskaffe servere og programvare med mer i forbindelse med utvidelsene av *driftsplattformene* som løsningene skal kjøre på.

*Ressurser til utvikling og forvaltning mm.* vil også omfatte ressursforsterkninger til oppgaver som teknisk sikkerhet, testing, dokumentasjon, driftsoppgaver og annen teknisk tilrettelegging. Det vil primært være Norsk helsenett SF som vil ha behov for å anskaffe denne typen ressurser. Norsk helsenett SF har valgt å organisere utvikling og forvaltning i form av autonome arbeidsgrupper (DevOps), som står for design av løsninger, utviklingsoppgaver, tilpasninger, test- og implementering, og drift- og forvaltningsoppgaver. Aktuelle fagområder er særlig tjeneste- og interaksjonsdesign, systemutvikling,

systemforvaltning, test og testledelse, og arkitektur. Innen denne ressurskategorien vil det antageligvis være et relativt stort behov for å tilføre ekstern kapasitet og spisskompetanse.

*Ressurser til innføring og opplæring* vil omfatte ressurser til innføringsaktiviteter som gjennomføres i regi av direktoratet og Norsk helsenett SF, da særlig koordinerings- og kommunikasjonsoppgaver og aktiviteter som skal legge til rette for opplæring og innføring i helsevirksomhetene. I det sentrale innføringsprosjektet vil det blant annet kunne bli behov for å styrke organisasjonen med kompetanse innen helsefag, prosessledelse og IKT-fag. Innføringsaktivitetene i steg 2 vil ha et stort omfang, men det ventes likevel at det vil være et moderat behov for kapasitets- og kompetanseforsterkninger til dette arbeidet.

*Ressurser til faglige utredninger* omfatter anskaffelser av forskjellige kategorier av fagkompetanse, som kan bidra i de utredningsaktivitetene som vil inngå i samhandlingsområdene og forprosjektet. Dette kan være IT-faglige, helsefaglige, økonomiske, juridiske og andre vurderinger og utredninger, for eksempel knyttet til teknisk og helsefaglig standardisering, personvern vurderinger, arkitekturvurderinger, informasjonssikkerhetsvurderinger mv. Det ventes at det også hver vil være et moderat omfang av kapasitets- og kompetanseforsterkninger.

*Ressurser til prosessledelse og prosjektkontor* vil omfatte ressurser som kan bistå med planleggings-, koordinerings- og kommunikasjonsaktiviteter, økonomioppfølging og andre støttefunksjoner i programmene og prosjektene. Det ventes et begrenset behov for slike anskaffelser.

*Ressurser til ekstern kvalitetssikring* vil omfatte ressurser som kan gjennomføre kvalitetssikringsaktiviteter med en tilstrekkelig grad av uavhengighet. Her vil det primært være behov for et team som kan bistå direktoratet med den overordnede oppfølgingen av programmene.

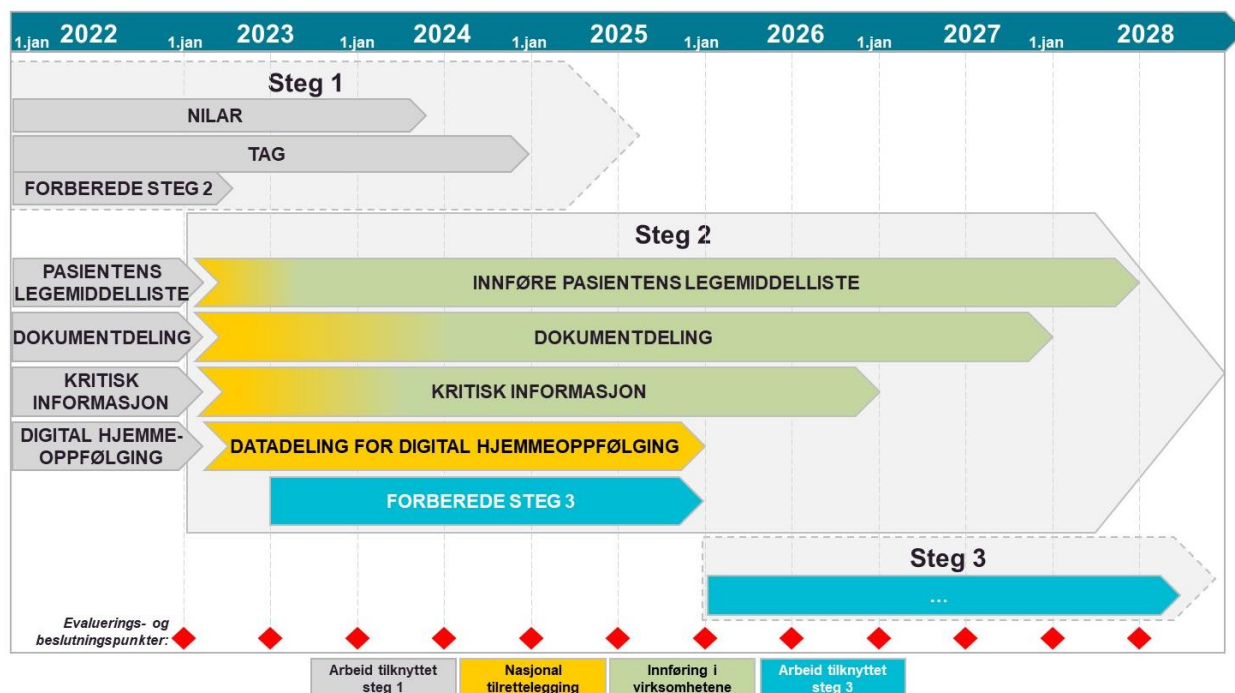
For flere av ressurskategoriene nevnt ovenfor, er det usikkerhet knyttet til hvor omfattende behovet for kompetanse- og kapasitetsforsterkninger vil bli. For det første, ligger gjennomføringen av steg 2 flere år frem i tid, og det er usikkerhet knyttet til i hvilken grad direktoratet og Norsk helsenett SF vil velge og evne å rekruttere ressurser i de nevnte kategoriene frem til og i løpet av gjennomføringen av steg 2. Behovet for innleie vil også avhenge av den totale arbeidsbelastningen i de to virksomhetene og av den interne ressursdisponeringen. Det er videre også noe usikkerhet knyttet til hvor ressurskrevende aktivitetene vil bli.

Denne usikkerheten antas imidlertid ikke å ha vesentlig betydning for kontraktstrategien, da kontraktstrategien primært adresserer de mer prinsipielle sidene av de forestående anskaffelsene. Behovet for anskaffelser vil antagelig samlet sett være moderat, siden både direktoratet og Norsk helsenett SF har egne ressurser innen alle de nevnte ressurskategoriene. Som det fremgår nedenfor, antas det heller ikke å foreligge markedsusikkerhet med vesentlig betydning for gjennomføringen av steg 2.

## **3.2 Overordnet gjennomføringsstrategi**

Utviklingen av samhandlingsfunksjonalitet er i dag hovedsakelig sentrert rundt enkeltstående verdikjeder, for eksempel på områdene legemiddelhåndtering og dokumentinnsyn. Gjennomføringsstrategien vil, også i steg 2, hovedsakelig bygge videre på de eksisterende nasjonale samhandlingsløsningene.

Figur 2 illustrerer overordnet gjennomføringsplan for steg 2 med tilhørende samhandlingsområder. Den overordnede gjennomføringsplanen innebærer at steg 2 starter opp før steg 1 har ferdigstilt sine leveranser.



Figur 2 Overordnet gjennomføringsplan for steg 2

Steg 2 handler hovedsakelig om å videreføre arbeidet med nasjonale tjenester som allerede er etablert eller som er under etablering. En stor del av steg 2 er innføringsaktiviteter og aktiviteter knyttet til tilpasninger som helsevirksomhetene må gjøre i egne systemer.

Direktoratet for e-helse vil på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ha det overordnede ansvaret for å realisere steg 2 i samarbeid med Norsk helsenett SF. Etter en eventuell investeringsbeslutning om gjennomføring av steg 2, vil sektorsammensatte programstyrer være ansvarlige for at programmene leverer innenfor avtalte rammer (kostnader, nytte og fremdrift m.m.).

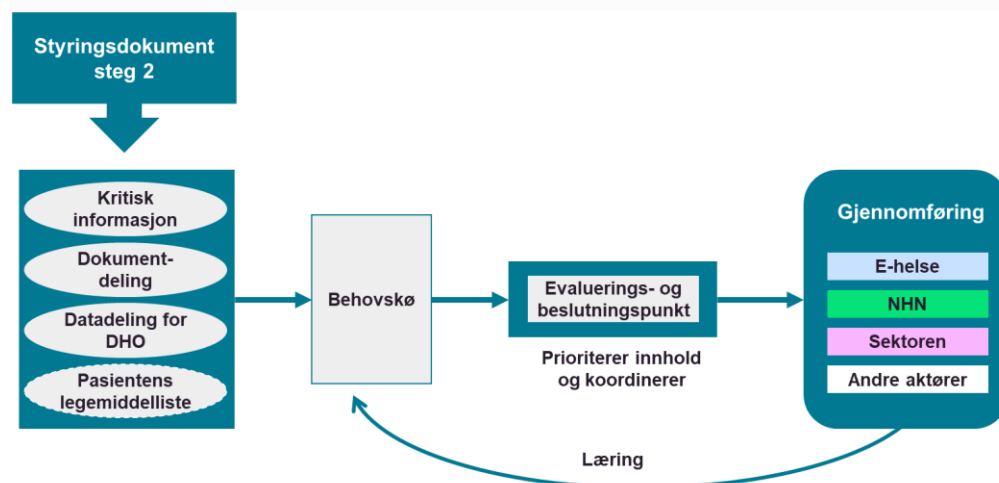
Organiseringen av steg 2 skal bidra til å sikre fremdrift, og at avhengigheter og eskalering av uenigheter håndteres, samt at steg 2 bygger opp under det langsiktige målbildet for helhetlig samhandling. Steg 3 og kommende steg i målbildet for helhetlig samhandling må vurdere om det er behov for å endre organiseringen på et senere tidspunkt, basert på læring og erfaringer fra steg 2.

Forprosjektet anbefaler at gjennomføringen av steg 2 organiseres i to programmer:

- Program digital samhandling
- Program pasientens legemiddelliste

program pasientens legemiddelliste koordinerer aktivitetene som inngår i samhandlingsområdet pasientens legemiddelliste, mens program digital samhandling vil koordinere de øvrige samhandlingsområdene og forprosjektet for steg 3.

Gjennomføringsmodellen for både program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste tar utgangspunkt i målene, de økonomiske rammene og arbeidsomfanget for steg 2. Gjennomføringsmodellen er illustrert i Figur 3.



Figur 3 Gjennomføringsmodell for steg 2

Norsk helsenett SF vil ha ansvaret for å etablere, detaljere og modne ulike arbeidspakker, for å løse konkrete behov i sektoren, heretter omtalt som behovskøen. Involvering av sektoren vil være en forutsetning for å lykkes, da det er aktørene i sektoren som sitter nærmest behovet.

Behovskøen vil i hovedsak bestå av følgende behov:

- 1) Gjøre tekniske samhandlingsløsninger tilgjengelig
- 2) Sikre at virksomhetene i sektoren er klare til å ta samhandlingsløsningene i bruk
- 3) Innføre samhandlingsløsningene, og følge opp at disse blir tatt i bruk

Under ledelse av Norsk helsenett SF, skal Direktoratet for e-helse, sektoren og andre relevante aktører bidra til å modne og konkretisere behovskøen. Forslag til hva som bør inngå i behovskøen vil danne grunnlaget for prioriteringer ved evaluerings- og beslutningspunkter. Dette vil forutsette at behovene er tydelig definerte (hva må gjøres av hvem), med anslag om omfang, nytte og drifts- og forvaltningskonsekvenser. Utkast til prioritert behovskø vil så legges frem for programstyrene.

## 3.3 Leverandørmarkeder og markedsusikkerhet

### 3.3.1 Leverandørsegmenter

Følgende figur gir en oversikt over aktuelle leverandørsegmenter:



Figur 4 Leverandørsegmenter

### **3.3.1.1 Konsulenttenester innen økonomi, revisjon og juss**

Dette er leverandører som kan bistå i juridiske vurderinger og samfunnsøkonomiske analyser. Det finnes to hovedkategorier av leverandører:

- Leverandører som spesialiserer seg på et eller et fåtall av disse fagområdene, som for eksempel CMS Kluge AS, Oslo Economics med flere
- Tjenesteleverandører som tilbyr et bredt spekter av konsulenttenester, som for eksempel EY, Deloitte, PwC, CapGemini, Sopra Steria med flere

### **3.3.1.2 Konsulenttenester til organisasjonsutvikling og kommunikasjonsrådgivning**

Dette er leverandører som kan bistå i prosessledelse, kommunikasjonsrådgivning, innføringsaktiviteter og endringsledelse. Det finnes to hovedkategorier av leverandører:

- Leverandører som spesialiserer seg på et eller et fåtall av disse fagområdene, som for eksempel TRY-huset med flere
- Tjenesteleverandører som tilbyr et bredt spekter av konsulenttenester, som for eksempel EY, Deloitte, PwC, CapGemini, Sopra Steria med flere

### **3.3.2 Konsulenttenester til utvikling av programvare og IKT-løsninger**

Dette er leverandører som kan bistå innen utvikling, programmeringstjenester, integrasjonstjenester mv. Det finnes to hovedkategorier av leverandører:

- Leverandører som kun tilbyr kompetanse, dvs. enkeltpersoner eller team, som for eksempel Bekk Consulting AS, A2 med flere
- Leverandører som kan tilby både programvare og utviklingskapasitet, som for eksempel Accenture, Sopra Steria, Tieto EVRY med flere

#### **3.3.2.1 Programvare til applikasjonsutvikling, programvareprodukter og integrasjoner**

Dette er leverandører som leverer programvare til applikasjonsutvikling, integrasjon og drift. Leverandørsegmentet omfatter blant annet programvare for datadeling.

Her finnes det flere måter å segmentere leverandørene på:

- Leverandører som leverer programvare og programmeringstjenester og andre konsulenttenester, som for eksempel Accenture, Sopra Steria og IBM med flere
- Leverandører som utvikler og selger programvare som produkter, som for eksempel Visma med flere

### 3.3.3 Markedsvurdering og markedsusikkerhet

#### 3.3.3.1 Aktive avtaler og tilgangen til leverandører

Behov for ressursbistand til Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF dekkes i dag primært gjennom et sett med rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger. Direktoratet og Norsk helsenett SF har i dag avtaler med en lang rekke leverandører innenfor de aktuelle leverandørsegmentene.

##### 3.3.3.1.1 Rammeavtaler for konsulenttjenester

For å adressere behovet for kompetanse og kapasitet til å ivareta behovene knyttet til utviklingen av de nasjonale løsningene, gjennomførte Direktoratet for e-helse i 2019 en anbudskonkurranse for å inngå nye rammeavtaler. Rammeavtalene kan også benyttes av Norsk helsenett SF. Anbudskonkurransen omfattet følgende 10 tjenesteområder med tilhørende fagområder:

- Program- og prosjektledelse
- Strategisk rådgivning
- Behovsanalyse og løsningsspesifisering
- Løsningsutvikling
- Test og testledelse
- Helsefag
- Forebyggende sikkerhet og beredskap
- Informasjonssikkerhet og personvern
- Kommunikasjon og formidling
- Kunnskap, analyse og evaluering

Direktoratet for e-helse valgte å inngå kontrakt med 30 leverandører blant annet knyttet til samhandlingsløsningene. Leverandørene omfatter blant annet de fleste av selskapene som er nevnt ovenfor. Avtalene har opsjoner på forlengelse frem til desember 2023. Det vil følgelig være behov for å inngå nye rammeavtaler for å dekke behovene knyttet til program digital samhandling Steg 2. Anskaffelsene vil baseres på erfaringer fra tidligere rammeavtaler.

##### 3.3.3.1.2 Dynamisk innkjøpsordning for Norsk helsenett SF

Norsk helsenett SF har etablert dynamiske innkjøpsordninger (DPS) for kjøp av ressursbistand knyttet til en rekke kompetanseområder. Ordningene kan også benyttes av den statlige helseforvaltningen.

De dynamiske innkjøpsordningene for administrative konsulenttjenester består av fem ulike kategorier:

- Konsulenttjenester innen analyse og evalueringer
- Konsulenttjenester innen strategi og virksomhetsutvikling
- Konsulenttjenester innen organisasjonsutvikling
- Konsulenttjenester innen økonomistyring
- Konsulenttjenester innen prosjektledelse og prosjektstøtte



De dynamiske innkjøpsordningene for konsulenttenester innen IKT består av 16 ulike kategorier.

- Konsulenttenester innen IKT prosjektledelse og -støtte
- Konsulenttenester innen IKT styring og forvaltning (governance)
- Konsulenttenester innen test og testledelse
- Konsulenttenester innen informasjonssikkerhet
- Konsulenttenester innen IT-arkitektur
- Konsulenttenester innen IKT-systemer og plattformer
- Konsulenttenester innen data- og telekommunikasjon
- Konsulenttenester innen innovasjon
- Konsulenttenester innen informasjonsforvaltning og -modellering
- Konsulenttenester innen systemutvikling .Net
- Konsulenttenester innen systemutvikling Java
- Konsulenttenester innen systemutvikling BI/datavarehus
- Konsulenttenester innen øvrig systemutvikling (.net, Java, BI/datavarehus, Sharepoint, Office365)
- Konsulenttenester innen tjenestedesign og «front-end» utvikling
- Konsulenttenester innen e-læring
- Konsulenttenester innen Office365 og Sharepoint

Mer enn 350 leverandører er kvalifisert til disse innkjøpsordningene. Ordningene er løpende, men med økonomiske rammer for hvor mye som kan anskaffes under ordningene. Norsk helsenett SF vil supplere ordningene etter behov.

### **3.3.3.2 Vurdering av markedsusikkerhet**

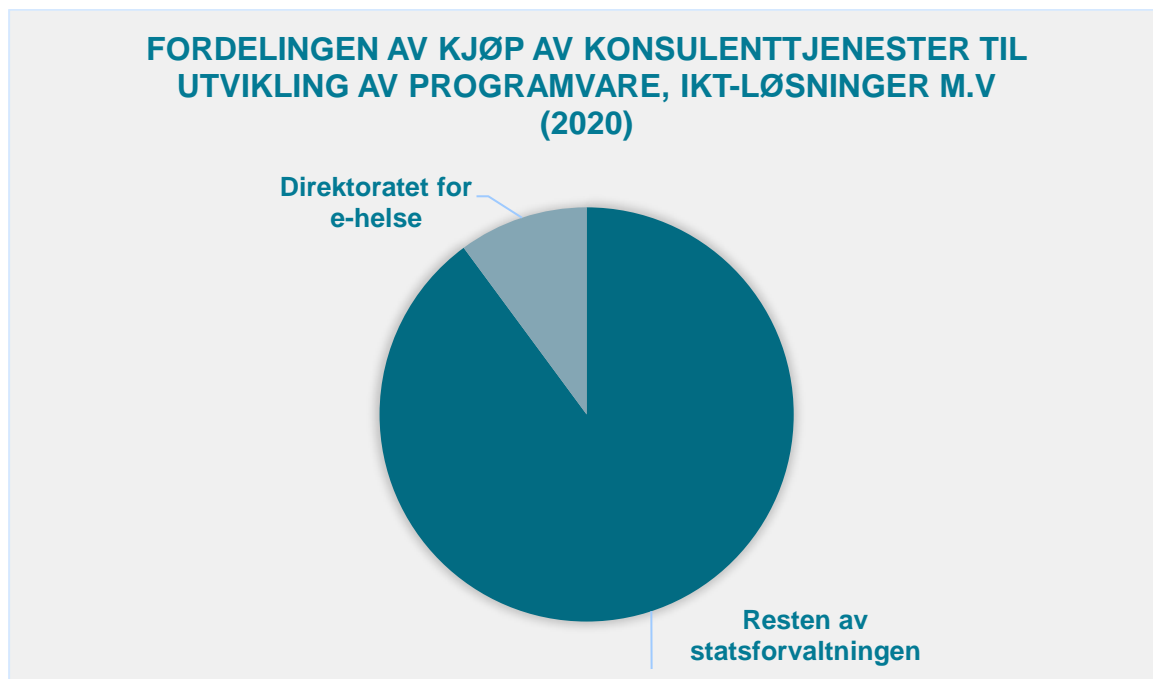
Det er særlig knyttet markedsusikkerhet til følgende to markedsområder:

- Anskaffelse av konsulentbistand innen utvikling, test, drift og forvaltning
- Anskaffelse av teknologi for datadeling

#### **3.3.3.2.1 Anskaffelse av konsulentbistand innen utvikling, test, drift og forvaltning**

Den største markedsusikkerheten er knyttet til tilgangen til nødvendig kompetanse og kapasitet innen leverandørsegmentet konsulentbistand innen utvikling, test, drift og forvaltning. I en rapport fra 2013 fra DAMVAD og Samfunnsøkonomisk analyse (7), ble det vurdert at det allerede i 2015 ville være en underdekning av IKT-personell i Norge, med mindre universitetene utvidet utdanningskapasiteten og flere studenter søkte seg til disse studiene. I en nyere rapport utgitt av Samfunnsøkonomisk analyse AS (8) blir det slått fast at mer enn 3 000 IKT-stillinger var ubesatte i 2020. Det blir vurdert at det faktiske behovet er større. Samfunnsøkonomisk analyse AS sin nærings- og kompetansemødel (SØNK) er brukt til å framskrive framtidig sysselsetting av personer med IKT-utdanning fram til 2030. Modellen framskrivinger tilsier at behovet for personer med IKT-utdanning øker fra rundt 56 000 personer i 2019 til 94 000 personer i 2030.

Det er i dette markedet Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF skal inngå nye avtaler. En analyse av statsregnskapet viser at Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF ikke bare konkurrerer med kjøpere i privat sektor, men at man også er en relativt liten kjøper innen offentlig sektor. Direktoratet for e-helse står, sammen med Norsk helsenett SF, for ca. 10 prosent av volumet i statlig sektor<sup>2</sup>.



Figur 5 Andel av kjøp av IKT-ressurser. Kilde: Statsregnskapet

Innkjøpsvolumet er imidlertid ikke alene en avgjørende faktor for hvor attraktiv man er som kjøper. Andre faktorer som sektorens utvikling og forutsigbarhet, spiller også inn i hvorvidt Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF vil kunne tiltrekke seg riktig kompetanse.

Det samlede volumet av bistand som skal anskaffes til steg 2 er relativt lite, og markedsusikkerheten vil derfor utgjøre en risikofaktor av begrenset betydning for gjennomføringen av steg 2. Det vil imidlertid være viktig at Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF legger til rette for attraktive konkurranser når rammeavtalene og de dynamiske innkjøpsordningene skal fornyes og i de konkrete anskaffelsene til steg 2.

### 3.3.3.3 Anskaffelse av teknologi for datadeling for Digital hjemmeoppfølging (DHO)

Tilrettelegging for datadeling skjer særlig gjennom etablering av løsninger med API-grensesnitt (Application Programming Interface). APIer gir den enkelte virksomhet mulighet til å eksponere data og funksjoner til andre virksomheter, og representerer i så måte virksomhetene sitt digitale grensesnitt mot omverden. Disse må kunne kontrolleres på en enkel og effektiv måte gjennom et såkalt API Management, som kort forklart er prosessen for publisering, dokumentering og overvåking av APIer i et sikkert og skalerbart miljø. En API Management Full Life Cycle Platform (heretter omtalt som API Management plattform) er en

<sup>2</sup> Basert på tall fra statsregnskapet for 2020. Statsregnskapet angir kun direktoratets kostnader, men i tallene inngår også direktoratets finansiering i 2020 av tilsvarende kostnader hos Norsk helsenett SF.

teknisk løsning som understøtter denne prosessen. En slik plattform tilbyr normalt følgende funksjoner:

- API gateway (sperrer og sikrer grensesnittene, inkludert tilgangskontroll)
- Utviklerportal (gir eksterne utviklere tilgang på dokumentasjon og mulighet til å søke om tilgang)
- Analyse og overvåkning (analyser av API-bruk; hvem bruker API og til hva)
- Tjenesteintegrasjon (funksjoner for å slå sammen og oversette APIer, om nødvendig)
- Livssyklusforvaltning (hjelp til å håndtere parallell bruk, innfasing og utfasing)

Det finnes mange etablerte produktleverandører som leverer API management, og produktene tilbys "on-premise" (for etablering lokalt), som skytjenester og som hybrid-løsninger, og omtales også som integrasjonsprogramvare (Integration software). Norsk helsenett SF gjennomførte i 2019 en undersøkelse av leverandørmarkedet for å kartlegge modenheten i tilgjengelige produkter, spesielt med hensyn til å kunne understøtte informasjonstjenester for datadeling i helse- og omsorgstjenesten. Tabell 1 viser noen av de viktigste produktleverandørene innen dette segmentet, og utvalgte indikatorer knyttet til hvor relevante produktene vil være for den norske helsesektoren.

Tabell 1 Oversikt over produktleverandører for datadeling til DHO

Produkt	Omfang	Leveranse-modell	Tilpasset helse	Tilgjengelighet i Norge
IBM API Connect*	<input type="checkbox"/> API Management <input type="checkbox"/> API Gateway <input type="checkbox"/> Utviklingsverktøy	<input type="checkbox"/> Sky-basert <input type="checkbox"/> On-Prem	Støtter REST FHIR API	JA
Salesforce.com (har kjøpt opp Mulesoft) *	<input type="checkbox"/> API Management <input type="checkbox"/> API Gateway <input type="checkbox"/> Utviklingsverktøy	<input type="checkbox"/> Sky-basert	Støtter REST FHIR API	JA
Oracle API Platform*	<input type="checkbox"/> API Management <input type="checkbox"/> API Gateway <input type="checkbox"/> Utviklingsverktøy	<input type="checkbox"/> Sky-basert	Støtter REST FHIR API	JA
Microsoft Azure API management*	<input type="checkbox"/> API Management <input type="checkbox"/> API Gateway <input type="checkbox"/> Utviklingsverktøy	<input type="checkbox"/> Sky-basert <input type="checkbox"/> On-prem	Støtter REST FHIR API	JA
Dell Boomi API Management and Integration Platform as a Service*	<input type="checkbox"/> API Management <input type="checkbox"/> API Gateway <input type="checkbox"/> Utviklingsverktøy	<input type="checkbox"/> Sky-basert <input type="checkbox"/> On-prem	Støtter REST FHIR API	UKJENT
Tyk Open Source	<input type="checkbox"/> API Management <input type="checkbox"/> API Gateway <input type="checkbox"/> Utviklingsverktøy	<input type="checkbox"/> Sky-basert <input type="checkbox"/> On-prem	Støtter REST FHIR API	UKJENT

Akana by Perforce	<input type="checkbox"/> API Management <input type="checkbox"/> API Gateway <input type="checkbox"/> Utviklingsverktøy	<input type="checkbox"/> Sky-basert <input type="checkbox"/> On-prem	Støtter REST FHIR API	JA
WSO2 API Manager (Open Source)	<input type="checkbox"/> API Management <input type="checkbox"/> API Gateway <input type="checkbox"/> Utviklingsverktøy	<input type="checkbox"/> Sky-basert <input type="checkbox"/> On-prem	Støtter REST FHIR API	JA

Kolonnene «Tilgjengelighet i Norge» refererer til i hvilken grad det er leverandører med tilstedeværelse i Norge som kan tilby kompetansesøtte knyttet til de aktuelle produktene.

Analysen viser at leverandørmarkedet i betydelig grad gir tilgang til teknologi og kompetanse som vil kunne dekke behovet for håndtering av datadelingsgrensesnitt for digital hjemmeoppfølging. I en rapport fra International Data Corporation (IDC) fra 2020 (9), blir leverandørenes markedsandeler analysert. Rapporten viser at leverandørene merket med «\*» i tabellen ovenfor representerte 62,6 prosent av det globale markedet.

### 3.4 Annen usikkerhet/risiko

Gjennomføringen av steg 2 vil omfatte mange forhold som bidrar til usikkerhet. De viktigste usikkerhetsfaktorene som ligger til grunn for gjennomføringsstrategien følger nedenfor.



#### Usikkerhet knyttet til realisering av gevinster

Realisering av gevinster i steg 2 er avhengig av at flere aktører i sektoren tar i bruk ny funksjonalitet og endrer arbeidsprosesser. Dette er aktører som ikke har én felles styringslinje. En av de viktigste driverne til usikkerhet følger av at mye av nytten i steg 2 vil oppstå et annet sted enn der investeringene tas.



#### Usikkerhet knyttet til mulige interessekonflikter

Steg 2 har mange interessenter og berørte parter. De ulike interessentene kan ha avvikende interesser i gjennomføringen av tiltaket. Kombinert med at det er frivillig å ta i bruk løsningene, og målet om at flest mulig likevel skal velge å ta i bruk de nye løsningene, kan interessekonfliktene skape utfordringer i styringen og gjennomføringen av tiltaket.



#### Usikkerhet knyttet til avhengigheter til andre pågående programmer og prosjekter

Program pasientens legemiddelliste og program digital samhandling har avhengigheter til hverandre og til andre pågående programmer og prosjekter. Dette gjelder særlig tiltak i steg 1 som etablerer nye grunddatatjenester og tillitstjenester. Forsinkelser eller mangelfull koordinering av disse tiltakene vil kunne gi forsinkelser i realiseringen av steg 2.



### Usikkerhet knyttet til ivaretagelsen av målbildet for helhetlig samhandling

Målbildet for helhetlig samhandling skal realiseres gjennom en stegvis tilnærming, der det fattes investeringsbeslutning for ett og ett steg av gangen. Steg 1 er nå under gjennomføring, og som en del av steg 2 skal det gjennomføres et forprosjekt for steg 3. Det skal der avklares hva som bør være innholdet i steg 3 og hvordan steget bør styres, gjennomføres og finansieres. Denne stegvise tilnærmingen medfører utfordringer knyttet til å ivareta målbildet for samhandling på en helhetlig og effektiv måte.

I tillegg til disse usikkerhetsfaktorene og markedsusikkerheten angitt ovenfor, vil kontraktstrategien særlig måtte ta høyde for *usikkerhet knyttet til en rask teknologiutvikling i leverandørmarkedet*. Det har de siste årene kommet til stadig nye produkter i e-helsemarkedet, og nye produkter har blitt videreutviklet til modne produkter med rikere funksjonalitet. Avhengig av hva markedet kan tilby på tidspunktet for gjennomføringen av steg 2, vil kjøp av ferdigutviklet programvare kunne utgjøre et alternativ til systemutvikling, da særlig i realiseringen av Datadeling for digital hjemmeoppfølging.

Systemutvikling, særlig av kompleks programvare, vil regelmessig medføre betydelig usikkerhet, både knyttet til kostnadene og kvaliteten på det som skal utvikles. Mye av denne usikkerheten vil kunne unngås gjennom å kjøpe ferdig utviklet, testet og utprøvd programvare. I tillegg vil vedlikeholds- og videreutviklingskostnaden for programvare som selges til flere kunder, kunne fordeles mellom kundene, mens kostnadene må bæres i sin helhet av den som velger å utvikle programvare selv til egen bruk. Kjøp av ferdige løsningskomponenter bør derfor være det foretrukne alternativet, der markedet kan tilby programvare som dekker behovet. Samtidig vil det alltid måtte gjøres en konkret vurdering av hvor godt slike ferdigløsninger vil dekke behovet. Det vil også måtte vurderes hvorvidt livsløpskostnaden for egenutviklet programvare reelt overstiger livsløpskostnaden for aktuelle ferdigløsninger i det konkrete tilfellet. Der videreutviklingen har et begrenset omfang, er det mindre sannsynlig at behovene vil kunne dekkes mer kostnadseffektivt gjennom kjøp av standardkomponenter.

Risikofaktorene som er angitt ovenfor, viser ellers at steg 2 vil ha omfattende avhengigheter til de mange aktørene i sektoren og til andre e-helsetiltak. Omfanget av og kompleksiteten i steg 2 gjør det krevende å forutse alle relevante risikofaktorer og deres betydning, flere år i forkant av gjennomføringen. For å adressere dette, er det lagt til grunn at realiseringen av samhandlingsløsningene skal gjennomføres stegvis og basert på prinsipper for smidig prosjektgjennomføring. Programmene som inngår i steg 2 vil ha et betydelig behov for fleksibilitet til å kunne justere planene underveis, noe også kontraktstrategien vil måtte bidra til.

## 3.5 Erfaringer fra andre tiltak

I forbindelse med gjennomføringen av forprosjektet for helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning, ble det høsten 2019 gjennomført flere referansebesøk til store e-helseprosjekter, særlig i Norge og Norden. Det har også senere blitt innhentet erfaringer, blant annet fra Helseplattformen, et prosjekt i regi av Helse-Midt RHF i samarbeid med kommunene i Midt-Norge. Erfaringer fra dette prosjektet er særlig relevante, siden prosjektet er av nyere dato og gjennomføres i et samarbeid mellom mange uavhengige aktører i en

norsk kulturell kontekst. Samtidig har Helseplattformen fokus på å realisere en pasientjournaløsning, altså en annen type løsning enn de som skal realiseres i steg 2. Dette legger også noen begrensninger på i hvilken grad erfaringene er overførbare. Det samme gjelder de øvrige nevnte referansebesøkene. Men en gjennomgående erfaring er at en tett involvering av brukerne av løsningene og andre interessenter er viktig både for evnen til å utvikle løsninger som gir reell verdi og for innføringsprosessene.

Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF har mye erfaring med etablering og leveranse av nasjonale samhandlingsløsninger og -komponenter. Tidligere ble utvikling og forvaltning av løsningene i stor grad satt ut til eksterne leverandører, i form av helhetlige oppdrag. Men de senere årene har Norsk helsenett SF valgt å ta mer styring over disse leveransene selv. For *Sentral forskrivningsmodul*, er det nå valgt en forvaltningsmodell hvor man bygger opp intern kompetanse gjennom å samarbeide tett med leverandøren av løsningen. Det er etablert sammensatte team av interne ressurser og innleide ressurser, og Norsk helsenett SF har i større grad tatt styringen over prosessene. For *Reseptformidleren* er det valgt en tilsvarende tilnærming. Den eksisterende utviklingsavtalen, hvor én leverandør har hatt ansvaret for utvikling og forvaltning, er i ferd med å erstattes av en bistandsavtale, hvor Norsk helsenett SF kun kjøper spesifikk kompetanse og kapasitet fra markedet etter behov. Bakgrunnen for disse valgene, er at man ønsker sterkere intern styring og kontroll med løsningene, samtidig som man reduserer avhengigheten til leverandørene. Bruken av mer avgrensede bistandsavtaler, gir også en fleksibilitet som gjør det mulig raskt å skalere opp og ned tilførselen av ressurser ved endringer i behov og aktivitetsnivå.

Norsk helsenett SF har også bygget erfaring med ulike ansvarsmodeller i forbindelse med utviklingen og forvaltningen av publikumstjenesten Helsenorge. Tjenesten er utviklet og forvaltes med høy grad av intern styring, og med en kombinasjon av egne og innleide ressurser. Norsk helsenett SF har over tid også samlet erfaring med både anskaffede og egenutviklede løsningskomponenter. Noen av de anskaffede komponentene har etter en periode blitt byttet ut med egenutviklede komponenter, basert på konkrete kost/nytte vurderinger. Komponenter har også vært anskaffet i form av tjenester, basert på tjenestekjøpsavtaler, som har blitt integrert i løsningen. Eksempler på dette er tjenester som «chatbot» og flerparts videomøter. Denne typen tjenester er krevende å utvikle i egen regi, og det finnes et velfungerende marked for slike tjenester. Også i disse tilfellene er imidlertid tilrettelegging og løpende forvaltning gjort i egen regi, med noe innleie av ressurser basert på bistandsavtaler. Dette har vært vurdert som en nødvendig forutsetning for å ivareta helheten i løsningen. Samtidig har man ivaretatt en høy grad av fleksibilitet til å kunne supplere løsningen i tråd med den teknologiske utviklingen, gjennom anskaffelser av nye komponenter.

### **3.6 Partenes kompetanse og evne til å håndtere usikkerhet**

*Direktoratet for e-helse* vil ha et overordnet ansvar knyttet til å følge opp realiseringen av steg 2 på vegne av statsforvaltningen. Direktoratet vil også ha ansvaret for å gjennomføre forprosjektet for steg 3 i utviklingsretningen for samhandling, samt oppgaver knyttet til utredninger og innføringsaktiviteter.

Direktoratet ble etablert i 2016, og har over flere år vært i en oppbyggingsfase. Direktoratet har derfor de første årene vært avhengig av å supplere interne ressurser med ekstern bistand i arbeidet med utviklingen av e-helseområdet. Direktoratet har samtidig gradvis

bygget opp intern kapasitet og kompetanse, særlig knyttet til forprosjektering av utviklingsprosjekter og videreutvikling av de nasjonale samhandlingsløsningene.

Flere av systemene som inngår i og skal understøtte samhandlingsområdene i steg 2; den sentrale e-reseptløsningen, Sentral forskrivningsmodul, Nasjonal kjernejournal og Helsenorge, har blitt utviklet i regi av direktoratet. Også tidligere utredninger knyttet til målbildet for og stegene i utviklingsretningen for digital samhandling har blitt gjennomført av direktoratet. Direktoratet har derfor god kunnskap om sektorens behov og erfaring med utvikling av planer og målbilder for den digitale samhandlingen i sektoren, blant annet basert på utredningsmetodikken i Statens prosjektmodell for store investeringsprosjekter. Direktoratet er utviklet med mål om å være et fagorgan på e-helseområdet, og har nå veletablerte fagmiljøer med både generell IT-faglig kompetanse og spisskompetanse på bruken av IT i helsesektoren (e-helse).

*Norsk helsenett SF* har i mer enn 10 år vært driftsleverandør for de fleste av de eksisterende nasjonale samhandlingsløsningene, og har fra januar 2020 også fått overført forvaltningsansvaret for løsningene og tilhørende ressurser fra Direktoratet for e-helse. Foretaket har dermed fra 2020 hatt et totalansvar for å forvalte de nasjonale samhandlingsløsningene.

De fleste av komponentene i dagens digitale samhandlingsløsninger for helsesektoren er egenutviklede, men i stor grad basert på teknologier og utviklings-team som er anskaffet i markedet. Norsk helsenett SF har imidlertid de siste årene, parallelt med utviklingen i drifts- og forvaltningsansvaret, bygget opp kompetanse knyttet til forvaltning og videreutvikling av løsningene. Selskapet har følgelig i dag gode forutsetninger for å håndtere både utviklings- og forvaltningsoppgaver, grensesnitt og den usikkerhet som vil inngå i steg 2.

Til sammenligning, vil mange av *leverandørene* som vil kunne bidra til utviklingsaktivitetene som inngår i steg 2, antagelig ha begrenset erfaring fra utvikling av tilsvarende løsninger. Dette følger av at dagens nasjonale e-helseløsninger i stor grad er spesialutviklede løsninger, og at det kun finnes tilsvarende løsninger i andre land. Ut over de leverandørene som har bidratt i utviklingen av løsningene, vil leverandørmarkedet for systemutvikling dermed primært kunne bidra med generell IT-faglig kompetanse, og i mindre grad med helhetlig løsningskompetanse.

Tilsvarende vil i noen grad gjelde for leverandørene som kan bidra til arbeidet med å innføring av ny samhandlingsfunksjonalitet i helsesektoren. Dette er en oppgave som har vist seg å være kompleks, og som krever konkret kjennskap til hvordan den offentlige helsesektoren fungerer, til IT-systemene i sektoren, og til det statlige virkemiddelapparatet. I den grad leverandører har erfaring fra innføring av systemer i andre sektorer, vil dette antagelig ha begrenset overføringsverdi til innføring av samhandlingsløsninger i helsesektoren. Leverandørene vil følgelig primært kunne bidra med generell fag- og prosjektkompetanse.

Leverandørmarkedet vil antagelig være bedre rustet til å bidra til utredningsaktivitetene som vil inngå i steg 2, da slike oppgaver i større grad er basert på generell fagkompetanse, for eksempel helsefaglig, økonomisk, IT-faglig eller juridisk kompetanse og metodekompetanse. Men også i tilknytning til utredningsoppgavene vil det være behov for kjennskap til helsesektoren og de systemene som benyttes i denne, samt til bakgrunnen og målbildet for samhandlingsløsningene. Det vil antagelig være en begrenset del av leverandørmarkedet som vil kunne tilby denne typen krysskompetanse.

## 4 Alternative kontraktstrategier for Steg 2

Det største omfanget av anskaffelser til Steg 2, vil sannsynligvis bestå i ressursanskaffelser. Det er derfor særlig behov for å vurdere alternative kontraktstrategier for denne typen anskaffelser.

### 4.1 Hensyn som kan tilsi ulike strategier

Det er særlig to hensyn som må adresseres gjennom kontraktstrategien for steg 2.



#### Behovet for å ivareta helheten

Realiseringen av samhandlingsområdene som inngår i steg 2 vil i stor grad baseres på videreutvikling av eksisterende løsningskomponenter. Det vil være viktig at videreutviklingen gjøres på en måte som sikrer helhet i systemene og driftsplattformene, og også på en måte som understøtter målbildet for samhandling.

Det vil videre være viktig at utviklingen løpende koordineres med helsepersonells og innbyggernes reelle og prioriterte behov. De mange innføringsaktivitetene som inngår i steg 2, vil også måtte gjennomføres på en koordinert måte, slik at virksomhetene som skal ta ny funksjonalitet i bruk evner å absorbere det som er nytt, og ikke overbelastes.



#### Behovet for å sikre tilgang på tilstrekkelig kapasitet med riktig kompetanse

En vanlig utfordring for virksomheter med behov for teknologikompetanse, er å sikre tilgang til de beste ressursene i markedet. Etterspørselen etter teknologikompetanse er ofte større enn tilbudet, og det vil være viktig at kontraktstrategien legger til rette for å adressere denne utfordringen.

Som nevnt ovenfor, vil det også være behov for betydelig fleksibilitet i gjennomføringen av steg 2, for å kunne tilpasse gjennomføringen ettersom avhengigheter og annen risiko gjør at planene må justeres underveis. Det antas særlig å kunne bli behov for å justere på tidspunkt for igangsetting og gjennomføring av enkeltaktiviteter, og følgelig for opp- og nedskalering av omfanget av innleide ressurser.

Oppdragsgiverne vil også ha behov for å begrense egen risiko, ved å utfordre leverandørene på å bære en del av den totale risikoen knyttet til gjennomføringen, der dette er realistisk.

#### 4.1.1 Behovet for å ivareta helheten

De fleste samhandlingsområdene i steg 2 vil baseres på allerede eksisterende systemer og til dels på nye digitale tjenester som utvikles i perioden frem til steg 2 igangsettes. Det vil være viktig at videreutviklingen og forvaltningen av løsningene baseres på god kjennskap til det eksisterende, og samtidig utføres på en måte som legger til rette for senere steg i utviklingsretningen mot målbildet for samhandling.



Innføringsaktiviteter vil antagelig utgjøre den mest omfattende aktiviteten i steg 2. Innføringsaktivitetene må være godt koordinert på tvers av samhandlingsområdene, slik at de tilpasses kapasiteten hos virksomhetene som skal ta den nye funksjonaliteten i bruk.

I parallell med at nye samhandlingstjenester etableres og innføres, vil det gjennomføres et forprosjekt for steg 3 i program digital samhandling. I forprosjektet kan det bli aktuelt å vurdere hvordan samhandlingsløsningene kan videreutvikles til en mer helhetlig samhandlingsplattform. Dette vil i så fall forutsette inngående kjennskap til de eksisterende løsningene og til målbildet for samhandling. Uansett vil det være viktig at alle utredningsaktiviteter er godt koordinert både med sektorens behov og målbildet for samhandling.

### **4.1.2 Behovet for å sikre tilstrekkelig kapasitet med riktig kompetanse**

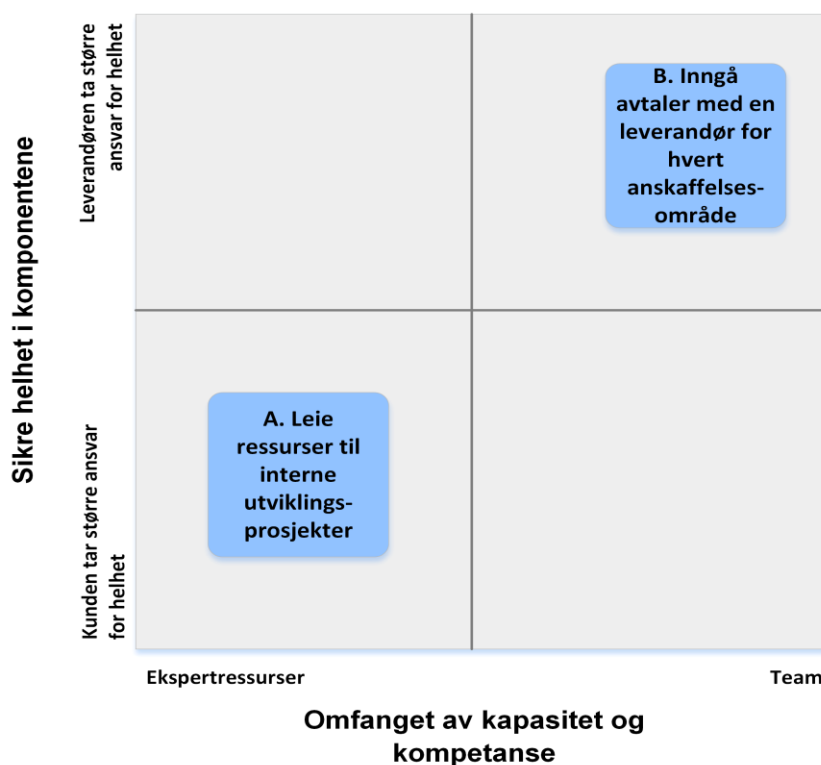
Direktoratet for e-helse har, siden direktoratet ble etablert i 2016, hatt en strategi om å benyttet rammeavtaler for å anskaffe kompetanse og kapasitet til utviklingen av de nasjonale samhandlingsløsningene. I 2019 gjennomførte direktoratet en omfattende anbudskonkurranse for å inngå nye rammeavtaler på tvers av flere fagområder. Det er sannsynlig at det også vil bli inngått nye rammeavtaler når de någjeldende avtalene løper ut sent i 2023. Direktoratet har god erfaring med hvordan en bred portefølje av parallelle rammeavtaler gjør det mulig å anskaffe ressurser forholdsvis raskt ved behov. Og direktoratet har over flere år opparbeidet solid erfaring med innretningen av rammeavtalene. Omfanget av de totale økonomiske rammene for rammeavtalene har gjort det attraktivt for leverandørmarkedet å konkurrere om avtalene og å tilby gode betingelser. Ved at leverandørene har måttet forplikte seg til maksimalpriser, har dette også gitt gode betingelser i de enkelte kontraktene. Det har imidlertid til tider vært en utfordring at det har kommet få tilbud på kvalifiserte ressurser ved avrop på rammeavtalene.

Norsk helsenett SF har etablert dynamiske innkjøpsordninger som dekker en rekke kompetanseområder. Disse kan også benyttes av den statlige helseforvaltningen. Det er totalt kvalifisert over 300 unike leverandører til ordningene, hvilket gir en bred tilgang til leverandørmarkedet. Forprosjektet for steg 2 har vurdert at ordningenes fagområder i stor grad er dekkende for kompetansebehovene i steg 2. Innretningen av ordningene revideres jevnlig, med fokus på å innrette ordningen slik at den gjenspeiler leverandørmarkedet best mulig. Ordningen ble etablert i 2018, og vil bli fornyet og videreutviklet etter behov. Det vil imidlertid også her kunne være en utfordring å få tilgang til rett kompetanse i forbindelse med konkrete oppdrag.

## **4.2 Strategialternativer og anbefaling**

### **4.2.1 Alternative kontraktstrategier for steg 2**

Forprosjektet har lagt til grunn behovet for å sikre helhet i steg 2 og behovet for å sikre tilgang til tilstrekkelig kapasitet med nødvendig kompetanse som de viktigste parameterne for å definere overordnede alternative kontraktstrategier.



Figur 6 Illustrasjon av alternative strategier med ulik vektning av krav til helhet og omfanget av ressurser i den enkelte anskaffelse

De to strategialternativene som er vurdert for steg 2, er:

**A. Leie ressurser til interne prosjekter**

Dette alternativet innebærer at eksisterende kompetansemiljøer i Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF tar ansvaret for å gjennomføre oppgavene i steg 2. Disse miljøene kompletterer kapasitet og kompetanse gjennom å bestille ressurser gjennom eksisterende rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger, der det etterspørres spesifikk kompetanse.

**B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag**

Dette alternativet innebærer at Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF tar et mer overordnet ansvar for å gjennomføre tiltakene. Det inngås avtaler der leverandører får helhetsansvar og resultatansvar for konkrete avgrensede delleveranser. Virksomhetene kan velge å gjennomføre anskaffelsene enten ved å gjøre avrop på eksisterende rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger, eller ved å foreta nye anskaffelser.

Det kan være flere fordeler ved å sette ut *oppdrag til leverandører om helhetlige leveranser*. Man vil på den måten i større grad kunne utnytte kompetansen og leveransekraften i leverandørmarkedet. Det vil også kunne gi større og mer attraktive kontrakter, som kan bidra til at leverandørene tilbyr bedre kvalifiserte ressurser. Det vil videre være en fordel for oppdragsgiverne om leverandørene tar en større del av resultatansvaret, og dermed

risikoen, for de oppgavene som inngår i steg 2. En slik tilnærming bør derfor normalt være den foretrukne løsningen, der forutsetningene for dette er til stede.

Dette alternativet vil imidlertid kun være aktuelt der oppgaver kan skilles ut som klart definerbare og avgrensede leveranser. Det kan videre bare forventes at leverandørene vil påta seg resultatansvaret i den grad den økonomiske usikkerheten knyttet til leveransene er noenlunde forutsigbar og overkommelig. I motsatt fall vil leverandørene kunne se seg nødt til å beregne så store usikkerhetspåslag at det vil kunne være mer hensiktsmessig for oppdragsgiverne å håndtere usikkerheten selv.

Det andre alternativet vil være å *anskaffe bistand fra en eller flere ressurser til aktiviteter som gjennomføres og styres internt*. Dette vil typisk være aktuelt der prosjektforløp er vanskelige å forutse, for eksempel som følge av avhengigheter til andre prosjekter, og hvor det derfor vil være behov for en dynamisk styring av utviklingen. Tilnærmingen vil være særlig aktuell der usikkerheten og avhengighetene ligger innenfor oppdragsgivernes kontroll. Alternativet vil også være nærliggende der måloppnåelse er avhengig av et tett samarbeid mellom kunden og leverandøren, for eksempel for å sikre kompetanseoverføring mellom partene.

En fordel ved en slik tilnærming vil være at oppdragsgiver vil kunne håndplukke de beste enkeltressursene på tvers av flere leverandører. Dersom oppdragsgiver åpner for at det ved anskaffelsene kan tilbys kun én eller noen få ressurser, vil dette også gjøre det enklere for flere leverandører å gi tilbud, ikke minst for små- og mellomstore bedrifter.

De to strategialternativene representerer prinsipielle ytterpunkter, og det vil også kunne være hensiktsmessig å velge mellomløsninger. Det vil særlig kunne være aktuelt å anskaffe flere ressurser samtidig, selv om anskaffelsene baseres på bistandsavtaler.

I det følgende vil valg av hovedalternativ vurderes separat for de to programmene, program digital samhandling og program pasientens legemiddelliste. Vurderingene gjøres for hver av de tidligere omtalte ressurskategoriene.

## 4.2.2 Vurdering for program digital samhandling

De fleste aktivitetene som vil inngå i program digital samhandling, vil gjennomføres av Norsk helsenett SF. Dette gjelder i særlig grad aktiviteter knyttet til system- og løsningsutvikling. Med tilførsel av noe kapasitet og kompetanse, vil Norsk helsenett SF være godt rustet til selv å løse de fleste av oppgavene som vil falle innenfor foretakets ansvarsområder. I hvilken grad leverandørmarkedet benyttes, vil først og fremst avgjøres av den interne disponeringen av tilgjengelige ressurser. Også Direktoratet for e-helse vil i stor grad kunne håndtere de oppgavene som vil falle inn under direktoratets ansvarsområder, og vil antagelig primært ha behov for i noen grad å supplere egne ressurser.

Begge virksomhetene bør som et minimum selv bemanne styrende roller, som program- og prosjekteierroller, for å sikre tilstrekkelig kontroll og helhet i gjennomføringen. Også andre ledende roller, som program- og prosjektledere, bør fortrinnsvis bemannes av ansatte ressurser, for å ivareta langsiktighet og kontinuitet i utviklingen av samhandlingsområdene. Dette tilsier at eventuelle anskaffelser av ressurser til å styrke *prosessledelse og prosjektkontorfunksjoner (PMO)*, gjennomføres som avgrensede anskaffelser i henhold til strategialternativ A.

Behovet for *ressurser til utvikling og forvaltning mm.* vil særlig være knyttet til samhandlingsområdet Digital hjemmeoppfølging. Men det vil også kunne bli behov for å anskaffe noen ressursforsterkninger til samhandlingsområdene Dokumentdeling og Kritisk

informasjon. Leveransene vil måtte tilpasses de eksisterende løsningene, og det vil være stort behov for å utveksle informasjon og løsningskompetanse mellom det eksisterende utviklingsmiljøet og eksterne ressurser. Det vil også være viktig at utviklingen er godt koordinert med de øvrige aktørene i sektoren og at utviklingen skjer i tråd med brukernes behov og prioriteringer. Dette er koordineringsoppgaver som i dag ivaretas av Direktoratet for e-helse, og som under gjennomføringen av steg 2 vil forutsette et tett samarbeid mellom direktoratet og Norsk helsenett SF. Disse forholdene tilsier at strategialternativ A velges for anskaffelser av ressurser til utvikling og forvaltning mm.

*Ressurser til innføring og opplæring* vil det primært være behov for i tilknytning til samhandlingsområdene Dokumentdeling og Kritisk informasjon. Det vil kunne være en fordel å se innføringsaktivitetene i sammenheng, og det vil trolig i stor grad benyttes interne ressurser til dette arbeidet. For å kunne gjenbruke den erfaring som over flere år er bygget opp hos direktoratet og Norsk helsenett SF, vil det være nødvendig at innleide ressurser jobber tett sammen med de interne ressursene. Dette tilsier at strategialternativ A legges til grunn også for slike ressurskjøp.

Forprosjektet for steg 3 i utviklingsretningen for samhandling vil gjennomføres av Direktoratet for e-helse. Det er særlig i denne sammenhengen at det vil kunne bli behov for å anskaffe *ressurser til faglige utredninger*. Direktoratet for e-helse har, siden etableringen, bygget opp kompetanse knyttet til statens prosjektmodell og styringsprosesser knyttet til arkitekturstyring og porteføljestyling av utviklingen i sektoren. Direktoratet er også ellers godt rustet med fagressurser til å gjennomføre forprosjektet. Men det vil kunne være behov for å supplere direktoratets kapasitet, særlig i lys av at en ganske omfattende utredning vil måtte gjennomføres innenfor et begrenset tidsrom. Både forprosjektet og andre utredningsoppgaver vil ha nær sammenheng med oppdragsgivernes øvrige oppgaver, og det vil være behov for å sikre kompetanseoverføring til og fra eventuelle innleide ressurser. Dette tilsier at strategialternativ A legges til grunn for eventuelle ressursbidrag til utredningsoppgaver.

Både direktoratet og Norsk helsenett SF har også juridiske ressurser som vil delta i programmene og foreta juridiske vurderinger, særlig knyttet til personvern og helserett. I den grad det vil være behov for å supplere interne juridiske ressurser ved å anskaffe bistand til *juridiske utredninger*, vil dette erfaringsvis være knyttet til avgrensede fagområder og problemstillinger. Det vil her være lettere å definere avgrensede behov og leveranser, hvilket tilsier at strategialternativ B velges for denne typen leveranser.

Også behovet for *ressurser til ekstern kvalitetssikring* vil være knyttet til en oppgave som kan defineres og avgrenses entydig. Det vil i tillegg være en fordel om oppgaven utføres med en grad av uavhengighet til programmene, slik at kvalitetssikrerne kan bevare tilstrekkelig kritisk distanse. Dette tilsier at strategialternativ B velges også for denne leveransen.

### 4.2.3 Samlet anbefaling for program digital samhandling

Tabell 2 Anbefalte kontraktstrategi for program digital samhandling

	A. Leie ressurser til interne prosjekter	B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag
Ressurser til prosessledelse og PMO	X	

	A. Leie ressurser til interne prosjekter	B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag
Ressurser til systemutvikling, forvaltning mm.	X	
Ressurser til innføring og opplæring	X	
Ressurser til faglige utredninger	X	
Ressurser til juridiske utredninger		X
Ressurser til ekstern kvalitetssikring		X

#### 4.2.4 Vurdering for program pasientens legemiddelliste

Det meste av aktiviteter som inngår i program pasientens legemiddelliste vil gjennomføres av Norsk helsenett SF. Dette gjelder særlig aktiviteter knyttet til system- og løsningsutvikling. Med tilførsel av noe kapasitet og kompetanse, vil Norsk helsenett SF være godt rustet til å løse oppgavene. I hvilken grad leverandørmarkedet benyttes til å realisere behovene, vil primært avhenge av foretakets vurdering rundt den interne ressursdisponeringen.

Både Norsk helsenett SF og direktoratet bør, som et minimum, selv bemanne styrende roller, for å sikre tilstrekkelig kontroll med programmet og kontinuitet og helhet i gjennomføringen. Dette tilsier at eventuelle kapasitetsforsterkninger i form av *ressurser til prosessledelse og prosjektkontorfunksjoner (PMO)* anskaffes i henhold til strategialternativ A.

Program pasientens legemiddelliste vil allerede ha pågått over flere år på det tidspunktet aktivitetene som inngår i steg 2 igangsettes. Mye av utviklings- og forvaltningsoppgavene har blitt ivaretatt av ansatte i direktoratet og i Norsk helsenett SF, og det vil være viktig for å sikre kontinuitet og helhet i løsningene at det bygges videre på de erfaringer og den løsningskompetansen som er opparbeidet. Dette tilsier at *ressurser til utvikling og forvaltning mm.* av løsningene som skal understøtte samhandlingsområdet anskaffes i henhold til strategialternativ A. For utvikling og forvaltning av Sentral forskrivningsmodul, ble det i 2021 inngått en egen rammeavtale med varighet til juni 2025. Pågående utvikling skjer i henhold til et avrop som er basert på en bistandsavtale<sup>3</sup>, og som har en potensiell varighet frem til juni 2027 inkludert opsjoner.

Realiseringen av samhandlingsområdet Pasientens legemiddelliste vil i steg 2 medføre omfattende innføringsaktiviteter, og det er nærliggende at dette vil gjøre det nødvendig å anskaffe *ressurser til innføring og opplæring*. Det vil være behov for at innføringsaktivitetene koordineres godt med innføringsaktiviteter knyttet til de andre samhandlingsområdene. For å kunne gjenbruke erfaringer fra tidligere e-helsetiltak, vil det være viktig at innleide ressurser kan jobbe tett sammen med de interne ressursene i direktoratet og Norsk helsenett SF. Dette tilsier at strategialternativ A legges til grunn for slike ressurskjøp.

Både direktoratet og Norsk helsenett SF har også juridiske ressurser som vil delta i programmene og foreta juridiske vurderinger, særlig knyttet til personvern og helserett. I den grad det vil være behov for å supplere interne juridiske ressurser ved å anskaffe bistand til *juridiske utredninger*, vil dette erfaringsvis være knyttet til avgrensede fagområder og

<sup>3</sup> Statens standardavtaler, Bistandsavtalen

problemstillinger. Det vil da være lettere å definere behovet og leveransen klarere, hvilket tilsier at strategialternativ B velges for denne typen leveranser.

## 4.2.5 Samlet anbefaling for program pasientens legemiddelliste

Tabell 3 Anbefalte kontraktstrategi for program pasientens legemiddelliste

	A. Leie ressurser til interne prosjekter	B. Anskaffe helhetlige leveranser ved å tildele oppdrag
Ressurser til prosessledelse og PMO	X	
Ressurser til systemutvikling, forvaltning mm.	X	
Ressurser til innføring og opplæring	X	
Ressurser til faglige utredninger	X	
Ressurser til juridiske utredninger		X
Ressurser til ekstern kvalitetssikring		X

## 5 Andre sentrale strategiske valg

### 5.1 Kontraktstruktur

Kapittel 5.1 omhandler i hvilken grad det vil være hensiktsmessig å fordele anskaffelsesbehovene over flere anskaffelser, og hvorvidt en inndeling bør baseres på faglige hensyn, program- og prosjektinndeling, faser i gjennomføringen eller på andre kriterier. Anskaffelsene i steg 2 vil som nevnt i all hovedsak bestå av ressursanskaffelser. Dersom det på tidspunktet for gjennomføringen av steg 2 viser seg at det kan være aktuelt helt eller delvis å basere Datadeling for digital hjemmeoppfølging på ferdige programvarekomponenter, vil dette sannsynligvis måtte gjennomføres som en eller flere enkeltanskaffelser. Anskaffelser til utvidelser av driftsplattformene omtales til slutt i kapittelet.

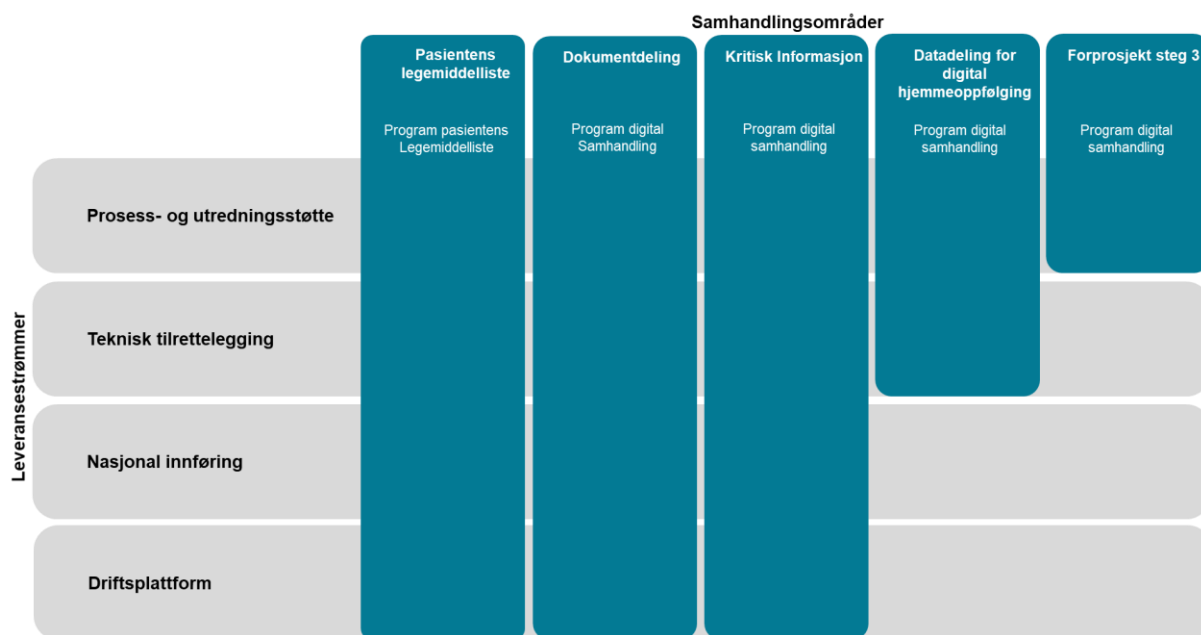
Steg 2 har en naturlig overordnet inndeling i de fire samhandlingsområdene Pasientens legemiddelliste, Dokumentdeling, Kritisk informasjon og Datadeling for digital hjemmeoppfølging, samt et forprosjekt for steg 3. Men de to programmene som skal realisere steg 2, vil kunne tenkes å ha nytte av å benytte ressurser gjennomgående, på tvers av de fire samhandlingsområdene. Aktivitetene vil pågå til dels i samme tidsrom, og gjennomføringen vil måtte koordineres godt mellom de fire samhandlingsområdene. Dette vil særlig gjelde innføringsaktivitetene, da disse involverer deler av de samme brukergruppene i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Muligheter for fleksibilitet i kontraktene vil være av stor betydning, for å møte behov for opp- og nedskalering av ressurser i takt med gjennomføringen av steg 2. Det vil videre være viktig at også kontraktstrukturen bidrar til å gjøre anskaffelsene interessante for leverandørene, og dermed bidrar til å gi god tilgang på relevant kompetanse.

Generelt vil en konsolidering av oppdragene i et mindre antall kontrakter kunne effektivisere kontraktsoppfølgingen. En slik effektiviseringsgevinst vil imidlertid ikke være like stor for bistandsavtaler, der en oppdragsgiver i større grad uansett må følge de enkelte tilbudte ressursene selv. I slike tilfeller kan en inndeling i flere, mer avgrensede oppdrag kunne gjøre det enklere både å gjennomføre de enkelte anskaffelsene og å følge opp kontraktene.

#### 5.1.1 Leveransestrømmer

Et alternativ til å dele inn anskaffelsene i henhold til samhandlingsområdene, kan være en inndeling på tvers av samhandlingsområdene i henhold til faglig orienterte leveransestrømmer. Med leveransestrømmer menes her aktiviteter som vil utføres av bestemte kategorier av fagressurser eller grupper av slike ressurskategorier (Leveransestrømmer). De to tilnærmingene er illustrert i Figur 7 nedenfor.



Figur 7 Illustrasjon av leveransestrømmer og samhandlingsområder

Leveransestrømmene gjenspeiler i stor grad de tidligere nevnte ressurskategoriene, men på et noe aggregert nivå, som angitt nedenfor i Tabell 4. Tabell 4 Sammenhengen mellom leveransestrømmene og anskaffelsesbehovene

Tabell 4 Sammenhengen mellom leveransestrømmene og anskaffelsesbehovene

Leveransestrøm	Anskaffelsesbehov
<b>Prosess- og utredningsstøtte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressurser til prosessledelse og PMO</li> <li>• Ressurser til faglige utredninger</li> <li>• Ressurser til kvalitetssikring</li> </ul>
<b>Teknisk tilrettelegging</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressurser til systemutvikling, forvaltning mm.</li> </ul>
<b>Nasjonal innføring</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressurser til de sentrale innføringsaktivitetene</li> </ul>

Leveransestrømmen «Driftsplattform» omfatter primært vareanskaffelser til etablering av og utvidelser i de tekniske driftsplattformene samhandlingsløsningene vil kjøres på, samt noe spisskompetanse. Norsk helsenett SF har tatt et strategisk valg om inntil videre å etablere driftsplattformer i egen regi. Med bakgrunn særlig i Schrems II-dommen<sup>4</sup>, som har gjort det krevende å benytte skytjenester der persondata kan bli behandlet utenfor EØS-området, peker strategien mot etablering av en privat skytjeneste i regi av Norsk helsenett SF («NHN Privat Sky»). Forprosjektet har ikke funnet grunnlag for å problematisere dette retningsvalget. Men i og med at det skjer en stadig utvikling, både rettslig og teknisk, som

<sup>4</sup> Dom fra EU-domstolen av 16. juli 2020. En prinsipiell dom som setter begrensninger for overføring av personopplysninger til land utenfor EU/EØS, se blant annet <https://www.digdir.no/handlingsplanen/hva-er-schrems-ii-dommen/2581>

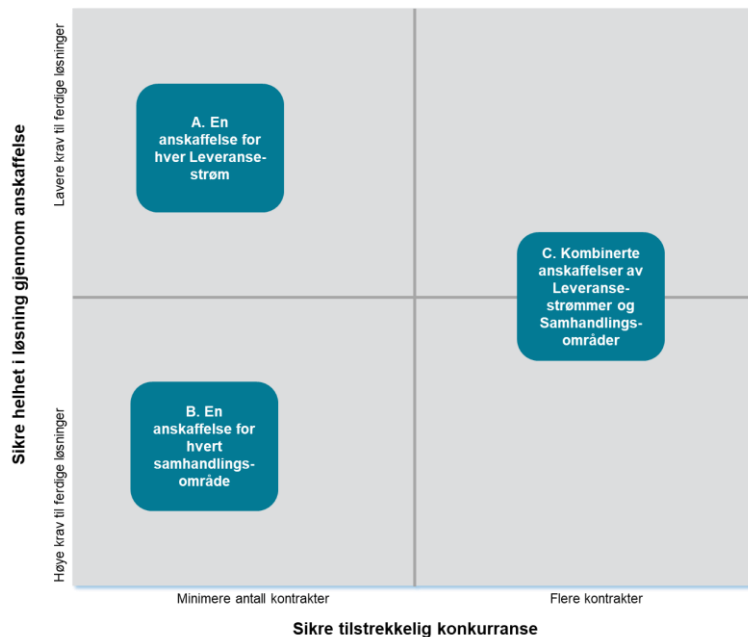


kan påvirke disse vurderingene, kan det være aktuelt å vurdere en mulig tjenesteutsetting på nytt når prosjektene skal gjennomføres.

### 5.1.2 Alternative kontraktstrukturer

Det har vært vurdert flere tilnærminger til det å etablere en hensiktsmessig kontraktstruktur. Blant annet ble det i forprosjektet for steg 1 av utviklingsretningen for digital samhandling pekt på at man i steg 2 av program digital samhandling burde se på muligheten for å etablere en helhetlig plattform for nasjonale samhandlingstjenester. Dette alternativet ville kunne innebære at man la alle, eller en større andel av, samhandlingstjenestene ut i markedet, der én leverandør ville få ansvaret for å levere en helhetlig løsning.

Det anbefalte arbeidsomfanget for steg 2 medfører imidlertid at steg 2 i stor grad tar utgangspunkt i ferdige eller tilnærmet ferdige løsninger. For Pasientens legemiddelliste vil aktivitetene i steg 2 i stor grad omfatte innføring av allerede utviklede tjenester, i tillegg til noe videreutvikling og tilpasninger. Også Dokumentdeling og Kritisk informasjon vil primært inneholde innføringsaktiviteter. Det er i lys av dette vurdert at det ikke er hensiktsmessig å sette ut hele omfanget til en leverandør som del av steg 2, da det ville innebære en betydelig tilleggs kostnad å reetablere løsningene, og en vesentlig risiko for gjennomføring. Siden det i kapittel 4 ovenfor også er anbefalt at de fleste aktivitetene ledes internt, med ressursanskaffelser basert på bistandsavtaler, vil det være lite å vinne på å konsolidere anskaffelsene rundt én eller noen få kontrakter.

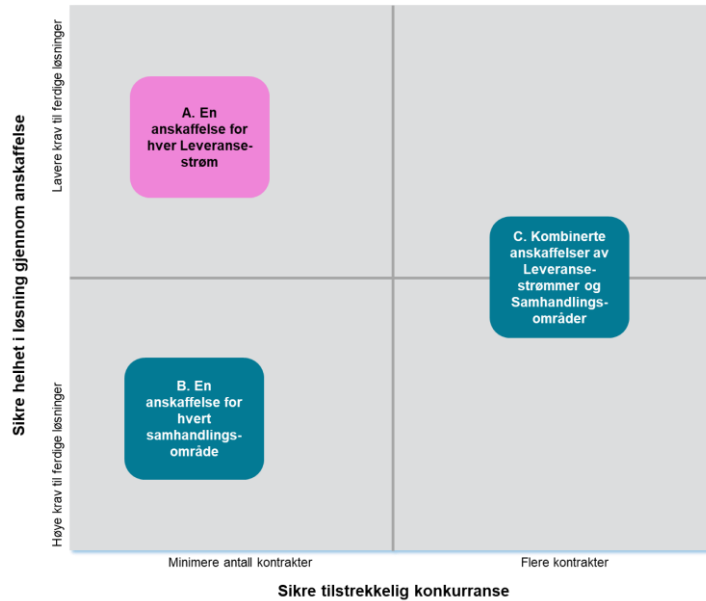


Figur 8 Alternative kontraktstrukturer

Det er følgelig i stedet vurdert tre alternative tilnærminger, basert på oppdeling i flere anskaffelser. Forprosjektet for steg 2 har lagt til grunn behovet for å sikre tilstrekkelig konkurranse og behovet for å ivareta helhet i utvikling og innføring av løsningene som parametere for å definere alternative kontraktstrukturer.

De tre alternativene beskrives nærmere nedenfor. I alle alternativene vil leveransestrømmen Driftsplattform håndteres separat.

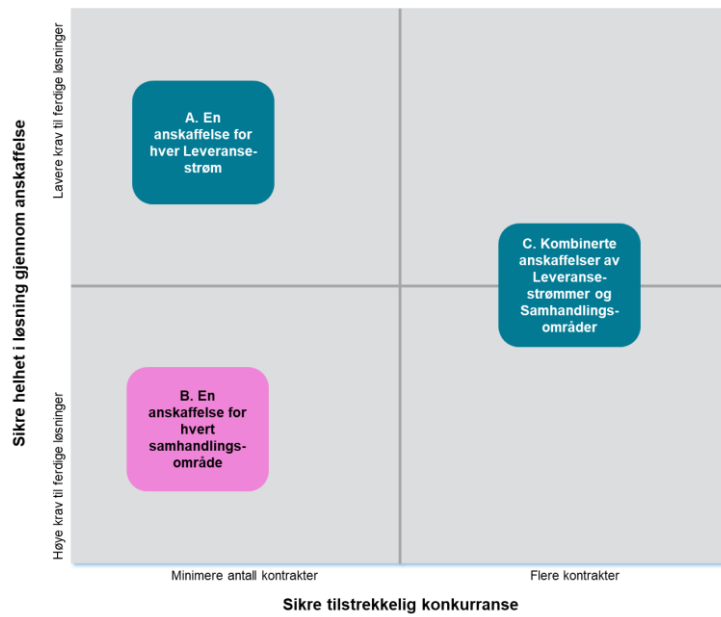
### A. En kontrakt for hver Leveransestrøm



Figur 9 Alternativ A

Det inngås kontrakt med én leverandør for hver Leveransestrøm. Leverandøren har gjennomgående ansvar for å levere de kontraherte ressurstypene for alle samhandlingsområdene. Tilbyderne kan velge å gå i kompaniskap med underleverandører for å dekke nødvendig kompetanse og kapasitet, men må ta ansvaret for å dekke behovene knyttet til den aktuelle leveransestrømmen.

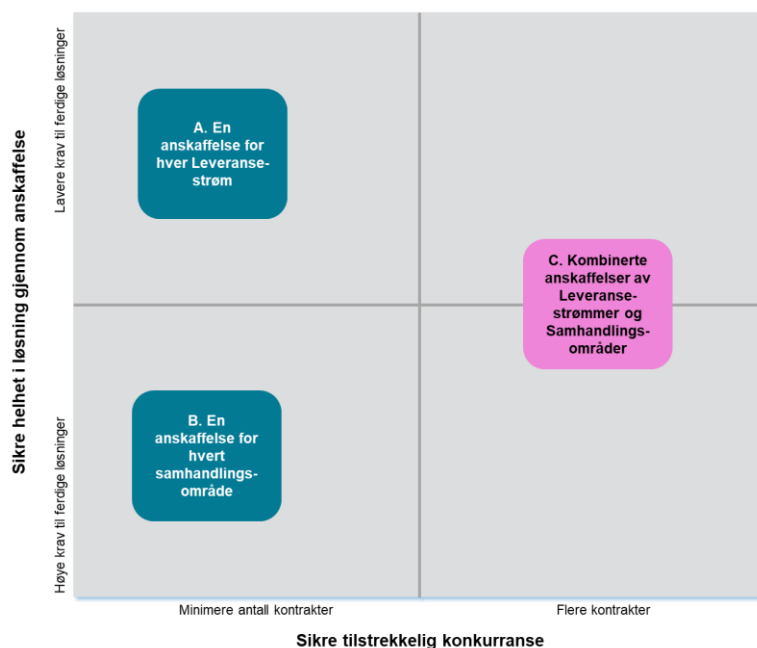
## B. En kontrakt for hvert Samhandlingsområde



Figur 10 Alternativ B

Det inngås kontrakt med én leverandør for hvert samhandlingsområde. Tilbydere kan velge å gå i kompaniskap med underleverandører for å dekke leveransebehovene i samhandlingsområdet, men må ta ansvaret for å kunne tilby alle de forskjellige ressurs- og kompetansetyper som vil inngå i det enkelte samhandlingsområdet.

### C. Flere kontrakter på tvers av Leveransestrømmer og Samhandlingsområder



Figur 11 Alternativ C

Det inngås kontrakter med én eller flere leverandører per leveransestrøm, for ett eller flere samhandlingsområder. Det er mulig å kombinere flere leveransestrømmer og flere samhandlingsområder i en og samme anskaffelse og kontrakt. Antagelig vil det være mest aktuelt å foreta anskaffelser under en leveransestrøm for flere samhandlingsområder.

#### 5.1.3 Vurdering av alternativene

Med utgangspunkt i de hensyn som ligger til grunn for de strategiske alternativene, er det benyttet følgende kriterier for vurdering av de alternative kontraktstrukturene.

Tabell 5 Vurderingskriterier for valg av kontraktstruktur

Kriterier	Beskrivelse
<b>Styring og kontroll over program digital samhandling og program pasients legemiddelliste</b>	Dette kriteriet vurderer i hvilken grad kontraktstrukturen bidrar til å adressere programmenes behov for å ivareta helheten i steg 2. En fordeling av anskaffelsesbehovene på flere kontrakter med flere leverandører vil stille noe høyere krav til at programmene har nødvendig kompetanse og kapasitet til å håndtere helheten.
<b>Leverandørens robusthet og leveranseevne</b>	Dette kriteriet vurderer i hvilken grad det må stilles krav til leverandørens økonomiske og kapasitetsmessige robusthet og leveranseevne for å dekke programmenes behov for ressurser. Et mer omfattende ansvar vil kunne gjøre det krevende for noen leverandører å delta i konkurransen om oppdragene.

Kriterier	Beskrivelse
<b>Fleksibilitet i gjennomføringen</b>	Dette kriteriet vurderer i hvilken grad kontraktstrategien gir programmene fleksibilitet i gjennomføringen. Flere kontrakter med flere leverandører vil gi programmene større fleksibilitet ved gjennomføringen av av anskaffelsene, og også større fleksibilitet til å skalere ressursbruken.
<b>Tilstrekkelig konkurranse</b>	Dette kriteriet vurderer i hvilken grad kontraktstrategien vil adressere behovet for å sikre tilstrekkelig konkurranse og tilbud om ressurser under anskaffelsene.

Følgende vurderingsskala er brukt ved vurderingen av i hvilken grad de enkelte alternative kontraktstrukturene vil underbygge gode og formålstjenlige anskaffelser.

Tabell 6 Vurderingsskala for valg av kontraktstruktur

Lav betydning	Middels betydning	Høy betydning
+	++	+++

### 5.1.3.1 Alternativ A: En kontrakt for hver Leveransestrøm

Tabell 7 Vurdering av alternativ A

Kriterier	Vurdering	Betydning
<b>Styring og kontroll over program digital samhandling og program pasients legemiddelliste</b>	I dette alternativet vil programmene forholde seg til et fåtall kontraktsparter, som har ansvar for hver sin leveransestrøm. Dette vil redusere risikoen på kundesiden noe med hensyn til å etablere helhet i leveransene og mobilisere nok fagressurser.  Denne tilnærmingen vil imidlertid stille høye krav til programmene evne til å optimalisere kontraktsutformingen og å utvikle samarbeidsformer med de valgte leverandørene, for å sikre at kontraktene dekker de behovene som vil kunne oppstå innenfor hver enkelt leveransestrøm.	++
<b>Leverandørenes robusthet og leveranseevne</b>	Denne kontraktstrategien vil stille betydelige krav til leverandørenes robusthet og evne til å levere et potensielt stort omfang av ressurser innen de kompetansekategoriene kontraktene vil omfatte. Dette vil særlig gjelde for leverandørene til leveransestrømmene Proses- og utredningsstøtte og Teknisk tilrettelegging. Leverandørene må også ha leveranseevne på tvers av ulike teknologier, løsninger og samhandlingsområder.	++
<b>Fleksibilitet i gjennomføringen</b>	Denne kontraktstrategien kan gi programmene fleksibilitet med hensyn til kategorier av kompetanse det vil være behov for innen hver av leveransestrømmene, men vil kreve en større grad av planlegging i forhold til variasjoner i behov innen hvert av samhandlingsområdene.	++

Kriterier	Vurdering	Betydning
<b>Tilstrekkelig konkurranse</b>	Dette alternativet vil tiltrekke seg store og mellomstore leverandører, med fordeler for de som er generalister med kapasitet innen flere ulike kompetanseområder. Forprosjektet legger til grunn at få leverandører vil kunne optimalisere tilbudene sine mot alle kompetansebehovene innen hvert leveranseområde, noe som vil føre til økt behov for og bruk av underleverandører.	++

### 5.1.3.2 Alternativ B: En kontrakt for hvert Samhandlingsområde

Tabell 8 Vurdering av alternativ B

Kriterier	Beskrivelse	Vurdering
<b>Styring og kontroll over program digital samhandling og program pasients legemiddelliste</b>	<p>I dette alternativet vil programmene forholde seg til en kontraktspart for hvert samhandlingsområde. Dette vil redusere risikoen for programmene med hensyn til å sikre helhetlige leveranser innenfor et samhandlingsområde, særlig for program pasientens legemiddelliste, som kun omfatter ett samhandlingsområde.</p> <p>En slik tilnærming vil imidlertid medføre høye krav til programmenes evne til kontraktsutføring, for å sikre at kontraktene dekker de behovene som vil kunne oppstå innenfor det enkelte samhandlingsområdet, særlig i lys av at samhandlingsområdene vil ha behov for et bredt spekter av ressurstyper. Det vil videre stille høye krav til programmenes evne til å koordinere leveranser med felles grenseflater mot regionale og lokale virksomheter i sektoren. Dette vil omfatte koordinering både knyttet til løsningsutføring, utprøving og nasjonal innføring.</p>	++
<b>Leverandørenes robusthet og leveranseevne</b>	Denne kontraktstrategien vil stille særlig høye krav til leverandørenes kompetanse og kapasitet for helhetlige leveranser, da alternativet innebærer at leverandørene må kunne levere til dels svært forskjellige ressurstyper. Dette vil for flere leverandører forutsette at de har evne til raskt å inngå avtaler med underleverandører i forbindelse med anskaffelsene.	+
<b>Fleksibilitet i gjennomføringen</b>	Denne tilnærmingen gir programmene fleksibilitet til å optimalisere leveransene innen hvert enkelt samhandlingsområde. Tilnærmingen gir imidlertid ikke den samme muligheten til å koordinere behovene på tvers av samhandlingsområdene.	++
<b>Tilstrekkelig konkurranse</b>	Det er få leverandører som vil kunne levere hele spekteret av kompetanse knyttet til et samhandlingsområde, slik denne tilnærmingen fordrer. En slik tilnærming vil begrense konkurransen, og vil også kunne medføre risiko for leverandørinnlåsing innenfor hvert samhandlingsområde.	+

### 5.1.3.3 Alternativ C: Flere kontrakter på tvers av Leveransestrømmer og Samhandlingsområder

Tabell 9 Vurdering av alternativ C

Kriterier	Beskrivelse	Vurdering
<b>Styring og kontroll over program digital samhandling og program pasients legemiddelliste</b>	I denne tilnærmingen til inndeling av kontrakter må programmene selv ta betydelig styring på koordinering av leveransene, noe som vil bety større egeninnsats for ivaretagelse av helheten og en større leveransrisiko på kundens side.	+
<b>Leverandørenes robusthet og leveranseevne</b>	I dette alternativet vil hver enkelt kontrakt være begrenset til et mindre omfang av kompleksitet i ressurs sammensetning, noe som vil stille små krav til leverandørenes robusthet og leveranseevne.	+++
<b>Fleksibilitet i gjennomføringen</b>	Denne tilnærmingen gir programmene stor fleksibilitet i å finne gode løsninger for de enkelte behovene som identifiseres, både i leveransedimensjonen og i samhandlingsdimensjonen.	+++
<b>Tilstrekkelig konkurranse</b>	Denne kontraktinndelingen vil gi programmene mulighet til anskaffelser med høy grad av konkurranse der både store, mellomstore og mindre leverandører kan delta. Både generalister med kompetansefokus og spesialister med teknologifokus kan delta i konkurranser.	+++

### 5.1.4 Samlet vurdering og anbefaling

I dette kapitlet oppsummeres vurderingen av de tre alternativene for inndeling av kontrakter, i lys av vurderingskriteriene.

Tabell 10 Samlet vurdering og anbefaling

Kriterier	Alternativ A	Alternativ B	Alternativ C
Styring og kontroll over programmene	++	++	+
Leverandørenes robusthet og leveranseevne	++	+	+++
Gi fleksibilitet i gjennomføringen	++	++	+++
Sikre tilstrekkelig konkurranse	++	+	+++
<b>TOTAL vurdering</b>	<b>++</b>	<b>+(+)</b>	<b>++(+)</b>

Alternativ C er vurdert som beste alternativet i tilknytning til alle vurderingskriteriene bortsett fra kriteriet Styring og kontroll. Alternativ C, med flere kontrakter, er her vurdert som noe

svakere enn de andre, da denne tilnærmingen medfører større ansvar for samordning og koordinering på kundens side. Alternativ C anbefales følgelig som kontraktstruktur for ressursanskaffelsene i steg 2.

## **5.1.5 Anbefalt kontraktstruktur for leveransestrømmen Driftsplattform**

### **5.1.5.1 Tjenesteutsettingsmodell for leveransestrømmen Driftsplattform**

Det er en IT-politisk føring<sup>5</sup> at offentlige virksomheter skal vurdere skytjenester som en alternativ driftsmodell til drift i egen regi. Der skytjenester kan være en hensiktsmessig tilnærming både praktisk og kostnadmessig, bør man velge slike tjenester foran andre driftsmodeller. Dette har sammenheng med at det offentlige ikke skal gjøre det som leverandørmarkedet kan gjøre bedre, og bygger på beste praksis for tjenesteutsetting.

Tilliten pasienter og helsepersonell har til tjenestene som utvikles og innføres i steg 2, er samtidig en helt sentral suksessfaktor for at tjenestene skal tas i bruk. Bruk av private leverandørers skytjenester til behandling av sensitiv personinformasjon, medfører flere særegne former av risiko knyttet til ivaretagelse av personvernkrav. Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) har gitt tydelig uttrykk for at de er bekymret for at samfunnskritiske IKT-tjenester plasseres i allmenne skytjenester, uten tilstrekkelige risikovurderinger og sikringstiltak, og at data (kan) flyttes til utlandet uten tilstrekkelige sikkerhetsfaglige vurderinger (10). Den tidligere nevnte Schrems II-dommen, synliggjør risikoen og utfordringsbildet. Helhetlig og teknologiavhengig sikkerhet er i lys av dette et helt sentralt hensyn for valget av tjenesteutsettingsmodell, og følgelig også for valg av kontraktstrategi og kontraktstruktur for steg 2.

Norsk helsenett SF har etablert en strategi (11) for bruk av skytjenester med varighet til utgangen av 2026. Denne utelukker ikke bruk av allmenne skytjenester, gitt at konkrete vurderinger av risiko for informasjonssikkerhet og personvern åpner for bruk av slike tjenester. Det er imidlertid, på det nåværende tidspunkt, både rettslige og teknologiske utfordringer knyttet til bruk av de ledende internasjonale skyløsningene for behandling av sensitive personopplysninger. Med bakgrunn i samhandlingstjenestenes omfattende behandling av helseopplysninger, legges det derfor til grunn at NHN Privat Sky bør benyttes for de tjenestene som omfattes av steg 2.

### **5.1.5.2 Kontraktstrategi og -struktur for leveransestrømmen Driftsplattform**

Behov for anskaffelser til å videreutvikle NHN Privat Sky kan enklest løses ved bruk av Norsk helsenett SFs eksisterende rammeavtaler for kjøp av lisenser, utstyr og kompetanse. Avtalene vil bli fornyet og videreutviklet i tråd med Norsk helsenett SFs strategiske plan for perioden fram mot 2026. Dersom eksisterende kontrakter ikke fullt ut er dekkende for behovene, vil enkeltbehov kunne dekket gjennom uavhengige enkeltanskaffelser.

---

<sup>5</sup> Digitaliseringsrundskrivet - Rundskriv Nr: H-7/20 punkt 1.11 datert 05.01.2021



## 5.2 Kontraktstyper

I kapittel 2.4 omtales krav til bruk av kontraktstandarder og at Statens standardavtaler (SSA) er mye brukt i offentlige virksomheter ved IT-relaterte anskaffelser.

For kjøp av kompetanse og kapasitet til de fire tjenesteområdene er det særlig to SSA-standardkontrakter som er aktuelle:

Kontraktstyper for kjøp av ressurser	
<b>SSA-B</b>	Egnet for kjøp av ressurser der hvor Eier har leveranseansvaret
<b>SSA-O</b>	Egnet for kjøp av ressurser der hvor Leverandøren har leveranseansvaret

For de anskaffelsesbehovene i kapittel 4.2 der anbefalingen er å velge strategialternativ A, anbefales det at man benytter SSA-B som kontraktstype, da dette arbeidet vil bli ledet av oppdragsgiver.

For de anskaffelsesbehovene i kapittel 4.2 der anbefalingen er å velge alternativ B, anbefales det at man benytter SSA-O som kontraktstype, da dette arbeidet vil bli ledet av leverandøren.

For kjøp av infrastrukturkomponenter og programvare, avhenger kontraktstypen av egenskapene ved det som skal anskaffes, og det er på det nåværende tidspunkt vanskelig å gi konkrete anbefalinger om hvilken kontraktstype som bør benyttes, da det er knyttet usikkerhet til hvilke komponenter det er aktuelt å anskaffe. På generelt grunnlag er følgende SSA-kontrakter aktuelle:

Kontraktstyper for kjøp av komponenter og programvare	
<b>SSA-K</b> <b>(SSA-V)</b>	Kjøpsavtalen er egnet for kjøp av standard komponenter og programvare som skal inngå i kundens driftsmiljø, eventuelt med tilhørende vedlikeholdsavtaler.
<b>SSA-L</b>	Avtalen for løpende tjenestekjøp er egnet for kjøp av standard leveranser som leveres som en tjeneste fra leverandøren.
<b>SSA-T</b> <b>(SSA-V)</b>	Tilpasningsavtalen er egnet for kjøp av komponenter og løsninger som trenger utvikling eller tilpasning for å virke etter Eiers formål, og som skal inngå i kundens driftsmiljø. Også her kan det være behov for å supplere med en vedlikeholdsavtale.

Også Dataforeningens standardkontrakter eller andre standardkontrakter vil kunne passe godt til formålet. Uansett hvilke standardkontrakter som velges, vil det antagelig være behov for å gjøre tilpasninger i avtalene. Det vil da være en fordel om de som gjennomfører anskaffelsene har erfaring med de konkrete standardkontraktene fra tidligere. Dette bør tillegges vesentlig vekt når det treffes konkrete valg om hvilke standardavtaler det tas utgangspunkt i.

## 5.3 Enkelkontrakters kritikalitet

I dette kapitlet gjøres en vurdering av hvor kritisk de respektive kontraktene er i forhold til oppnåelse av de overordnede målene for steg 2. Kritikalitetsvurderingen av kontraktene er gjennomført per samhandlingsområde og vurdert opp mot kravene for steg 2.

Kritikalitetsvurderingen er basert på de overordnede kravene til steg 2, som fremgår av de to påfølgende tabellene.

Tabell 11 Overordnet krav avledet av samfunns- og effektmål

Overordnede krav avledet av samfunns- og effektmål	
<b>A</b>	Digital samhandling skal gi personell i helse- og omsorgstjenester brukertilpassede og mer effektive løsninger for ytelse og dokumentasjon av helsehjelp.
<b>B</b>	Digital samhandling skal legge til rette for effektiv samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med effektiv samhandling menes at nødvendige helseopplysninger er tilgjengelig ved behov.
<b>C</b>	Digital samhandling skal gi innbyggere mulighet til å være aktiv i prosesser og beslutninger om egen helse.
<b>D</b>	Digital samhandling skal sikre enklere og bedre ivaretagelse av innbyggers personvernrettigheter.
<b>E</b>	Digital samhandling skal sikre tilgjengeliggjøring av data fra helse- og omsorgstjenesten til forskning, styring, beredskap og helseovervåkning.
<b>F</b>	Digital samhandling skal legge til rette for innovasjon og tjenesteutvikling i helse- og omsorgssektoren.
<b>G</b>	Digital samhandling skal kunne tilpasses endringer i rammebetingelser og struktur, for eksempel ansvarsoverføringer eller endret oppgaveløsning i helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg til kravene avledet av samfunns- og effektmålene ovenfor, er det også etablert krav som knytter seg til andre viktige behov identifisert i konseptvalgutredningen fra 2018. Krav I og J er satt som absolutte krav, som må oppfylles for å sikre at stegene i utviklingsretningen for digital samhandling ivaretar behov knyttet til informasjonssikkerhet, og er robuste mot phishing og hacking med videre.

Tabell 12 Krav utledet av andre viktige behov

Overordnede krav avledet av andre viktige behov	
<b>H</b>	Digital samhandling skal sikre at informasjonstjenestene som etableres er gjenbrukbare og gjøres tilgjengelig på en nasjonal samhandlingsinfrastruktur
<b>I</b>	Digital samhandling skal ivareta informasjonssikkerhet ved behandling av helse- og personopplysninger.
<b>J</b>	Digital samhandling skal ha styringssystem og løsninger for informasjonssikkerhet og personvern som gjør løsningene robuste og feiltolerante mot påførte utfordringer (phishing, hacking osv.).
<b>K</b>	Digital samhandling skal være tilpasningsdyktig med tanke på nye og endrede behov og nye muligheter.

For å vurdere kritikaliteten, har forprosjektet vurdert betydningen av kontraktene med hensyn til å realisere hvert enkelt krav og hvor stor del av det totale omfanget av steg 2 kontraktene vil representere. Gjennom å kombinere disse to dimensjonene, er den enkelte kontrakt gitt en samlet vurdering i henhold til tabellen nedenfor.

Omfang / Betydning	Stor	Middels	Lite
Stort	++++	+++	++
Middels	+++	++	+
Lite	++	+	0

### 5.3.1 Pasientens legemiddelliste

Kontraktene for samhandlingsområdet Pasientens legemiddelliste vil ha et middels stort omfang i forhold til det totale omfanget av steg 2. De fleste løsningene samhandlingsområdet skal baseres på, vil ha høy grad av modenhet ved oppstart av steg 2. Ved siden av noen utviklingsaktiviteter, vil omfanget av kontraktene særlig være knyttet til innføring av de etablerte løsningene.

Kontraktene for Pasientens legemiddelliste vil ha stor betydning for krav A, B og D, som omfatter krav til samhandling og innbyggernes personvern.

Kontrakter for Pasientens legemiddelliste vil ha middels betydning for kravene G til K, som er krav som relaterer til teknisk tilrettelegging, informasjonssikkerhet og omstillingsevne.

Tabell 13 Oppsummering av vurdering av kritikaliteten av kontraktene for Pasientens legemiddelliste

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
<b>Omfang</b>	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels
<b>Betydning</b>	Stor	Stor	Liten	Stor	Liten	Liten	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels
<b>Kritikalitet</b>	+++	+++	+	+++	+	+	++	++	++	++	++

### 5.3.2 Dokumentdeling

Kontraktene knyttet til samhandlingsområdet Dokumentdeling vil ha et middels stort omfang i forhold til det totale omfanget av kontrakter under steg 2. Det ventes primært å bli behov for anskaffelse av utviklingsressurser og andre tekniske ressurser. Innføringsaktiviteter vil i hovedsak håndteres lokalt.

Kontraktene for Dokumentdeling vil ha stor betydning for krav A, B og D, da dette er krav som bidrar til å realisere samhandling og ivaretagelse av innbyggernes personvern.

Kontraktene for Dokumentdeling vil ha middels betydning for krav H og K, som er krav knyttet til tilgjengeliggjøring og omstillingsevne.

Tabell 14 Oppsummering av vurdering av kritikaliteten av kontraktene for Dokumentdeling

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
<b>Omfang</b>	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels
<b>Betydning</b>	Stor	Stor	Liten	Stor	Liten	Liten	Liten	Middels	Lite	Lite	Middels
<b>Kritikalitet</b>	+++	+++	+	+++	+	+	+	++	+	+	++

### 5.3.3 Kritisk informasjon

Kontraktene for samhandlingsområdet Kritisk informasjon vil ha et lite omfang i forhold til det totale omfanget av kontrakter for steg 2. Samhandlingsområdet vil primært ha behov for ressurser til teknisk tilrettelegging av etablerte nasjonale løsninger. I tillegg vil det kunne bli behov for noen ressurser til innføring i sektoren.

Kontraktene for Kritisk informasjon vil ha stor betydning for krav A, B og D, som er krav til samhandling og personvern. Kontraktene vil ha middels betydning for krav C, da det vil gi pasientene mulighet til å dele kritisk informasjon med flere brukergrupper via løsningen Helsenorge. Tiltaket vil også ha middels betydning for krav H, som omhandler tilgjengeliggjøring.

Tabell 15 Oppsummering av vurdering av kritikaliteten av kontraktene for Kritisk informasjon

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
<b>Omfang</b>	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite	Lite
<b>Betydning</b>	Stor	Stor	Middels	Stor	Liten	Liten	Liten	Middels	Liten	Liten	Liten
<b>Kritikalitet</b>	++	++	+	++	0	0	0	+	0	0	0

### 5.3.4 Datadeling for digital hjemmeoppfølging

Kontraktene for Datadeling for digital hjemmeoppfølging vil ha et middels omfang i forhold til kontraktsomfanget for steg 2 som helhet. Datadeling for digital hjemmeoppfølging vil særlig ha behov for tekniske ressurser. Det vil også vurderes anskaffelser av standardiserte komponenter. Anskaffelsene vil i så fall baseres på etablerte standarder, for å sikre gjenbruk av investeringene over tid. Innføring av løsningene i sektoren er ikke omfattet av steg 2.

Kontraktene for Datadeling for digital gjennomføring vil ha stor betydning for krav H, da samhandlingsområdet vil etablere helt nye samhandlingstjenester på nasjonalt nivå. Kontraktene vil ha middels betydning for kravene E til G og I til K, da den nye løsningen vil legge til rette for sekundærbruk av helsedata, innovasjon, omstillingsevne og nye e-helse-tjenester, og også være viktige med tanke på informasjonssikkerheten i den nye løsningen. For de resterende kravene, vil kontraktene knyttet til Datadeling for digital hjemmeoppfølging ha liten betydning, da steg 2 kun omfatter teknisk tilrettelegging. Etter innføring, antas samhandlingsområdet imidlertid å ha potensiale for middels til stor innvirkning på samtlige krav.

Tabell 16 Oppsummering av forprosjektets vurdering av kritikaliteten av kontraktene for Datadeling for digital hjemmeoppfølging

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
<b>Omfang</b>	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels	Middels
<b>Betydning</b>	Liten	Liten	Liten	Liten	Middels	Middels	Middels	Stor	Middels	Middels	Middels
<b>Kritikalitet</b>	+	+	+	+	++	++	++	+++	++	++	++

### 5.3.5 Samlet vurdering

Nedenfor følger en oppsummering av forprosjektets vurdering knyttet til kontraktens kritikalitet i steg 2.

Tabell 17 Oppsummering av forprosjektets vurdering av kritikaliteten for alle kontrakter

Anskaffelse	Kritikalitet	Beskrivelse
<b>Pasientens legemiddelliste</b>	++	Disse kontraktene vil ha et middels omfang. Kontraktene under dette punktet vil ha stor betydning for å realisere kravene A, B og C.
<b>Dokumentdeling</b>	++	Kontraktene er av middels omfang. Kontraktene under dette punktet har stor betydning for å realisere kravene A, B og H.
<b>Kritisk informasjon</b>	+	Kontraktene er av begrenset omfang, samtidig som de dekker en mindre pasientgruppe. Kontraktene under dette punktet vil ha stor betydning for realiseringen av krav H.
<b>Datadeling for digital hjemmeoppfølging</b>	++	Kontraktene er av middels omfang. Løsningen vil ikke tas i bruk før på et senere stadium, slik at betydningen av kontraktene vil være begrenset ved at de primært legger til rette for oppfyllelse av kravene i senere faser.

## 5.4 Anskaffelsesprosedyrer

Regelverket for offentlige anskaffelser angir et begrenset sett av anskaffelsesprosedyrer som er tillatt å benytte. De forskjellige anskaffelsesprosedyrene har ulike kvaliteter og egnethet for realiseringen av steg 2.

### 5.4.1 Bestillinger under dynamiske innkjøpsordninger

Norsk helsenett SF har etablert dynamiske innkjøpsordninger som kan benyttes av hele helseforvaltningen for å anskaffe kapasitet og kompetanse innenfor en rekke fagområder. Som beskrevet i kapittel 4.1.2 er det etablert dynamiske innkjøpsordninger innenfor 16 fagområder.

Det er relativt lave krav til leverandører for å bli med i de dynamiske innkjøpsordningene, og leverandører kan kvalifisere seg til ordningene fortløpende. Dette har gjort at ordningene nå omfatter et stort antall leverandører. Ved å benytte ordningene, kan man nå ut til et bredt spekter av leverandører, også innenfor gruppen av små og mellomstore leverandører. Ved

dette, understøtter ordningene både hensynet til å skape tilstrekkelig konkurranse om oppdragene, samtidig som man har gode forutsetninger for å fremskaffe nødvendig kapasitet. Som beskrevet i kapittel 4.1.2 er over 300 leverandører kvalifisert til de dynamiske innkjøpsordningene.

Konkurranser kan gjennomføres relativt raskt under ordningen. Tilbudsfristene er typisk på 10 dager. Prosessformen åpner imidlertid ikke for forhandlinger.

### **5.4.2 Avrop på rammeavtaler**

Både direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF har inngått en rekke rammeavtaler. Disse gir tilgang til å anskaffe både tjenester og infrastrukturkomponenter. Rammeavtalene har færre leverandører enn de dynamiske innkjøpsordningene, da rammeavtalene har kommet til som følge av anbudskonkurranser som har endt med et gitt antall avtaler.

Noen av rammeavtalene gir rom for å foreta bestillinger direkte fra en leverandør, mens de fleste forutsetter at det gjennomføres en såkalt minikonkurranse mellom flere parallelle rammeavtaleleverandører. Uansett går det relativt raskt å gjennomføre et avrop eller en minikonkurranse. Tilbudsfristen er typisk på 10 dager. Prosessformen åpner imidlertid ikke for forhandlinger.

### **5.4.3 Åpen anbudskonkurranse**

Åpen anbudskonkurranse egner seg godt til anskaffelser hvor det ikke er en veldig omfattende jobb å utarbeide og evaluere tilbud. En konkurranse om en vare eller tjeneste som skal avgjøres utelukkende på bakgrunn av en vurdering av laveste kostnad, vil typisk være egnet for en åpen anbudskonkurranse (12).

En åpen anbudskonkurranse kan gjennomføres relativt raskt, da man gjennomfører anskaffelsen i ett steg. En anskaffelse vil likevel ta lenger tid enn et avrop på en rammeavtale, da anskaffelsesregelverket oppstiller minstekrav til hvor lang tilbudsfrist leverandørene skal ha, for alle anskaffelser over gitte beløpsgrenser<sup>6</sup>. En ulempe med en åpen anbudskonkurranse er at det ikke er mulig å begrense antallet deltakere, slik at tilbudsevalueringen vil kunne bli omfattende og ressurskrevende. Det er også kun tillatt å foreta avklaringer rundt innholdet i tilbudene, ikke å forhandle, noe som medfører at man i praksis må akseptere det vinnende tilbudet som det er.

### **5.4.4 Begrenset anbudskonkurranse**

Begrenset anbudskonkurranse egner seg for anskaffelser hvor det er mer arbeidskrevende å utarbeide og evaluere tilbud. I slike situasjoner vil det være uhensiktsmessig at mange leverandører bruker mye ressurser på å utarbeide tilbud. Da er det bedre at oppdragsgiveren begrenser antallet tilbydere. En slik begrensning vil også redusere oppdragsgiverens belastning med å evaluere tilbudene (12).

En begrenset anbudskonkurranse har i praksis mange av de samme egenskapene som åpen anbudskonkurranse, men vil ta lenger tid å gjennomføre, da man gjennomfører anskaffelsen i to trinn med en kvalifiseringsfase og en tilbudsphase. Det at man gjennomfører en prekvalifisering, kan innebære at det blir færre tilbud å evaluere. Samtidig kan det innebære at man må diskvalifisere leverandører som kanskje kunne kommet med gode tilbud.

---

<sup>6</sup> For tiden 1,3 mill. kroner for statlige myndigheter, jf. anskaffelsesforskriften § 5-3 første ledd.

### **5.4.5 Konkurransen med forhandling**

Konkurransen med forhandling kan benyttes når behovet ikke kan oppfylles uten at det foretas tilpasninger i tilgjengelige løsninger, når anskaffelsen omfatter design eller innovative løsninger, når anskaffelsens karakter, kompleksitet, rettslige eller finansielle sammensetning eller tilknyttede risiko gjør det nødvendig, eller når de tekniske spesifikasjonene ikke kan beskrives tilstrekkelig presist ved referanse til en standard, en europeisk teknisk bedømmelse, en felles teknisk spesifikasjon eller en teknisk referanse (13).

En fordel med å benytte forhandlinger, er at dette gir gode muligheter for å avstemme tilbudene mot behovet, noe som er særlig aktuelt ved sammensatte og komplekse anskaffelser. En forhandlet prosess vil imidlertid være mer tid- og ressurskrevende enn en åpen eller begrenset anbudskonkurransen.

### **5.4.6 Konkurransenpreget dialog**

Konkurransenpreget dialog skiller seg fra en konkurranse med forhandlinger på flere punkter. I en konkurranse med forhandlinger vil oppdragsgiveren ofte ha en forholdsvis klar formening om hvilken ytelse han skal anskaffe. I en konkurransepreget dialog vil oppdragsgiveren typisk i større grad være avhengig av markedets innspill på hvordan behovet best kan oppfylles (14). Dette vil være en prosess som vil passe der behovet kan løses på svært forskjellige måter, og det er behov for en prosess som åpner for å sammenligne forskjellige løsningstilnærminger med utgangspunkt i en mer overordnet behovsbeskrivelse. Prosessen er i praksis ofte tid- og ressurskrevende for både oppdragsgiver og tilbyderne.

### **5.4.7 Innovasjonspartnerskap**

Innovasjonspartnerskap brukes til anskaffelser av løsninger som ikke finnes i markedet fra før. Løsningen utvikles i en samarbeidsprosess mellom oppdragsgiveren og en eller flere leverandører. Anskaffelsesprosedyren kombinerer utviklingsfasen og det senere kjøpet i én og samme kunngjøring (15).

Prosessformen er tilpasset en situasjon der det er behov for utvikling av et helt nytt produkt, og tar høyde for kompleksiteten i en slik prosess. Prosessformen er samtidig den mest ressurs- og tidkrevende av regelverkets prosessformer. Det er også vanlig at oppdragsgiver i noen grad kompenserer alle tilbyderne/deltakerne, hvilket kan bidra til å gjøre denne prosessformen til den mest kostnadsdrivende.

## 5.4.8 Anskaffelsesprosedyrer som er egnet for ressursanskaffelser

Tabell 18 Vurderingsskala for vurdering av anskaffelsesprosedyrene

Lav egnethet	Middels egnethet	Høy egnethet
+	++	+++

Tabell 19 Vurdering av anskaffelsesprosedyrene

Scenario	Egnethet	Begrunnelse
<b>Avrop på eksisterende rammeavtaler</b>	+++	Kan benyttes for anskaffelse av enkeltressurser eller team innen samme ressurskategori. Gir kun tilgang til leverandører som er tildelt rammeavtale, men gir korte anskaffelsesprosesser og rask tilgang til ressurser der behovene faller innenfor rammeavtalene.
<b>Dynamisk innkjøpsordning</b>	+++	Kan benyttes for anskaffelse av enkeltressurser eller team, også team som er sammensatt fra flere ressurskategorier. Tilgangen til markedet vil være noe begrenset, i lys av at kun leverandører som har søkt og blitt tatt opp i ordningen kan delta. Men tilnærmingen gir korte anskaffelsesprosesser og rask tilgang til ressurser der behovene faller innenfor rammeavtalene.
<b>Åpen anbudskonkurranse</b>	++	Kan gjennomføres på relativt kort tid, men vil ta lenger tid enn avrop på rammeavtaler og dynamiske innkjøpsordninger. Tilbudsevalueringen vil også kunne bli ressurskrevende.
<b>Begrenset anbudskonkurranse</b>	++	Som åpen anbudskonkurranse, men mer tidkrevende og kan medføre at en eller flere gode leverandører utelukkes. Samtidig vil tilbudsevalueringen kunne bli mindre ressurskrevende.
<b>Konkurranse med forhandling</b>	+++	Kan være egnet for anskaffelse av team, særlig team bestående av flere ressurskategorier. Anskaffelsesprosedyren er mer kompleks og tidkrevende, men kan bidra til å redusere risiko knyttet til hvor godt tilbudene oppfyller de reelle behovene. Prosedyren vil også kunne gi bedre betingelser på leveransene.
<b>Konkurransepreget dialog</b>	+	En tid- og ressurskrevende anskaffelsesprosess, som ikke er egnet for ressursanskaffelser



Scenario	Egnethet	Begrunnelse
Innovasjonspartnerskap	+	En tid- og ressurskrevende anskaffelsesprosess, som ikke er egnet for ressursanskaffelser

Det er som nevnt vurdert at de dynamiske innkjøpsordningene og rammeavtalene som er inngått i stor grad vil være dekkende for de ventede ressursbehovene. Det vil antagelig primært være aktuelt å foreta enkeltanskaffelser ved behov for anskaffelser av mer sammensatte team.

Etter dette legges det til grunn at følgende tre anskaffelsesprosedyrer vil kunne være egnet for ressursanskaffelsene til steg 2:

- Dynamisk innkjøpsordning (DPS)
- Tilgjengelige rammeavtaler – avrop eller minikonkurranse
- Konkurranse med forhandling

#### 5.4.9 Anbefalte anskaffelsesprosedyrer for ressursanskaffelser

Som tidligere nevnt, vil tilgang til tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, og fleksibilitet i kontraktene for å møte behov for opp- og nedskalering av ressursbidrag, være sentrale hensyn for valgene i kontraktstrategien.

I vurderingen av hvilken anskaffelsesprosedyre som vil være best egnet, kan det i tillegg være aktuelt å vurdere følgende paramenter:

- Egnethet for å nå små og mellomstore bedrifter (SMB)
- Varigheten av anskaffelsesprosessene
- Tilgangen til enkeltressurser/mindre team vs. tilgangen til større team

Tabell 20 Vurdering av valgte anskaffelsesprosedyrer

	DPS	Rammeavtale	Konkurranse med forhandling
Tilgang til spisskompetanse og kapasitet	++	++	+++
Sikre skalerbarhet i kontrakter	+++	+++	+++
Tilgang til SMB	+++	+	++
Varighet på anskaffelsesprosessene	+++	+++	+

Tilgang til enkeltressurser/ mindre team	+++	+++	+
Tilgang til større team	++	++	+++
Samlet vurdering	++(+)	++	++

Det anbefales at det som hovedregel benyttes bestilling under de dynamiske innkjøpsordningene som anskaffelsesprosedyre, da anskaffelsesprosedyren er godt egnet for å oppnå formålet med steg 2. Avrop på rammeavtaler kan være et godt alternativ ved behov for tilgang til andre ressurskategorier og leverandører enn de som er omfattet av de dynamiske innkjøpsordningene.

I de tilfellene hvor hverken de dynamiske innkjøpsordningene eller rammeavtalene dekker behovet, kan prosessformen anskaffelse med forhandling være et godt alternativ. Dette gjelder særlig der man skal anskaffe flere ressurser som skal dekke et sammensatt behov.

## 5.5 Kompensasjonsformater

Eksempler på kompensasjonsformater kan være fastpris, målpris, enhetspris (fastpris for deler av ytelsen, for eksempel priser per integrasjon), timepris (regningsarbeid) eller åpen bok ("kost pluss").

- **Fastpris:** Ved fastpris skal alle eller deler av leveransen godtgjøres ved et på forhånd fastsatt vederlag. Erfaringsmessig vil denne kompensasjonsformen kunne lede til mange endringsordre. Leverandøren får med andre ord et insentiv til å forbedre sin fortjeneste ved å kreve ekstra vederlag.
- **Målpris:** Målpris innebærer en form for fordeling av risikoen mellom partene. I hovedsak innebærer dette at partene ved et avrop blir enige om en målpris for arbeidet (budsjett). Dersom det endelige vederlaget viser seg å være lavere enn målprisen, får leverandøren utbetalt en bonus (insentiv). Dersom vederlaget blir høyere enn målprisen, reduseres timeprisen slik at leverandøren ikke får fullt ut betalt for arbeidet som overskrider målprisen.
- **Enhetspris:** Dette kan innebære at det settes faste enhetspriser på deler av det som skal leveres. Videre kan vederlaget baseres på betaling for utført arbeid i form av timepriser. Mye av risikoen ligger da hos oppdragsgiver, og et slikt kompensasjonsformat krever svært god oppfølging fra oppdragsgiveren. Dersom oppdragsgiveren ikke har ressurser til slik detaljert oppfølging, kan et slikt kompensasjonsformat medføre betydelige kostnader.
- **Åpen bok:** I dette formatet får leverandøren dekket kostnadene med å levere ytelsen, i tillegg til et på forhånd avtalt påslag. Tilbyderne konkurrerer da på påslagsprosenten.

Hvilket kompensasjonsformat som bør velges vil avhenge av ytelsen som skal leveres og hvordan markedet leverer ytelsen. I denne anskaffelsen vil det leveres flere ulike ytelser, der det kan være aktuelt med ulike og/eller sammensatte prismodeller:

Tabell 21 Anbefalt kompensasjonsformater for kontraktene

Anskaffelse	Fastpris	Målpris	Enhetspris	Åpen bok
Prosess- og utredningsstøtte			X	
Teknisk tilrettelegging		X	X	
Nasjonal innføring		X	X	
Driftsplattform			X	

Som tabellen viser, må vederlagsformatet tilpasses de ulike ytelsene.

### 5.5.1 Prosess- og utredningsstøtte

Dette omfatter primært kjøp av kompetanse og kapasitet til prosess- og utredningsstøtte. Da det typisk vil være vanskelig å forutse omfanget av utredningsoppgaver og mulige avhengigheter, og usikkerheten primært vil ligge innenfor oppdragsgivernes kontroll, anbefales det at oppdragene baseres på regning (enhetspris)

### 5.5.2 Teknisk tilrettelegging

Dette omfatter primært kjøp av kompetanse og kapasitet til å foreta utviklings-, implementerings-, drifts- og forvaltningsarbeid. Dette vil enten kunne gjøres basert på regning (enhetspris) eller målpris i tilfeller der oppgaver og grensesnittene kan spesifiseres tydelig.

### 5.5.3 Nasjonal innføring

Dette omfatter primært kjøp av kompetanse og kapasitet til å ivareta koordinerings- og opplæringsoppgaver. Dette vil enten kunne gjøres basert på regning (enhetspris) eller målpris i tilfeller der oppgaver og grensesnitt kan spesifiseres tydelig.

### 5.5.4 Driftsplattform og programvarekjøp

Utvidelser av de eksisterende driftsplattformene vil kreve nye infrastrukturkomponenter som servere og nettverksutstyr mv. Dette prises typisk per komponent i form av enhetspriser. Også plattformprogramvare, som operativsystemer og annen basisprogramvare, vil typisk også ha enhetspriser, enten en anskaffelseskostnad og årlig vedlikeholdskostnad eller en årlig leiekostnad. Eventuell bistand til etablering og vedlikehold av nye komponenter i driftsplattformene, vil typisk måtte betales etter regning (enhetspriser).

I den grad det blir aktuelt å basere samhandlingsområdet Datadeling for digital hjemmeoppfølging på anskaffelser av ferdige programvarekomponenter, vil disse også trolig ha enhetskostnader i form av en anskaffelseskostnad og årlige vedlikeholdskostnader. Skulle det bli aktuelt å anskaffes programvaren som en tjeneste (SaaS), vil dette typisk medføre en månedlig eller årlig tjenestepriis.

## 5.6 Insentiver og sikringsmekanismer

Kontrakter inneholder ofte mekanismer som skal gi leverandøren insentiver til å levere avtalt ytelse til avtalt tid, og som sikrer at oppdragsgiver får de avtalte leveransene.

Insentivene består typisk i ulike bonusmekanismer eller er knyttet til vederlaget. Bonusmekanismene innebærer ofte at leverandøren får et høyere vederlag dersom leverandøren overoppfyller, ved at de for eksempel når milepæler på et tidligere tidspunkt enn avtalt eller med et lavere antall timer enn estimert.

Sikringsmekanismene er ofte sammenfallende med misligholdsbeføyelsene i kontrakten. Vanlige beføyelser er for eksempel dagbøter, retting, prisavslag, erstatning og heving. Det er også mulig å legge inn i kontraktene bestemmelser om bøter ved brudd på ulike bestemmelser i avtalen. Bøter kan for eksempel benyttes dersom nøkkelpersonell byttes uten avtalemessig grunnlag, eller for ulike typer brudd på SLA (service level agreement).

I tillegg til dette, vil det være viktig for oppdragsgiver å ha exit-muligheter underveis i prosjektet, uten at kostnadene for oppdragsgiver blir for høye. Normalt gjøres dette ved at oppdragsgiver kan si opp avtalen (avbestille) mot å dekke leverandørens pådratte kostnader og arbeidet som er utført frem til avbestilling. Desto lenger ut i prosjektet oppdragsgiver avbestiller, jo vanligere er det at oppdragsgiver også må betale et avbestillingsvederlag, som ofte er en prosentandel av avtalt kontraktssum. Dette er ment å dekke deler av leverandørens fortjenestetap.

Statens standardavtaler (SSA) har både sikringsmekanismer i form av misligholdsbeføyelser og exit-muligheter. I disse avtalene er dette rimelig balansert og godt ivarettatt. Men avtaleteksten vil måtte tilpasses de konkrete prosjektene og anskaffelsene.

Den mest praktiske og kanskje viktigste insentiv- og sikringsmekanismen, vil antagelig være at betalingsplanen er knyttet til leveransene, med andre ord at leverandøren får betalt underveis, men ikke før leveranser er godkjent.

Der leverandører får et resultatansvar, bør det vurderes fastpris eller målpris for leveransene, i den grad det er mulig å estimere omfanget av leveransene. Dette vil medføre at leverandørene må ta et større ansvar for avvik fra estimerte total kostnader, noe som vil kunne gi et sterkt insentiv for å unngå slike avvik.

Det kan også vurderes å knytte dagmulkt til tidskritiske leveranser, der det er inngått avtaler med resultatansvar for leverandøren. Det bør da samtidig være mulig for leverandøren å tjene disse inn igjen, dersom forsinkelsene hentes inn igjen på et senere tidspunkt.

Generelt vil det være viktig å ha et bevisst forhold til balansen mellom kontraktens bonus- og sanksjonsvirkninger, sett i lys av behovet for å legge til rette for et godt samarbeid mellom partene. Det vil være viktig at sanksjonsvirkningen samlet sett ikke blir så belastende for leverandørene at de blir defensive og leveransene hemmes av konflikter mellom partene.

## 5.7 Kvalifikasjonskrav og tildelingskriterier

Leverandørene som er tilknyttet de dynamiske innkjøpsordningene og rammeavtalene er allerede kvalifisert.

Ved bruk av konkurranse med forhandling bør det stilles som kvalifikasjonskrav at tilbyderne med underleverandører har referanser fra leveranser av tilsvarende art, omfang og

kompleksitet. I tillegg bør det stilles krav om tilstrekkelig økonomisk og faglig kapasitet. Referansene sammen med faglig kompetanse og kapasitet, kan også benyttes som utvelgelseskriterier for å avgjøre hvilke tilbydere som får levere tilbud. Utvelgelseskriteriene må vektas.

Kvalifikasjonskravene bør stå i samsvar med kompleksiteten i det som skal anskaffes. Typiske standardiserte kvalifikasjonskrav kan være:

- Leverandøren bør ikke ha restanser knyttet til betaling av skatter og avgifter til det offentlige.
- Leverandøren skal være et lovlig registrert foretak
- Leverandøren skal ha tilfredsstillende økonomisk og finansiell stilling
- Leverandøren skal ha tilfredsstillende kapasitet og kompetanse hos relevant personell
- Leverandøren skal ha erfaring med sammenlignbare leveranser / oppdrag

Der hvor det må stilles strenge krav til spisskompetanse eller sikkerhet, kan man også vurdere å ta med følgende kvalifikasjonskrav:

- Leverandøren skal ha tilfredsstillende metoder for kompetanseutvikling for sine ansatte
- Leverandøren skal ha etablert tilfredsstillende metoder for kvalitetssikring
- Leverandøren skal ha etablert tilfredsstillende ledelsessystem for informasjonssikkerhet

Kravene bør ikke formuleres strengere enn nødvendig, da dette vil kunne begrense tilgangen på gode tilbud. Samtidig vil være viktig at kvalifikasjons- og utvelgelseskravene gir kunden tilstrekkelig trygghet for at tilbyderne vil være i stand til å gjennomføre leveransene. Der leveransene har begrenset omfang, og særlig der leverandøren kun har en innsatsforpliktelse, bør særlig kravene til økonomisk kapasitet ikke gjøres for strenge, da dette kan begrense konkurransen unødvendig.

Kontrakter knyttet til ressursanskaffelser bør tildeles på grunnlag av kriteriene kvalitet og pris. Kriteriet kvalitet vil typisk handle om de tilbudte ressursenes kompetanse. Men der leverandøren skal ha et resultatansvar, vil også fremdrifts- eller prosjektplan være et aktuelt tildelingskriterium. For tidskritiske leveranser, vil det også kunne benyttes som kriterium hvor raskt ressursene kan starte på oppdraget.

Vektingen av tildelingskriteriene vil i stor grad avhenge av hvilken kompetanse og erfaring leverandøren skal stille med, og i hvilken grad leverandøren skal ha et resultatansvar. Der det er behov for spisskompetanse eller erfaring, bør kvalitet typisk vektas høyere enn pris, særlig der leverandøren i tillegg skal påta seg et resultatansvar. For enklere oppgaver hvor oppdragsgiveren har resultatansvaret, vil pris kunne vektas høyere. Vektingen av kvalitet og pris må uansett vurderes nøye for hver enkelt anskaffelse.

Også kontrakter knyttet til kjøp av infrastruktur- og programvarekomponenter bør tildeles basert på kriteriene kvalitet og pris. Men i den grad det kan spesifiseres presist hvilke egenskaper komponentene skal ha, vil pris i større grad kunne vektas høyt.

## 6 Ivaretagelse av informasjonssikkerhet

Informasjonssikkerhet vil måtte ha et særskilt fokus under gjennomføringen av steg 2, i lys av det store volumet av sensitiv personinformasjon løsningene og brukerne vil behandle. Det vil være viktig å ivareta informasjonssikkerhetsperspektivet helt fra tidlig i anskaffelsesfasene. Konkurransesgrunnlaget må inneholde relevante krav til leverandørene, og kontraktene vil legge premissene for i hvilken grad og hvordan leverandørene skal bidra til god informasjonssikkerhet.

Tilstrekkelig informasjonssikkerhet er en forutsetning for at Norsk helsenett SF skal kunne levere tjenester i tråd med forventninger og forpliktelser, og for at innbyggerne og andre aktører skal kunne benytte tjenestene etter hensikten. Roller og oppgaver i realiseringen av samhandlingsløsningene må være tydelig avklart. Relevante lov- og forskriftskrav innen informasjonssikkerhet og personvern må etterleves. Det samme gjelder kravene i Norm for informasjonssikkerhet og personvern (Normen) i helse- og omsorgssektoren.

Arbeidet med informasjonssikkerhet vil i stor grad være en iterativ prosess, med overordnede risikovurderinger og krav tidlig i prosessen, som så detaljeres og konkretiseres ettersom relevante forhold for vurderingene blir mer avklart.

Etablering av sikkerhetskrav for løsningene vil være en sentral del av forberedelsen til anskaffelsene. Det vil være viktig å vurdere hvilke krav som må ivaretas av kundene og hvilke som må ivaretas av leverandørene. Ved utarbeidelsen av konkurransegrunnlag for løsningskomponenter, vil det være behov for å ta utgangspunkt i overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger (ROS), og videreutvikle sikkerhetsarkitekturen basert på disse. Det vil også kunne være nødvendig å lage mer detaljerte ROS-analyser for deler av løsningene. Det vil måtte stilles både funksjonelle og ikke-funksjonelle krav til løsningene og leverandørene for å ivareta krav til innebygd personvern. Kravene vil måtte konkretiseres i forbindelse med forberedelsen av anskaffelsene. Det vil blant annet måtte utarbeides krav relatert til pasientens rettigheter, herunder retten til å sperre opplysninger for innsyn.

Det vil videre kunne være behov for å foreta ROS-vurderinger av leverandører som sådan, for å verifisere at de har tilstrekkelig kontroll over egen organisasjon og eventuelle underleverandører, og at de har robuste tiltak for å ivareta både organisatoriske og tekniske forhold. Det må ved behov etableres prosesser for å håndtere endringer i sikkerhetskrav gjennom anskaffelsene og under leveransene.

Sikkerhetsstrategien for steg 2 tar utgangspunkt i dimensjonene innbygger, virksomhet og samfunn. Det er gjennomført en vurdering av informasjonsverdiene i steg 2, ulike trusselaktører som kan være relevante, og deres mulighetsrom. Dette er oppsummert i en rekke scenarier i risiko- og sårbarhetsanalysen (se strategiens bilag J2). Risikoreduserende anbefalinger for disse scenarioene er beskrevet på overordnet nivå.

Det er også gjennomført en overordnet vurdering av sentrale personvernspørsmål for det skisserte målbildet for digital samhandling (se strategiens bilag J1). Vurderingen bygger på tidligere personvern-vurderinger fra forprosjektet for helhetlig samhandling. Den overordnede personvern-vurderingen omfatter blant annet en gjennomgang av personvernprinsippene og -rettighetene, og risiko knyttet til personvernet. Dette for å synliggjøre hva man må være bevisst på i det videre arbeidet med løsningene og hvilke tiltak som vil måtte settes inn. Vurderingen viser at enkelte av personvernprinsippene og rettighetene vil kunne bli utfordret.

De overordnede prinsippene for sikkerhet utgjør strategiske føringer som skal ligge til grunn for samhandlingsløsningene. Disse vil være førende for hele livsløpet for program digital samhandling. De overordnede sikkerhetsprinsippene (strategien) er:

1. Pasient og bruker skal enkelt kunne utøve sine rettigheter
2. Helsepersonell skal ha tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger
3. Sikkerhet og personvern skal være innebygget og ivaretas gjennom samhandlingsløsningenes livsløp
4. Løsninger for helhetlig samhandling skal være robuste gjennom samhandlingsløsningenes livsløp
5. Helhetlig samhandling skal baseres på moderne og fremtidsrettede rammeverk for informasjonssikkerhet og risikohåndtering
6. Lagdelt sikkerhetsarkitektur og sikring i dybden skal benyttes i samhandlingsløsningene

Det vil være nødvendig å jobbe videre med informasjonssikkerhet og personvern i alle faser av steg 2, blant annet som del av kontraktoppfølgingen. I det videre arbeidet må det gjennomføres konkrete risikovurderinger som beslutningsgrunnlag for utvikling og forvaltning av løsningene. Alle virksomhetene som benytter løsningene må også ha et bevisst forhold til informasjonssikkerhet og personvern, inkludert hensiktsmessig internkontroll og risikostyring. Informasjonssikkerhetshendelser skal ivaretas gjennom rapportering, vurdering, respons og læring.

## 7 Steg 2s påvirkning på markedet, næringsutvikling og innovasjon

Som det fremgår av kapittel 3 ovenfor, vil anskaffelsene til steg 2 av utviklingsretningen for digital samhandling ha et moderat omfang, da mange av oppgavene som inngår vil løses av interne ressurser i Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF. Direktoratet og Norsk helsenett SF står også totalt sett for en moderat andel av etterspørselen i de aktuelle markedssegmentene. Det er følgelig lagt til grunn at det ikke vil være behov for å treffe særlige tiltak for å unngå uheldige effekter av virksomhetenes markedspåvirkning.

Som nevnt i kapittel 2.4, er det samtidig et politisk mål at det legges til rette for innovasjon og næringsutvikling innen e-helseområdet. Ved gjennomføringen av store tiltak, bør det derfor også vurderes om gjennomføringsmodellen og anskaffelsene kan tilrettelegges på en måte som kan stimulere markedsutviklingen på en positiv måte.

Steg 2 består i stor grad av tiltak som skal slutføre allerede pågående prosjekter og realisere gevinster av løsninger som langt på vei vil være ferdig utviklet i det steg 2 igangsettes. For de tre samhandlingsområdene Pasientens legemiddelliste, Dokumentdeling og Kritisk informasjon, vil aktivitetene i stor grad bestå i innføringsaktiviteter. Mye av rammene for gjennomføringen av steg 2 vil følgelig være fastlagt gjennom de valg som er truffet i tidligere faser av løsningsutviklingen, for eksempel valg knyttet til løsningsarkitektur. Dette vil gi begrenset rom for å treffe tiltak i steg 2 som på nye måter kan legge til rette for innovasjon og næringsutvikling. Ferdigstillingen av de aktuelle samhandlingsløsningene vil samtidig gi tydeligere tekniske rammebetingelser for helsevirksomhetene som skal benytte løsningene, og dermed også for deres systemleverandører. Dette vil kunne gi et bedre grunnlag for videreutvikling av løsningene som benyttes i sektoren, og da særlig for utviklingen av ny samhandlingsfunksjonalitet.

Når det gjelder samhandlingsområdet Datadeling for digital hjemmeoppfølging, er situasjonen en annen, da det her skal utvikles en helt ny løsning. Innen dette samhandlingsområdet skal det gjennomføres flere aktiviteter knyttet til standardisering og normering av datadelingstjenester. Dette vil bidra til å skape forutsigbarhet for leverandørmarkedene knyttet til en forholdsvis ny måte å samhandle på. Potensialet for nye e-helseløsninger er her antagelig vesentlig større enn det tilbudet som finnes i dag. Normering og standardisering vil kunne bidra til å sette en retning for utviklingen, som vil gjøre det mer aktuelt for leverandører å investere i utvikling av nye e-helseløsninger og i videreutvikling av eksisterende løsninger.

Med utgangspunkt i arkitekturprinsippene for digitaliseringen av offentlig sektor, anbefaler Direktoratet for e-helse i Vedlegg H Prinsipper, tekniske krav og standarder for samhandling at det etableres et sett med egenskaper for samhandlingsinfrastrukturen i helsesektoren. Egenskapene omfatter blant annet *innbygger i sentrum*, *åpenhet*, *forutsigbarhet* og *tydelige rammebetingelser*, og *fleksibilitet*. Også dette vil kunne understøtte næringsutvikling og innovasjon.

Steg 3 vil antagelig, i større grad enn steg 2, medføre etablering av helt nye samhandlingsløsninger. Forprosjektet for steg 3 vil i så fall ha mer rom for å vurdere særlige tiltak som kan legge til rette for innovasjon og næringsutvikling. Som grunnlag for dette, vil det være viktig med en tett dialog med aktørene i helsesektoren, for å avklare på hvilke områder innovasjon vil ha størst potensiale for å understøtte helsetjenestene. Det vil også være viktig at det



gjennomføres dialog med leverandørmarkedene, for å avklare hvilke løsningstilnæringer som best vil kunne møte sektorens behov.

## 8 Anbefalinger for det videre arbeidet

Kontraktstrategien vil måtte suppleres og detaljeres som del av arbeidet med å planlegge de forstående anskaffelsene og å utarbeide konkurransegrunnlag for anskaffelsene som skal gjennomføres. Kontraktstrategien bør også tilpasses til eventuelle endrede forhold, dersom forutsetningene som er lagt til grunn endres frem til anskaffelsene skal gjennomføres.

Markedsdialog bør inngå i forberedelsene til anskaffelsene. Markedsdialogen under forprosjektet og i tidligere faser har vist at både leverandørmarkedet og løsningene som tilbys er under utvikling. Dette bekreftes også av de ledende analysebyråene på området. Det vil være viktig at anskaffelsene baseres på en oppdatert markedsforståelse, slik at mulighetene for tilgang til rett kompetanse og de best egnede produktene kan optimaliseres.

Steg 2 vil ha sterke avhengigheter til en lang rekke aktører i sektoren, og det er helsepersonellet i de mange helsevirksomhetene og pasientene som i all hovedsak skal realisere gevinstene av steg 2. Det anbefales at virksomhetene som skal benytte de nasjonale samhandlingsløsningene og innbygger- og pasientrepresentanter involveres i planleggingen der det kan være hensiktsmessig.

Det bør fortrinnsvis benyttes åpne behovsbeskrivelser som i størst mulig grad muliggjør forskjellige løsningstilnærminger, slik at det legges til rette for bredest mulig konkurranse i anskaffelsene. Dette gjelder særlig for produktanskaffelser. Det bør også generelt ikke benyttes strengere kvalifikasjonskrav enn det som vurderes som nødvendig, særlig ikke for ressurskjøp der graden av leverandørinnlåsning vil være lav og konsulentene vil jobbe under intern ledelse.

Ellers vil følgende føringer<sup>7</sup> for forprosjektet ha betydning også for det videre arbeidet, og da særlig for forprosjektet for steg 3:

- Forprosjektet skal hensynta vedtatte strategier for samhandling etter 2018 og evt. endringer i tjenestenes behov
- Forprosjektet skal tydeliggjøre mulighetene for fremtidig fleksibilitet, innovasjon og tjenesteutvikling, med utgangspunkt i teknologisk innovasjon og mulighetene som oppstår i markedet.

---

<sup>7</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, Konkretisering av oppdrag – oppstart av forprosjekt helhetlig samhandling, 18. desember 2020.

## 9 Strategiutviklingsprosessen

Kontraktstrategien er utarbeidet av en tverrfaglig arbeidsgruppe i forprosjektet for steg 2. Blant annet har Norsk helsenett SF deltatt i arbeidet med flere ressurser. Strategien bygger på arbeidet i andre deler av forprosjektet, da særlig arbeidet med omfang og med styring og organisering. Strategien er utviklet stegvis gjennom en iterativ prosess, bestående av både mindre møter og arbeidsmøter med flere deltagere.

Verken Direktoratet for e-helse eller Norsk helsenett SF har utviklet allmenngyldige strategier og retningslinjer for komplekse IKT-anskaffelser. Strategiarbeidets første fase var derfor en nåsituasjonskartlegging, basert på dokumenter og erfaringer fra personer som har deltatt i tidligere faser av arbeidet med de aktuelle samhandlingsløsningene og med målbildet for helhetlig samhandling.

I forprosjektet for steg 1 i utviklingsretningen for samhandling, ble det gjennomført en omfattende markedsdialog for å innhente oppdatert informasjon om leverandørers produkter og markedsstrategier. Denne markedsdialogen har man trukket veksler på også for steg 2. Dialogen ble gjennomført både i form av åpne leverandørmøter og en rekke møter med enkeltleverandører. En-til-en-møter ble gjennomført med alle leverandører som var villig til dette, totalt 21 leverandører. Det har også vært flere møter med representanter for leverandørmarkedet i forbindelse med gjennomføringen av forprosjektet for steg 2.

## 10 Referanser

1. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Tildelingsbrev til Direktoratet for e-helse for 2021. 18. desember 2021.
2. **Finansdepartementet.** *Statens prosjektmodell - Krav til utredning, planlegging og kvalitetssikring av store investeringsprosjekter i staten.* 2019.
3. —. *Veileder nr. 7 Kontraktstrategi.* s.l. : Finansdepartementet, 2008.
4. **Direktoratet for e-helse.** *Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* s.l. : Direktoratet for e-helse, 2018.
5. —. Referansekatalogen for e-helse. <https://www.ehelse.no/standardisering/om-standardisering/referansekatalogen-for-e-helse>. [Internett]
6. **Nærings- og fiskeridepartementet.** *Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester.* 2019.
7. **DAMVAD og Samfunnsøkonomisk analyse.** *Dimensjonering av avansert IKT-kompetanse.* s.l. : DAMVAD, 2014.
8. **Samfunnsøkonomisk analyse AS.** *Norges behov for IKT-kompetanse i dag og framover.* 2021.
9. **International Data Corporation (IDC).** *Market analysis report: Worldwide integration software, 2021.* s.l. : IDC, 2021.
10. **Nasjonal sikkerhetsmyndighet.** *Sikkerhetsfaglige anbefalinger ved tjenesteutsetting.* 2018.
11. **Norsk helsenett SF.** *Skystrategi- målbilde og veikart for bruk av skytjenester.* 2020.
12. **Direktoratet for forvaltning og økonomistyring.** Åpen og begrenset anbudskonkurranse. *Anskaffelser.no.* [Internett] 2021. <https://anskaffelser.no/avtaler-og-regelverk/anskaffelsesprosedyrer/anbudskonkurranse-åpen-og-begrenset>.
13. —. Konkurransen med forhandling. *Anskaffelser.no.* [Internett] 2021. <https://anskaffelser.no/avtaler-og-regelverk/anskaffelsesprosedyrer/konkurranse-med-forhandlinger>.
14. —. Konkurransen preget dialog. *Anskaffelser.no.* [Internett] 2021. <https://anskaffelser.no/avtaler-og-regelverk/anskaffelsesprosedyrer/konkurransepreget-dialog>.
15. —. Innovasjonspartnerskap. *Anskaffelser.no.* [Internett] 2021. <https://anskaffelser.no/avtaler-og-regelverk/anskaffelsesprosedyrer/innovasjonspartnerskap>.
16. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger - én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.
17. —. *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.* 01 07 2013.
18. **Statistisk sentralbyrå.** *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere.* 14 08 2017. ISBN 978-82-537-9591-1.

19. **Helse- og omsorgsdepartementet.** *Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.* Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet, 2012.

20. **Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet.** *Utredning av «Én innbygger – én journal».* Sammendrag. Oslo : Helsedirektoratet, 2015.

21. **Kommunal- og moderniseringsdepartementet.** *Meld. St. 27 (2015–2016) Digital Agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet.* Oslo : Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016.

22. **Direktoratet for e-helse.** *Én innbygger - én journal, Konseptvalgutredning, Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.* 2018.

23. **Helsedirektoratet.** *Digital behandlings- og egenbehandlingsplan – Innholds- og løsningsbeskrivelse. Rapport fra planleggingsfasen.* s.l. : Helsedirektoratet, 2021.

24. **Finansdepartementet.** *Digitaliseringsprosjekter i statens prosjektmodell.* s.l. : Finansdepartementet, 2020.

25. **International Data Corporation (IDC).** *Worldwide Integration and API Management Software Market Shares, 2020: Cloud Vendors Rapidly Rising.* s.l. : IDC, 2021.

 Direktoratet for e-helse

**Besøksadresse**

Verkstedveien 1  
0277 Oslo

**Kontakt**

[postmottak@ehelse.no](mailto:postmottak@ehelse.no)