



Direktoratet for
e-helse

«Én innbygger – én journal»

Vurdering av Helseplattformen i Midt-Norge som startpunkt i den nasjonale utviklingsretningen mot realisering av målbildet i «Én innbygger – én journal»

[Rapportnummer]



Kolofon

Publikasjonens tittel:

Vurdering av Helseplattformen i Midt-Norge som startpunkt i den nasjonale utviklingsretningen mot realisering av målbildet i «En innbygger – én journal»

Utgitt:

Juni 2016

Publikasjonsnummer:

[Sett inn nummer her]

Utgitt av:

Direktoratet for e-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130 OSLO

Besøksadresse:

Verkstedveien 1, 0277 Oslo

Tlf.: 21 49 50 70

www.ehelse.no

Rapporten kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Sammendrag

I januar 2016 overleverte Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse sin innstilling til Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan målet om «Én innbygger – én journal» bør realiseres, jf. Meld. St. 9 (2012-2013). Innstillingen er at en felles, nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten bør være målbildet, og at en felles, nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester bør være startpunktet for utviklingsretningen.

Helse Midt-Norge RHF og samarbeidende kommuner i region Midt-Norge ønsker å realisere en regional fellesløsning for PAS/EPJ. Arbeidet er organisert i programmet Helseplattformen med plan om å gjennomføre en anskaffelse i perioden 2016-2018 og realisere første trinn av innføringen i 2021.

I forbindelse med sin oppfølging av utredningen har Helse- og omsorgsdepartementet bedt Direktoratet for e-helse å vurdere om pågående arbeid i Midt-Norge bør være et startpunkt i den nasjonale utviklingsretningen for «Én innbygger – én journal» (jf. oppdragsbrev fra 1. mars og 28. april 2016). Saken har vært diskutert i Nasjonalt e-helsestyre i møte 14. april og 6. juni 2016.

Denne rapporten er svar på oppdragene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Merk at rapporten *ikke* innebærer en revurdering anbefalingen fra utredning av «Én innbygger – én journal». Rapporten vurderer hvordan og hvorvidt Helseplattformen i region Midt-Norge kan være en del av gjennomføringsstrategien for realisering av «Én innbygger – én journal» og det anbefalte startpunktet i kommunesektoren.

Direktoratet for e-helse står ved sin anbefaling fra utredningen av «Én innbygger – én journal». Med hensyn til gjennomføringsstrategi så vurderer vi at Helseplattformen i Midt-Norge gir en mulighet for tidligere verifisering av det nasjonale målbilde, samt etablering av et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlegene. En kritisk forutsetning for å lykkes med denne tilnærmingen er forsering og etablering av et nasjonalt prosjekt som fra høsten 2016 skal planlegge gjennomføring av det anbefalte startpunktet innen kommunale helse- og omsorgstjenester og sikre den nasjonale utviklingsretningen i tråd med anbefalingen i utredningen av «Én innbygger – én journal». Det nasjonale planleggingsprosjektet må sikres nødvendig finansiering nasjonalt fra 2017. Prosjektet skal samarbeide med og utøve nasjonal innflytelse på vurderinger og valg i Helseplattformen, samt vurdere hvordan en felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester skal innføres i de andre spesialisthelsetjenesteregionene.

Det nasjonale planleggingsprosjektet skal på selvstendig grunnlag vurdere behov og realisering av felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste – i tråd med anbefalingene i utredning av «Én innbygger – én journal» og basert på erfaringer fra Helseplattformen. En felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste stiller krav til at det etableres en nasjonal kommunal styringsmodell. Det er risiko knyttet til tilgjengelig kapasitet og kompetanse og det er behov for nasjonal finansiering for å gjennomføre et slikt initiativ. Gjennomføringen krever aktiv deltakelse fra spesialisthelsetjenesten, både i forhold til den nasjonale løsningen for kommunene og for å sikre en best mulig samhandlingsløsning mellom den nasjonale løsningen for kommunene og de regionale løsningene i spesialisthelsetjenesten.

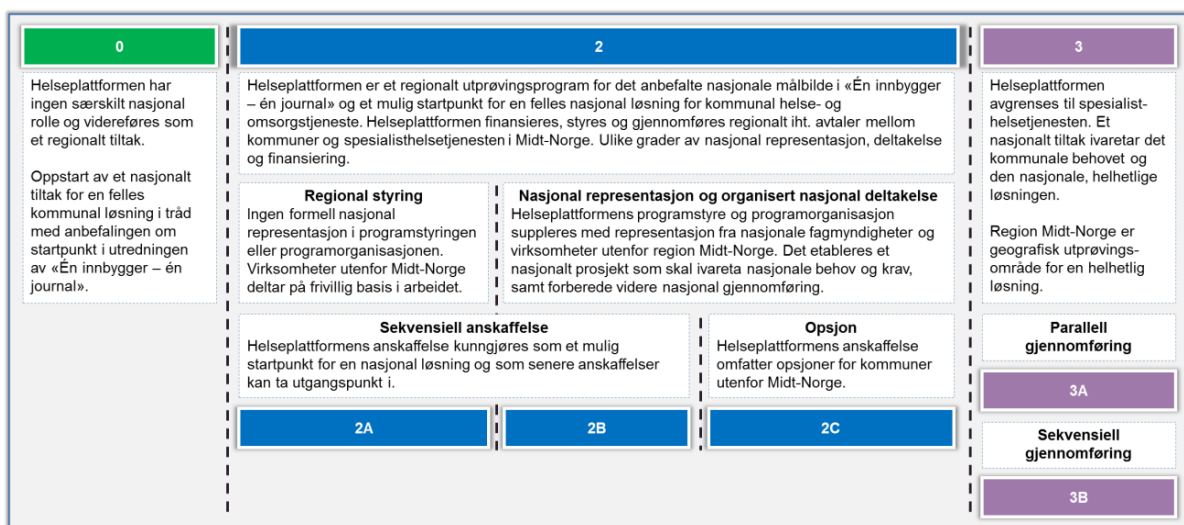
Direktoratet for e-helse anbefaler at Helse Midt-Norge RHF gjennom programmet Helseplattformen får i oppdrag å være et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbilde i «Én innbygger – én journal» og et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Målene som ligger til grunn for Direktoratet for e-helse sin anbefaling er raskest mulig realisering av det nasjonale målbildet, god ressursutnyttelse og lavest mulig risiko.

Programmet Helseplattformen i region Midt-Norge bør finansieres, styres og gjennomføres i henhold til avtaler og fullmakter inngått mellom selvstendige virksomheter i Midt-Norge. Helseplattformen har bestemmende innflytelse i styringen og besluttende myndighet i anskaffelsen. Helseplattformen skal inkludere nasjonal representasjon i programstyret og sikre nasjonal deltakelse og innflytelse i planlegging, gjennomføring og i faglige vurderinger av tema som kan ha betydning for den nasjonale utviklingsretningen. Helseplattformens anskaffelse skal begrenses til virksomhetene i Midt-Norge, men skal gjennom regulering ta høyde for at senere anskaffelser kan ta utgangspunkt i og bygge på Helseplattformens anskaffelse. Det nasjonale

planleggingsprosjektet har ansvar for å planlegge videre nasjonal gjennomføring og etableres under ledelse av Direktoratet for e-helse og i tett samarbeid med kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten, øvrige nasjonale fagmyndigheter og pasient-/brukerorganisasjoner. Det bør etableres en egen styringsgruppe for det nasjonale planleggingsprosjektet og sentrale strategiske problemstillinger bør behandles i Nasjonalt e-helsestyre.

Helseplattformen er et stort tiltak og på nåværende tidspunkt vurderes tiltaket i sin helhet å ha høy risiko med stor sannsynlighet for endring i tidsplan og justering av omfang. Det nasjonale oppdraget stiller ytterligere krav til styring. Felles planlegging, godt samarbeid og koordinering mellom Helseplattformen og det nasjonale planleggingsprosjektet kan bidra til å ta ned risikoen i Helseplattformen og øke sannsynligheten for at Helseplattformen blir et sentralt steg i den nasjonale utviklingsretningen mot «En innbygger – én journal».

I denne rapporten vurderes tre alternative hovedmodeller for hvordan Helseplattformen i region Midt-Norge kan være et mulig startpunkt i den nasjonale utviklingen mot å realisere «En innbygger – én journal». Modellene er overordnet illustrert i figuren nedenfor. Modell 2 og 3 har henholdsvis tre og to modellvarianter med ulik tilnærming til styring, anskaffelse og tidspunkt for gjennomføring.



Direktoratet for e-helse sin anbefaling tilsvarer modell 2B i dette dokumentet. Modell 2A anbefales ikke fordi den vil gi et vesentlig dårligere grunnlag for videre nasjonal utvikling. Modell 2C anbefales ikke fordi den gir for høy risiko i Helseplattformens anskaffelse. Modell 3A anbefales ikke fordi den gir stor forsinkelse for Helseplattformen og spesielt Helse Midt-Norge RHF sitt behov for ny PAS/EPJ-løsning. Modell 3B anbefales ikke fordi den ikke gir samme mulighet til å verifisere det nasjonale målbildet og dårligere grunnlag for god ressursutnyttelse. Modell 0 gir minst grunnlag for videre nasjonal utvikling og kan føre til et vesentlig frafall av kommuner i region Midt-Norge og dermed redusert mulighet til å etablere en helhetlig løsning på tvers av kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste.

En beslutning fra Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med Direktoratet for e-helse sin anbefaling, legger føringer og forutsetninger for videre arbeid. Det må konkretiseres og etableres en styrings- og samarbeidsmodell mellom det nasjonale planleggingsprosjektet og Helseplattformen. Det må etableres et nasjonalt planleggingsprosjekt i samarbeid med kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. I tillegg må det etableres felles planlegging mellom nasjonalt planleggingsprosjekt og Helseplattformen, samt felles arbeid knyttet til kunngjøring av Helseplattformens anskaffelse og 1. versjon av konkurransegrunnlag. Foreløpig vurdering fra Direktoratet for e-helse er at det kan være mulig å holde fast på Helseplattformens planlagte kunngjøringsdato, forutsatt at sentrale aktører i sektoren ikke har større innsigelser. Helseplattformen bør foreløpig påregne en forsinkelse på 3-6 måneder for 1. versjon av konkurransegrunnlag, opprinnelig planlagt i november 2016.

Det nasjonale planleggingsprosjektet kan ikke alene bære ansvaret for og oppgaven med å realisere utviklingsretning og målbilde. Helseplattformen i region Midt-Norge, pågående store tiltak i de tre andre spesialisthelsetjenesteregionene for utvikling av neste generasjons EPJ/PAS, samt EPJ/PAS-investeringer og øvrige digitaliseringsprosjekter i kommunene er alle vesentlige for hvordan og når «En innbygger – én journal» kan realiseres. Realisering av «En innbygger – én journal» forutsetter nasjonal styring som stiller tydelige føringer og krav for IKT-utviklingen i virksomhetene.

Innhold

1	BAKGRUNN	6
1.1	HELSEPLATTFORMENS ANSKAFFELSESPROCESS.....	7
2	STRATEGISK KONTEKST	10
3	BESKRIVELSE AV ALTERNATIVE MODELLER	12
3.1	NASJONAL STYRINGSMODELL OG INVOLVERING.....	15
4	VURDERING AV ALTERNATIVE MODELLER.....	20
4.1	SENTRALE KONSEKVENSER	20
4.2	VURDERING OPP MOT SENTRALE FAKTORER	21
4.3	SAMLET VURDERING.....	42
5	ANBEFALING.....	44
5.1	BEHANDLING I NASJONALT E-HELSESTYRE 6. JUNI 2016	45
6	VEDLEGG 1: FORDELER OG ULEMPER VED ALTERNATIVE MODELLER	46
7	VEDLEGG 2: REGULERING AV SEKVENSIELLE ANSKAFFELSER	50

1 Bakgrunn

5. januar 2016 overleverte Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse sin innstilling til Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan målet om «En innbygger – én journal» bør realiseres, jf. Meld. St. nr. 9 (2012-2013). Innstillingen bygget på et omfattende arbeid med bred sektorinvolvering og behandling i en styringsgruppe med virksomhetsledere fra spesialisthelsetjenesten, KS og kommuner, pasient- og brukerforeninger, nasjonale helsemyndigheter og Norsk Helsenett. Innstillingen er at en felles, nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten bør være målbildet og utviklingsretning, og at en felles, nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester bør være startpunktet for utviklingsretningen.

Merk at denne rapporten ikke innebærer en revurdering av det anbefalte målbilde eller de konseptalternativene som ble vurdert i utredning av «En innbygger – én journal». Rapporten vurderer *hvordan* Helseplattformen i region Midt-Norge kan være en del av gjennomføringsstrategien for realisering av «En innbygger – én journal» og det anbefalte startpunktet i kommunesektoren.

Helse Midt-Norge RHF og samarbeidende kommuner i region Midt-Norge ønsker å realisere en regional fellesløsning for PAS/EPJ. Arbeidet er organisert i programmet Helseplattformen med plan om å gjennomføre en anskaffelse i perioden 2016-2018 og realisere første trinn av innføringen i 2021. Denne kjøpsavtalen kan øvrige kommuner i Midt-Norge tiltre gjennom å utøve opsjon. Per i dag har Helse Midt-Norge RHF en samarbeidsavtale med 28 kommuner og fullmakter fra ytterligere 53 kommuner. For Trondheim kommune er det et mål å få på plass en sterkere forpliktelse enn ovennevnte samarbeidsavtale gir. Dette vil innebære at Trondheim kommune deltar i og forhandler frem en felles kjøpsavtale med Helse Midt-Norge RHF.

I utgangspunktet innebærer Helseplattformen etablering av en regional fellesløsning for pasientadministrasjon og dokumentasjon av helsehjelp på tvers av kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlegene, og spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialistene. I et nasjonalt perspektiv tilsvarer dette et konseptalternativ som ble forkastet i utredningen pga. lavere samfunnsøkonomisk nytte.¹ Behovene, kravene og effektene som Midt-Norge ønsker å oppnå gjennom Helseplattformen er likevel i tråd med det anbefalte langsiktige nasjonale målbildet foreslått i utredningen. Tiltaket i Midt-Norge representerer derfor en mulighet for en begrenset geografisk utprøving av det langsiktige nasjonale målbildet og et mulig startpunkt for en nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester. Helseplattformen kan eventuelt også skape et nytt mulighetsrom for de andre regionale helseforetakene.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og etter behandling i Nasjonalt e-helsestyre (sak 13/16, 14. april 2016), har Direktoratet for e-helse tidligere konkludert med at det er grunnlag for å vurdere Helseplattformen som et startpunkt i den nasjonale utviklingsretningen mot «En innbygger – én journal» og som et mulig startpunkt for utviklingen av en nasjonal løsning for kommunene. En foreløpig versjon av dette dokumentet var underlag for en ny behandling i Nasjonalt e-helsestyre 6. juni 2016 (sak 23/16). Dokumentet utgjør nå Direktoratet for e-helse sin anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet.

Vurderingen er gjennomført i perioden 15. april–31. mai 2016. Det er i denne perioden gjennomført to bilaterale møter med representanter fra et utvalg kommuner og KS, samt en fastlegerepresentant (3. og 18. mai). Det er gjennomført et sektormøte (12. mai) hvor det i tillegg til kommunerepresentantene, var representanter fra alle regionale helseforetak, Nasjonal IKT, Kreftforeningen, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Arbeidet ble også tatt inn som en ekstraordinær sak i NUIT-møtet 25. mai hvor det, i tillegg til de faste NUIT-medlemmene, var representanter som allerede hadde deltatt på de bilaterale møtene og/eller sektormøtet.

¹ Helseplattformen tilsvarer konseptalternativ 3 i utredning av «En innbygger – én journal» hvor en regional fellesløsning etableres gjennom en ny løsning (nyanskaffelse). Konseptalternativ 4 innebærer at en regional fellesløsning etableres med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens eksisterende løsning (gjenbruk). Den samfunnsøkonomiske analysen var knyttet til konseptalternativ 4.

1.1 Helseplattformens anskaffelsesprosess

Helseplattformens tidsplan for anskaffelse (2016-2018) og anskaffelsesstrategi er vesentlig i utarbeidelsen og vurderingen av ulike alternativer for hvordan Helseplattformen kan være en del av den nasjonale utviklingsretningen. Nedenfor gis det derfor en introduksjon til Helseplattformens planlagte anskaffelse.

Helseplattformen planlegges gjennomført ved bruk av anskaffelsesprosedyren konkurransepreget dialog. Denne prosedyren er særlig egnet ved komplekse teknologianskaffelser fordi den gjør det mulig å ferdigstille konkurransegrunnlaget i dialog med leverandørmarkedet, og dermed sikre et bedre forhold mellom behov og mulighetsrom. Under dialogen kan oppdragsgiver (Helseplattformen) drøfte alle aspekter ved anskaffelsen med tilbyderne.

Anskaffelsen innledes med kunngjøring av prekvalifisering til konkurransen. Kunngjøringen fastsetter de ytre rammene for anskaffelsen mht. hva som skal anskaffes og hvem som skal anskaffe. Tilbydere skal, basert på omfangsbeskrivelsen, kunne ta stilling til om de ønsker å delta. Endringer av det ytre omfanget etter kunngjøring må ikke være vesentlige.

De leverandørene som oppfyller Helseplattformens krav til økonomisk stilling, kapasitet og kompetanse inviteres til å delta i dialogen og mottar 1. versjon av konkurransegrunnlaget. Både merkantile deler av konkurransegrunnlaget og spesifikasjonen av leveransen vil på dette tidspunktet preges av krav som er åpne og søkende etter løsninger, og vil ikke diktere bestemte resultat. For å redusere tids- og ressursbruk, som ellers er en innvending mot denne anskaffelsesformen, søkes det samtidig å avgrense områdene for dialog til der behovet for dialog er klart identifisert, samt en relativt høy grad av modenhet i egen forståelse og evne til å beskrive og kommunisere dialoggrunnlaget.

Før første versjon av tilbudene/løsningsforslagene mottas, tas det sikte på å fastsette evalueringsmodellen som tilbudene, underveis og til slutt, skal evalueres og rangeres etter. Selve hovedkriteriene for tildeling vil fremkomme av det første konkurransegrunnlaget som sendes ut.

Deretter starter en iterativ prosess med leverandørene der det gjennomføres dialogmøter med avklaringer knyttet til alle deler av tilbudet/løsningsforslaget, og løpende oppdatering av kravspesifikasjonen. Dialogrundene munner ut i et endelig konkurransegrunnlag som tilbyderne gir et endelig tilbud på. Leverandøren som, basert på tildelingskriteriene, evalueres til å ha gitt det beste tilbudet, blir tildelt kontrakt. Det vil bli gjennomført flere nedvalg, der leverandører som ikke kan nå opp i konkurransen ikke får delta i videre dialog og således ikke får levere endelig tilbud. Dette vil både sette press på leverandørene i forhandlingene og redusere ressursbruken i prosessen.

For hver dialogrunde oppdateres konkurransegrunnlaget i henhold til status i dialogen på dette tidspunkt. Det reviderte konkurransegrunnlaget distribueres som basis for oppdatert tilbud/løsningsforslag fra gjenstående leverandører og neste dialogrunde.

Omfanget av absolutte minimumskrav søkes holdt lavt slik at det sikres god fleksibilitet så lenge som mulig i prosessen. I de avsluttende fasene vil det bli gjennomført et prøvetilbud for å sikre at forståelsen av at dialogen er moden nok til å avsluttes før det mottas endelige tilbud som det iht. regelverket for denne konkurranseformen ikke kan forhandles videre på.

Tabellen nedenfor oppsummerer sentrale aktiviteter i anskaffelsesprosessen.

Milepæl/fase	Omfang/aktiviteter	Sentrale forhold/beslutninger
Kunngjøring av konkurransen	Prekvalifiseringsdokumenter på ca. 30-50 sider	Stiller de minstekrav som leverandørene må oppfylle av kvalifikasjoner mht. kompetanse, kapasitet og økonomisk stilling. Fastlegger overordnet omfang og deltakere i konkurransen, dvs. endringer etter dette tidspunktet av omfang må ikke være vesentlige. Søker å gjøre anskaffelsen attraktiv for leverandørmarkedet og legge til rette for god konkurranse.
Utsending av 1. versjon av konkurransegrunnlag («beskrivende dokumenter») til prekvalifiserte leverandører	Utarbeide konkurransegrunnlag anslagsvis på ca. 500-700 sider (konkurranseregler, overordnede behovsbeskrivelser, evt. minstekrav og merkantile kontraktsdokumenter).	Vil i stor grad omfatte sentrale basiskrav/krav som følger av obligatoriske eller anerkjente standarder, og for øvrig være åpne og beskrivende krav som grunnlag for å få nærmere informasjon om hva leverandørene kan tilby som grunnlag for dialog. Merkantile dokumenter tar utgangspunkt i Statens standardavtaler. Tildelingskriterier må besluttet, vektet, og fremgå av konkurransegrunnlaget. Tildelingskriteriene kan ikke endres vesentlig etter dette punkt.
Fastsettelse av evalueringsmodell med vektete underkriterier	Prinsipiell diskusjon og beslutning av underkriterier, samt vektning av disse. Forberede modell/verktøy for gjennomføring av evaluering. Gjennomføre simuleringer.	Vekting av forholdet mellom ulike deler av ytelsen, herunder spesialisthelsetjenestens krav vs. kommunekrav, vekt av opsjoner, samt betydningen samhandling med eksisterende system i andre helseregioner eventuelt skal ha.
Dialogrunder med leverandører og utsending av oppdaterte konkurransegrunnlag og kravspesifikasjoner til disse	Gjennomgang av mottatte tilbud fra gjenstående leverandører, og forberedelse og gjennomføring av dialog basert på disse. Konkurransedokumentene oppdateres løpende. Fulle nye versjoner av de beskrivende dokumentene distribueres for hver dialogrunde.	Det gjennomføres fra 2-5 dialogrunder avhengig av hvor mange leverandører som prekvalifiseres. Det gjennomføres flere nedvalg av leverandører før dialogen avsluttes og gjenstående leverandører kan gi endelig tilbud.
Innhenting av «prøvetilbud»	Gjennomgang av prøvetilbudene som kommer inn.	Tiltak for å unngå problemer ved at det ikke kan forhandles om innholdet i endelige tilbud. Avsjekker at tilbydere har forstått og at det er riktig tidspunkt å avslutte dialogen.
Utsending av endelig konkurransegrunnlag som gjenværende leverandører skal levere endelig tilbud på bakgrunn av	Gjennomgang av endelige tilbud og evaluering iht. evalueringsmodell.	Det er først på dette tidspunktet endelige krav ferdigstilles og låses som grunnlag for tilbud. Dette vil være ca. 1,5 år etter at første konkurransegrunnlag sendes ut.
Ev. presiseringer av valgte leverandørs tilbud	Avklaringsdialog med leverandører som har levert tilbud.	Skal forstås strengt og kan ikke brukes til å forhandle.
Kontraktsinngåelse		Kontrakt inngås etter at karenstid er utløpt.

Tabell 1 Sentrale aktiviteter i anskaffelsesprosessen

Som det fremkommer er dette en konkurranseform som gir mulighet til å skyve sentrale beslutninger ut i tid slik at det er mulighet til å gjennomføre grundige vurderinger og avklaringer underveis i prosessen.

Figuren nedenfor illustrerer Helseplattformens foreløpig planlagte tidslinje og prosess, per mai 2016, med kunngjøring medio august 2016, og 1. versjon av konkurransegrunnlaget i november 2016. Helseplattformens opprinnelige tidsplan var at kunngjøring av anskaffelsen skulle skje i mars 2016 og at 1. versjon av konkurransegrunnlag skulle publiseres innen juli 2016.



Figur 1.1 Helseplattformens foreløpig planlagte tidslinje og prosess

2 Strategisk kontekst

Realiseringen av «Én innbygger – én journal» er omfattende og vil gå over mange år. Tidsperspektivet og målomfanget var vesentlig da utredningen konkluderte med å anbefale en utviklingsretning og et langsiktig mål bilde om en felles, nasjonal løsning for helse- og omsorgstjenesten. I de 7-10 årene som det vil ta å etablere en helhetlig løsning, vil helse- og omsorgssektoren gjennomgå mange endringer og ny teknologi vil gi nye muligheter. Risikoen knyttet til å realisere det endelige målbildet, illustrert gjennom konseptalternativ 8, ble vurdert som høy. I sammenheng med store, pågående tiltak i spesialisthelsetjenesten ble anbefalingen derfor å sette startpunktet i kommunesektoren. Forutsetningen var et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Anbefalingen fra utredning av «Én innbygger – én journal» er til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet. Foreløpig tilbakemelding på målbildet og utviklingsretning er positiv. Utgangspunktet er at et eventuelt nasjonalt planleggingsprosjekt kan, forutsatt finansiering, starte i 2018.

For å sikre fortsatt tillit til helse- og omsorgstjenesten og sørge for at den norske modellen for helse- og omsorgstjenester er robust for fremtiden, må kvaliteten og ressursutnyttelsen i tjenestene være god, helsetjenestene likeverdig tilbudt befolkningen og hensynet til brukernes ønsker om tilgjengelighet og medvirkning ivaretas. Det helsepolitiske ambisjonsnivået for pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten som er kommunisert i stortingsmeldinger de siste årene (Meld. St. 10 og 29 (2012-2013), Meld. St. 19, 26 og 28 (2014-2015) og Meld. St. 11 (2015-2016)) forutsetter høy grad av realisering av målene i Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.

Regjeringen har i Meld. St. 27 (2015-2016) (Digital agenda for Norge — IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet) satt som mål å bruke digitalisering for å oppnå en mer brukerrettet og effektiv offentlig forvaltning. Regjeringen vil øke bruken av felles IKT-løsninger på tvers av aktørene og nivåene i helse- og omsorgssektoren. Styrings- og finansieringsmodeller som kan understøtte utviklingen skal prøves ut. Det er viktig at både kommunene og helseforetakene bygger opp kompetanse og får erfaring med statlig-kommunalt samarbeid og styringsmodeller. Regjeringen vil ha sterkere styring og samordning der oppgaveutførelsen involverer flere virksomheter eller går på tvers av forvaltningsnivåer eller sektorer. For oppgaver som løses på tvers av statlig og kommunal sektor skal de statlige virksomhetene ta et større ansvar for at det utvikles helhetlige digitale løsninger som også kommunesektoren kan benytte.

De økonomiske rammebetingelsene har endret seg og nye behov må i større grad løses stegvis og innenfor eksisterende økonomiske rammer, i samarbeid mellom flere virksomheter og gjennom mer aktiv bruk av markedet.

Kommunereformen og eventuell ny styringsmodell og struktur for spesialisthelsetjenesten kan øke behovet for mer koordinering, samarbeid og felles løsninger mellom virksomhetene.

Store ambisjoner, gjennomføringsrisiko, forventede strukturelle endringer og kontinuerlig teknologiutvikling bør ikke overskygge behovet for tiltak, men legges til grunn i utforming av gjennomføringsstrategi, styring, organisering og finansiering. Utredningens behovsanalyse bekreftet et stort behov blant pasienter, brukere og helsepersonell, og en sterk tilslutning til ambisjonen i Meld. St.nr. 9 (2012-2013). Eksisterende IKT-løsninger for dokumentasjon av helsehjelp og pasientadministrasjon vil ikke oppfylle ambisjonen om «Én innbygger – én journal». Dagens fragmenterte systemlandskap og funksjonalitet er en risiko for pasientsikkerhet og kvalitet, begrenser organisatorisk fleksibilitet og er et hinder for realisering av helsepolitiske mål om pasienten i sentrum, helhetlige pasientforløp og bedre ressursutnyttelse. Behovet er spesielt stort innen kommunale helse- og omsorgstjenester hvor mange løsninger ikke oppfyller eksisterende krav og behov. Situasjonen i kommunesektoren er spesielt krevende fordi det er få eller ingen leverandører som kan levere tilfredsstillende løsninger og det er få kommuner som selvstendig har ressurser til å gjennomføre et løft til neste generasjons løsning.

Helseplattformen i region Midt-Norge har over lengre tid utviklet et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner i regionen. Resultatet er en felles ambisjon om en helhetlig PAS/EPJ-løsning som overordnet fremstår å være i tråd med det nasjonale målbildet fra utredning «Én innbygger – én journal». Ett tiltak eller program kan ikke alene bære ansvaret for og oppgaven med å realisere utviklingsretning og mål bilde. Tiltaket er ikke «et IKT-prosjekt», men omfatter virksomhetsutvikling, endring av styringsmodeller, nye arbeidsprosesser og rutiner og helsefaglig standardisering. Helseplattformen i region Midt-Norge, pågående store tiltak i de tre andre

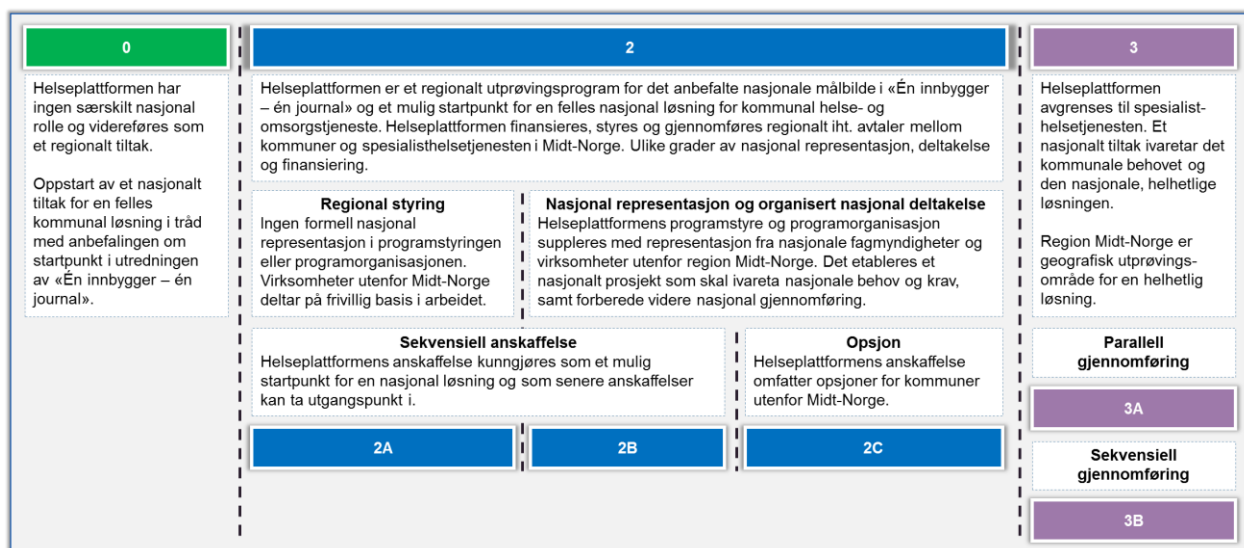
spesialisthelsetjenesteregionene for utvikling av neste generasjons EPJ/PAS, samt EPJ/PAS-investeringer og øvrige digitaliseringsprosjekter i kommunene er alle vesentlige for hvordan og når «Én innbygger – én journal» kan realiseres. Realisering av «Én innbygger – én journal» forutsetter nasjonal styring som stiller tydelige føringer og krav for IKT-utviklingen i virksomhetene.

3 Beskrivelse av alternative modeller

Dette kapitlet beskriver alternative modeller for hvordan Helseplattformen i region Midt-Norge kan være et mulig startpunkt i den nasjonale utviklingsretningen for realisering av målbildet for «Én innbygger – én journal».

Figuren nedenfor viser de seks alternative modellene som er vurdert (0, 2A, 2B, 2C, 3A og 3B) og hvilke sentrale forutsetninger som ligger til grunn for hver modell².

Modell 0 innebærer å fortsette som i dag hvor Helseplattformen i region Midt-Norge videreføres som et regionalt prosjekt, og hvor et nasjonalt tiltak iverksettes i parallell for en felles kommunal løsning i tråd med anbefalingen om startpunkt i utredning av «Én innbygger – én journal». I modell 2 (A, B og C) får Helseplattformen en rolle som et regionalt utprøvningsprogram i den nasjonale utviklingsretningen med ulike alternativer for nasjonal deltakelse i programmet, samt ulike innretninger av anskaffelsen. I modell 3 (A og B) avgrenses Helseplattformen til spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge og region Midt-Norge pekes ut som et geografisk utprøvningsområde for den helhetlige løsningen, jf. målbildet i utredning av «Én innbygger – én journal».



Figur 3.1 Oppsummering av alternative modeller

Videre følger en beskrivelse av modellene. Styring og nasjonal deltakelse i Helseplattformen er vesentlig i vurderingen og beskrives særskilt i kapittel 3.1.

² Modellene 1 og 4 fra Direktoratet for e-helse sin vurdering sendt til Helse- og omsorgsdepartementet 18. april 2016 er ikke utredet nærmere i lys av tilleggsoppdrag fra Nasjonalt e-helsestyre og Helse- og omsorgsdepartementet. Elementer fra modell 1 er tatt inn i modell 2A.

Modell 0

Modell 0 innebærer en gjennomføring av Helseplattformen som planlagt per februar 2016. Helseplattformen er et regionalt tiltak basert på samarbeidsavtaler og fullmakter mellom Helse Midt-Norge RHF og kommuner i Midt-Norge. Tiltaket har ingen særskilt nasjonal rolle, men skiller seg fra tilsvarende tiltak i de tre andre helseregionene ved at kommuner inngår i anskaffelsen og at det skal realiseres gevinster knyttet til samhandling mellom kommuner, fastleger og spesialisthelsetjenesten. Helseplattformen iverksetter sin anskaffelse senest medio august 2016.

Helseplattformen finansieres og styres regionalt. Nasjonale myndigheter og virksomheter utenfor regionen er ikke formelt representert i styringen eller gjennomføringen av tiltaket.

Planleggingsprosjektet for et nasjonalt tiltak for en felles kommunal løsning i tråd med anbefalingen om startpunkt i utredningen av «En innbygger – én journal» kan, forutsatt finansiering, skje fra 2018, med mulig oppstart av anskaffelse i 2020. Forutsatt høyere prioritering kan noe planlegging skje allerede fra 2016/2017.

Tabell 2 Beskrivelse av modell 0

Modell 2

I modell 2 får Helseplattformen i oppgave å være et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet i «En innbygger – én journal» og et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Gjennom Helseplattformen vil det nasjonale målbildet kunne verifiseres og Helseplattformens anskaffelse benyttes for å skape et mulighetsrom for videre nasjonal utvikling.

Helseplattformen finansieres, styres og gjennomføres regionalt iht. avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge og med ulik grad av nasjonal representasjon, deltakelse og finansiering. Helseplattformen har bestemmende innflytelse i styringen og besluttede myndighet i anskaffelsen.

Det er identifisert tre ulike varianter av modell 2 (A, B og C) og de skiller seg fra hverandre på tre sentrale punkt:

- Hvorvidt det er nasjonal representasjon i Helseplattformens programstyre og organisert nasjonal deltagelse i Helseplattformens gjennomføring med formål om å ivareta nasjonale behov og krav (modellene 2B og 2C)
- Hvorvidt det etableres et nasjonalt prosjekt i parallell som også skal planlegge videre nasjonal gjennomføring (modellene 2B og 2C)
- Hvordan Helseplattformens anskaffelse innrettes for å være et mulig startpunkt for videre nasjonal utvikling.

Mulig nasjonal representasjon i Helseplattformens styring og gjennomføring, samt innretning av det nasjonale prosjektet beskrives i kapittel 3.1.2.

Med hensyn til innretning av Helseplattformens anskaffelse for videre nasjonal utvikling er det identifisert to alternativer; sekvensielle anskaffelser og opsjoner.

Sekvensielle anskaffelser

I modeller med sekvensielle anskaffelser (2A og 2B) gjennomfører Helseplattformen en anskaffelse med fast forpliktelse for Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune. De øvrige kommunene i Midt-Norge inngår med opsjoner, dvs. at de har en rett, men ikke en plikt til å inngå avtaler under Helseplattformens anskaffelse. Virksomheter utenfor Midt-Norge, henholdsvis kommuner og spesialisthelsetjenesten, kan gjennomføre sekvensielle anskaffelser basert på Helseplattformens anskaffelse og erfaringer fra gjennomføringsprosjektet.

Muligheten for sekvensielle anskaffelser etableres ved at Helseplattformens anskaffelse kunngjøres med tekst som varsler leverandørmarkedet om at anskaffelsen har en nasjonal innretning og at senere anskaffelser kan ta utgangspunkt i, eller bygge på Helseplattformens anskaffelse og resultatet av denne. Eksempel på mulig kunngjøringstekst er gitt i kapittel 7, Vedlegg 2.

I sekvensielle anskaffelser tas det utgangspunkt i Helseplattformens endelige konkurransegrunnlag, eventuelt med nødvendige tilpasninger som finnes hensiktsmessige og er forenlige med målbildet, og med koblinger til forrige anskaffelse slik at sannsynligheten for en helhetlig, nasjonal løsning øker. Det finnes flere typer tildelingskriterier som kan være aktuelle å bruke som koblinger, for eksempel:

- Krav til samhandling eller interoperabilitet mellom systemene
- Potensiale for senere etablering av felles driftstjenester og uthenting av synergier og stordriftsfordeler
- Fordeler, både økonomiske, administrative og behandlingsmessige, hos andre kommuner eller i spesialisthelsetjenesten ved å ha felles system.

Merk at selv om sekvensielle anskaffelser tar utgangspunkt i Helseplattformen, så er de selvstendige anskaffelser

som kan få et annet utfall enn i Helseplattformen.

Opsjoner for kommuner utenfor Midt-Norge

Opsjoner gir den virksomhet som gjennomfører anskaffelsen (oppdragsgiver) en mulighet, men ikke en plikt, til å oppnå utvidelser av eller tillegg til løsningen. I modell 2C utvides Helseplattformens anskaffelse med opsjoner som gir mulighet for nasjonal utbredelse til kommuner utenfor region Midt-Norge. Øvrige kommuner utenfor Midt-Norge vil m.a.o. formelt inngå som part i anskaffelsen. I modell 2C er de tre andre spesialisthelsetjenesteregionene ikke omfattet av opsjoner. Spesialisthelsetjenesten kan eventuelt reguleres inn gjennom kunngjøring av mulig sekvensiell anskaffelse.

2A

I modell 2A etableres det et nasjonalt mulighetsrom gjennom Helseplattformens kunngjøring av sekvensielle anskaffelser, men forøvrig avventes nasjonal deltakelse og planleggingsprosjekt.

Helseplattformen finansieres, styres og gjennomføres regionalt i henhold til avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. I motsetning til modellene 2B og 2C er det ingen formell nasjonal representasjon i programstyringen eller programorganisasjonen til Helseplattformen. Virksomheter utenfor Midt-Norge deltar eventuelt på frivillig basis. Dokumentasjon og erfaringer fra Helseplattformen gjøres tilgjengelig for andre virksomheter når det er hensiktsmessig.

Helseplattformens anskaffelse iverksettes i tredje kvartal 2016. Et nasjonalt tiltak i tråd med anbefalingen i utredning av «En innbygger – én journal» avventes til erfaringer og evaluering av Helseplattformen er klar, dvs. tidligst i 2019 eventuelt etter første innføringsfase, tentativt 2021.

2B

I modell 2B etableres det et nasjonalt mulighetsrom gjennom Helseplattformens kunngjøring av sekvensielle anskaffelser. Det etableres et *parallelt nasjonalt planleggingsprosjekt i 2016* som skal planlegge en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste i tråd med anbefalingen i utredningen av «En innbygger – én journal», samt samarbeide med og utøve innflytelse på vurderinger og valg i Helseplattformen.

Helseplattformen finansieres, styres og gjennomføres regionalt i henhold til avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Helseplattformens programstyre og programorganisasjon suppleres med representasjon fra nasjonale fagmyndigheter og virksomheter utenfor region Midt-Norge og det etableres et parallelt nasjonalt prosjekt med deltakere fra kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Det nasjonale prosjektet ivaretar nasjonale behov og krav inn i Helseplattformen og planlegger en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste i tråd med anbefalingene i utredning av «En innbygger – én journal» og basert på erfaringer fra Helseplattformen.

Med hensyn til planlagt utstedelse av 1. versjon av konkurransegrunnlag i november 2016 så bør Helseplattformen påregne en utsettelse på om lag 3-6 måneder. Vurderingen er gjort uten innsyn i foreløpig versjon av konkurransegrunnlaget. Endelig konsekvens for Helseplattformens tidslinje kan først vurderes etter at 1. versjon av konkurransegrunnlag er gjennomgått med representanter fra det nasjonale planleggingsprosjektet. Den nasjonale deltakelsen i anskaffelsen vil sannsynligvis også innebære en noe lengre anskaffelsesfase, men denne bør begrenses mest mulig gjennom felles planlegging mellom Helseplattformen og det nasjonale prosjektet.

Modell 2B innebærer en forsering av det nasjonale prosjektet sammenlignet med modellene 0, 2A, 3A og 3B. Det nasjonale prosjektet må starte mobilisering sommeren 2016 slik at det kan gi innspill til og sikre minst mulig forsinkelse for Helseplattformen.

Det bør være en målsetning for det nasjonale prosjektet å samle flest mulig av kommunene utenfor Midt-Norge om én sekvensiell anskaffelse med bruk av opsjoner. Det er full transparens mellom anskaffelsesprosessene i Midt-Norge og nasjonalt planleggingsprosjekt slik at materialet gjøres tilgjengelig og kan gjenbrukes, og det kan trekkes på nøkkelressurser med erfaring fra Helseplattformen.

Det er for tidlig å si når en eventuell sekvensiell anskaffelse kan skje. Tidspunktet påvirkes av status og erfaringer i Helseplattformen, behov i andre virksomheter, samt status på den nasjonale planleggingen og finansieringen. Om Helseplattformens anskaffelse først skal være fullført så er første mulige tidspunkt for kunngjøring av sekvensiell anskaffelse i 2019. Om det først skal foreligge erfaring fra innføring av valgt løsning i Helseplattformen så er første mulige tidspunkt i 2021. Anskaffelsesprosessen i 2017/2018 og status på utviklingen mot neste generasjons PAS/EPJ i de tre andre spesialisthelsetjenesteregionene kan også gi erfaringer som krever ytterlige re-planlegging av det nasjonale målbildet og utviklingsretningen.

2C

I modell 2C etableres det et nasjonalt mulighetsrom for kommunene ved at Helseplattformens anskaffelse innrettes med opsjoner som gir mulighet for nasjonal utbredelse av kommuneløsningen utenfor Midt-Norge. Opsjonsmodellen omfatter ikke spesialisthelsetjenesten. Et mulighetsrom for spesialisthelsetjenesten kan

eventuelt etableres ved å inkludere regulering av sekvensiell anskaffelse tilsvarende modellene 2A og 2B.

Utover opsjoner så skiller 2C seg fra 2B ved at Helseplattformen må beregne en lengre utsettelse av 1. versjon av konkurransegrunnlag, tentativt til tidligst medio 2017. Dette skyldes tid til innhenting av fullmakter og regulering av opsjoner. I tillegg kan opsjoner fremstå som mer forpliktende enn sekvensielle anskaffelser og det bør derfor påregnes at det vil ta mer tid å etablere en representativ nasjonal deltakelse.

Tabell 3 Beskrivelse av modell 2A, 2B og 2C

Modell 3

Modell 3 tilsvarer overordnet anbefalingen om startpunkt fra innstillingen for «En innbygger – én journal» og innebærer at Helseplattformen avgrenses til kun å omfatte spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge, mens et eget nasjonalt tiltak ivaretar det kommunale behovet og den nasjonale, helhetlige løsningen. I tillegg etableres region Midt-Norge som et geografisk utprøvningsområde for den helhetlige løsningen.

Det opprettes et programsamarbeid mellom Helseplattformen og det nasjonale tiltaket. Det er transparens mellom anskaffelsesprosessen for Helseplattformen og nasjonalt slik at relevant materiale gjøres tilgjengelig og kan gjenbrukes, og ved behov kan det trekkes på nøkkelressurser med erfaring fra Helseplattformen.

Det er identifisert to varianter av modell 3, henholdsvis parallell og sekvensiell gjennomføring.

3A

Parallell gjennomføring av anskaffelsene i Helseplattformen og det nasjonale tiltaket. Dette fordrer at Helseplattformen utsetter sin anskaffelse til en nasjonal anskaffelse kan finne sted, tentativt i 2020. De to tiltakene kan samarbeide om planlegging fra 2018, eventuelt fra 2016/2017 om det nasjonale tiltaket prioriteres høyere.

3B

Sekvensiell gjennomføring innebærer at Helseplattformen iverksetter sin anskaffelse som planlagt i 2016, begrenset for spesialisthelsetjenesten. Det legges til grunn at anskaffelsestiden vil være om lag tilsvarende som for eksisterende plan, dvs. kontraktsinngåelse i 2018. Det nasjonale tiltaket innhenter krav, læring og erfaring fra Helseplattformen og bruker Midt-Norge som geografisk utprøvningsområde for en helhetlig løsning, tentativt fra 2022.

Tabell 4 Beskrivelse av modell 3A og 3B

3.1 Nasjonal styringsmodell og involvering

I utredning av «En innbygger – én journal» anbefales et nasjonalt målbilde og en utviklingsretning som forutsetter koordinering og samarbeid på tvers av relevante tiltak i virksomhetene. I foreslått startpunkt med et nasjonalt tiltak for en felles kommunal løsning vil dette særlig gjelde den pågående utviklingen av neste generasjons PAS/EPJ i spesialisthelsetjenesten. Utredningens anbefalte startpunkt i kommunesektoren forutsatte både et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten og en ambisjon om mer enhetlige løsninger i spesialisthelsetjenesten.

De alternative modellene for Helseplattformens rolle i den nasjonale utviklingsretningen legger til grunn ulik grad av nasjonal styring, involvering og deltakelse. Nedenfor gis en beskrivelse av nasjonal styringsmodell og involvering per alternativ modell.

3.1.1 Modell 0

Det har så langt ikke vært nasjonal deltakelse og involvering i Helseplattformens arbeid og i modell 0 legges det til grunn at arbeidet fortsetter som et regionalt tiltak basert på samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Modell 0 omfatter derfor ikke etablering av strukturer for nasjonal koordinering og deltakelse utover de fora for e-helse samstyring som allerede finnes. Disse foraene behandler i dag primært den nasjonale prosjektporteføljen og stiller ikke krav om rapportering eller avklaringer fra tiltak i virksomhetene.

Vi vurderer at sannsynligheten er stor for at det i praksis må etableres noe nasjonal koordinering også i modell 0. En mulig helhetlig løsning i region Midt-Norge som dekker alle eller et utvalg av kommunene, bør ikke legge ekstra begrensninger for helhetlige pasientforløp på tvers av regionene og potensielt redusere mulighetene for strukturell fleksibilitet. En rendyrket modell 0 kan bli krevende hvis region Midt-Norge foretar valg som gir gevinster regionalt, men som potensielt kan gi merkostnader nasjonalt og for virksomheter i andre regioner. Om Helseplattformen legger til grunn et funksjonelt ambisjonsnivå som anbefalt i utredningen av «En innbygger – én journal», dvs. etablering av 3.-4. generasjons PAS/EPJ-løsning, vil det sannsynligvis kreve beslutninger om bl.a. helsefaglig kodeverk og terminologi og standarder for informasjonsutveksling (interoperabilitet) som, i lys av det nasjonale målbildet, burde være nasjonale.

3.1.2 Modell 2

Modell 2 har, som modell 0, et overordnet prinsipp om at Helseplattformen finansieres, styres og gjennomføres regionalt i henhold til avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. De tre modellvariantene (A, B og C) legger likevel til grunn ulik grad av nasjonal involvering og deltakelse i Helseplattformen.

3.1.2.1 Modell 2A

I modell 2A er prioriteten at Helseplattformen ikke skal få vesentlig utsettelse av sin tidsplan. I denne modellen forutsettes det at Helseplattformen kan forvalte det nasjonale oppdraget kommunisert gjennom kunngjøringen av sekvensielle anskaffelser. I modell 2A er det i utgangspunktet ingen formell representasjon og deltakelse fra nasjonale fagmyndigheter og virksomheter utenfor region Midt-Norge.

I praksis vurderes det at det vil bli behov for nasjonal deltakelse og koordinering, jf. beskrivelse av modell 0 i kapittel 3.1.1. Behovet vil sannsynligvis forsterkes fordi Helseplattformen vil ha behov for å synliggjøre legitimiteten i den nasjonale rollen. Uten denne legitimiteten vil sannsynligvis leverandørmarkedet vurdere at Helseplattformen «kun» er en regional anskaffelse. Mangelen på et parallelt nasjonalt prosjekt kan også drive frem mer deltakelse fra andre virksomheter. Forutsatt at Helseplattformens innretning er i tråd med krav og målbildet i «En innbygger – én journal», vurderes det som sannsynlig at modell 2A vil utvikle seg mot modell 2B i løpet av 2017/2018.

3.1.2.2 Modell 2B

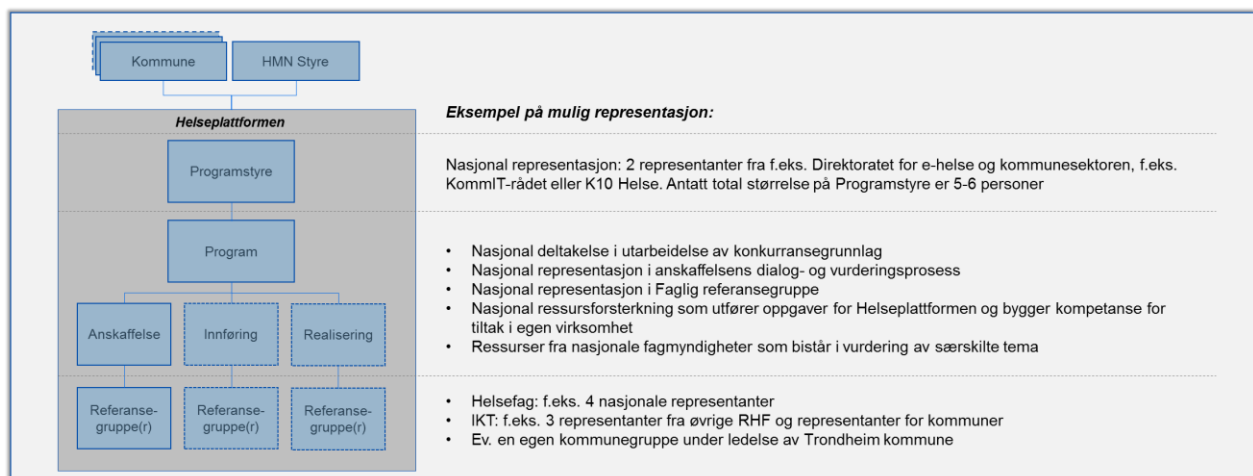
I modell 2B settes formålet om å ivareta nasjonale behov og krav, og øke sannsynligheten for at sekvensielle tiltak vil bygge på valg og erfaringer fra Helseplattformen, høyere enn i 2A. I modell 2B forutsettes det nasjonal representasjon i Helseplattformens programstyre, eksempelvis en representant fra Direktoratet for e-helse og en (nasjonal) representant fra kommunesektoren, samt i Faglig referansegruppe ved for eksempel Helsedirektoratet.

I tillegg forutsetter modellen at nasjonale fagmyndigheter, kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten deltar i anskaffelsesprosessen slik at det etableres et best mulig startpunkt for en mulig felles, nasjonal kommuneløsning.

Fra og med august 2016 bør utvalgte representanter fra kommunesektoren sammen med Direktoratet for e-helse gjennomgå første versjon av konkurransegrunnlaget og gi innspill på dette før det sendes ut til prekvalifiserte leverandører. I perioden 2017-medio 2018 bør nasjonale representanter for kommunesektoren, Direktoratet for e-helse og andre relevante aktører bidra i evalueringen underveis i dialogprosessen, delta i leverandørdialogen, samt bidra med å utforme endelig konkurransegrunnlag med tentativ utsendelse i 3. kvartal 2018.

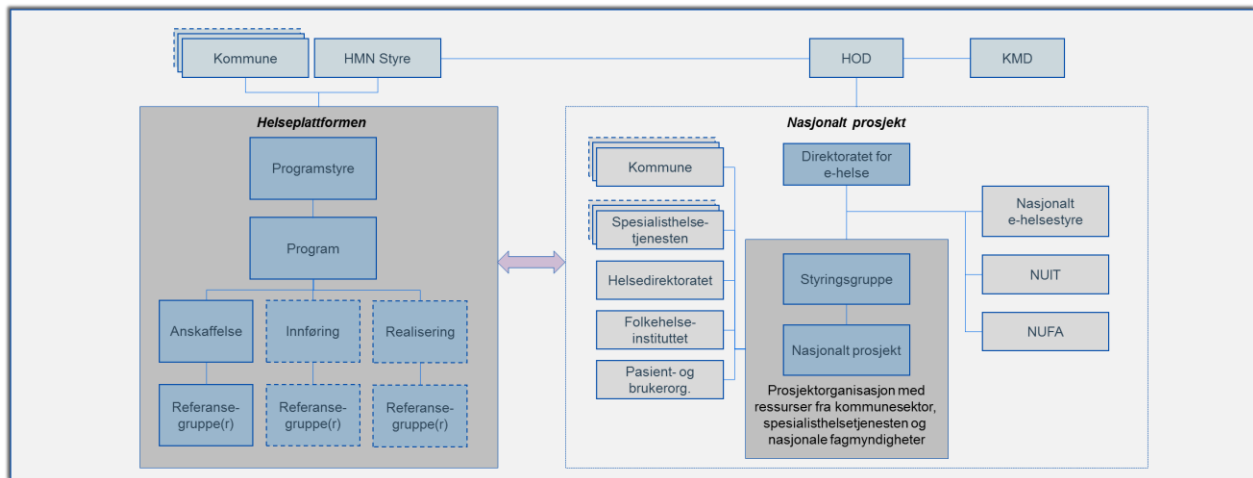
I tillegg til nasjonal deltakelse i anskaffelsesprosessen, kan Helseplattformens program-/prosjektorganisasjon velge å engasjere ressursforsterkning fra nasjonale fagmyndigheter og virksomheter utenfor regionen. For særskilte tema, jf. 3.1.4, så kan det være aktuelt å styrke Helseplattformens organisasjon med representanter fra nasjonale fagmyndigheter.

Figuren nedenfor oppsummerer mulig nasjonal representasjon og bidrag inn i Helseplattformen.



Figur 3.2 Mulig nasjonal representasjon og deltakelse i Helseplattformen, modell 2B

Med formål om å planlegge det nasjonale tiltaket, eller videre nasjonal utviklingsretning, og å ivareta nasjonale behov og krav inn i Helseplattformen, så bør det etableres et nasjonalt prosjekt, illustrert i figuren under. Det nasjonale prosjektet bør ha ansvaret for å innhente innspill og sikre avklaringer på særskilte tema og nasjonale problemstillinger.



Figur 3.3 Helseplattformen og Nasjonalt prosjekt, modell 2B

Det nasjonale prosjektet etableres under ledelse av Direktoratet for e-helse og i tett samarbeid med kommunesektoren og øvrig spesialisthelsetjeneste. I utredning av «En innbygger – én journal» er det skissert hvilke sentrale roller og oppgaver som bør ivaretas i et nasjonalt planleggingsprosjekt. Prosjektet bemannes med ressurser fra kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten og nasjonale fagmyndigheter. Kjernegruppen i det nasjonale prosjektet må arbeide tett med Helseplattformen, utføre felles planlegging og sikre at behandlingen av nasjonale innspill følger avtalt tidsplan. Helseplattformen og det nasjonale prosjektet må etablere et samarbeid som tidlig identifiserer saker eller tema som bør få nasjonale avklaringer. Det nasjonale prosjektet må etablere dialog- og arbeidsprosesser med kommunesektor, spesialisthelsetjenesten og nasjonale fagmyndigheter. Kommunesektoren bør representeres med et utvalg relevante og representative kommuner og det er viktig at store kommuner som Oslo og Bergen er representert i tillegg til KS, KommiT-rådet, K10 Helse, samt representant for fastlegene. Spesialisthelsetjenesten kan representeres med direkte representasjon fra de tre regionale helseforetakene og eventuelt Nasjonal IKT. Representasjonen kan behøve tilpasning underveis, bl.a. basert på hvilke valg som tas med hensyn til videre nasjonal gjennomføring. En kommune eller kommuner som skal være først i et nasjonalt tiltak bør eventuelt gå inn tyngre i det nasjonale prosjektet og eventuelt følge fremdriften i Helseplattformen enda tettere.

Vi mener at det bør etableres en egen styringsgruppe for det nasjonale prosjektet med en sammensetning og møtefrekvens som gjør det mulig å gå tett inn i sentrale problemstillinger og faglige vurderinger. Det nasjonale prosjektet bør ha fast fremdrifts- og risikorapportering til Nasjonalt e-helsestyre og løfte særskilte strategiske og faglige problemstillinger til behandling der.

Eksisterende fora for e-helse samstyring, NUIT og NUFA, bør benyttes for behandling av sentrale tema. NUIT kan ha rollen å gi strategiske innspill ved alle viktige milepæler i det nasjonale prosjektet, og samtidig sikre sammenheng med øvrig nasjonal portefølje. Fagutvalget for e-helse (NUFA) kan ha en faglig rådgivende og kvalitetssikrende rolle for innspill til anskaffelsen i Helseplattformen og det nasjonale planleggingsprosjektet. Kravene til fremdrift vil gi behov for etablering av egne faggrupper.

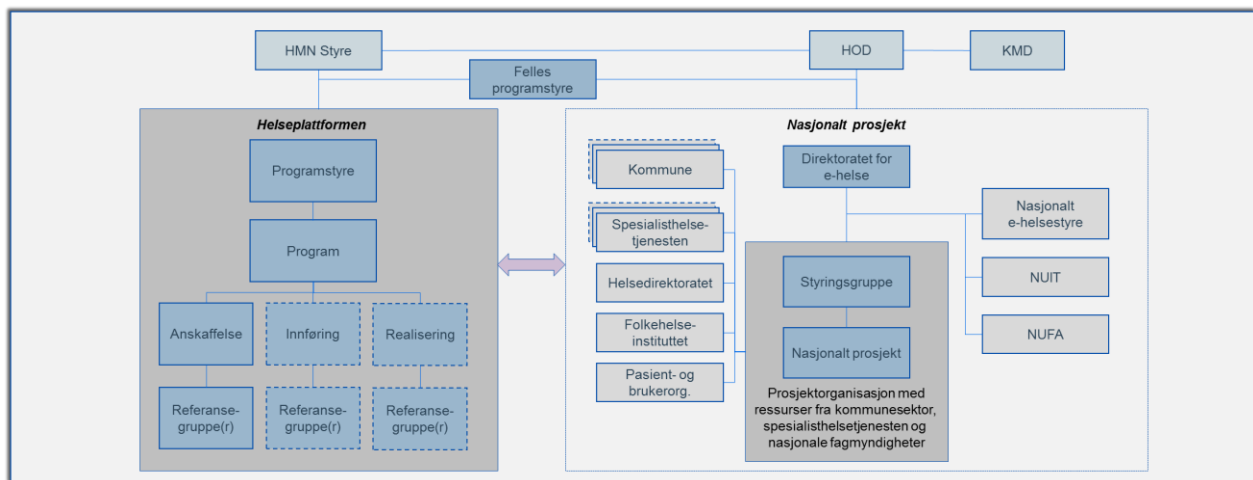
Styringsmodellen i 2B (og 2C) må håndtere mulig konflikt mellom nasjonale og regionale (Helseplattformen) behov og krav. Helse Midt-Norge RHF og kommunene i Midt-Norge, spesielt Trondheim kommune, har et selvstendig ansvar for tiltaket i modell 2B (og 2C) og må fatte beslutninger innenfor egen styringsramme og risikovurdering. Nasjonale innspill kan bli underkjent i Helseplattformen og det nasjonale prosjektet må vurdere når det eventuelt er behov for å eskalere uenighet gjennom ordinære styringslinjer. Vesentlig uenighet kan føre til et større avvik mellom Helseplattformens anskaffelse og de(n) sekvensielle anskaffelse(n)e. Nasjonale, faglige innspill som blir underkjent av Helseplattformen og eventuelt senere blir normert nasjonal standard kan føre til at Helseplattformen påløper senere tilleggskostnader.

3.1.2.3 Modell 2C

I utgangspunktet kan strukturen for nasjonal involvering og deltakelse i modell 2B også legges til grunn i modell 2C. Vi vurderer likevel at modell 2C krever en raskere og mer representativ deltakelse fra kommunesektoren siden opsjoner er mer forpliktende enn muligheten for sekvensielle anskaffelser. Selv om opsjonene i Helseplattformens anskaffelse kan vektes relativt lavere enn den faktiske størrelsen representerer, må det antas at opsjonshaverne utenfor region Midt-Norge vil forvente en sterkere representasjon i styringen, mer deltakelse i faglige vurderinger, samt tettere oppfølging av fremdrift.

3.1.3 Modell 3

I modell 3 etableres det et programsamarbeid mellom det nasjonale tiltaket og Helseplattformen, nå avgrenset til spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. De to tiltakene etablerer sine respektive programorganisasjoner med tilhørende styringslinjer. Som illustrert i figuren nedenfor bør det etableres et felles programstyre for de to tiltakene som sikrer koordinering og felles arbeidsprosesser knyttet til sentrale valg, og det kan være aktuelt med kryssrepresentasjon i programstyrene.



Figur 3.4 Helseplattformen og Nasjonalt prosjekt, modell 3

De operative programorganisasjonene bør ha tett samarbeid og sikre felles planlegging og koordinering av arbeidsprosesser. Kravet til tett samarbeid og koordinering er særlig sterkt i modell 3A hvor tiltakene gjennomføres i parallell. I modell 3B med sekvensiell gjennomføring bør representanter fra det nasjonale prosjektet følge Helseplattformens arbeid. I modell 3B kan det også være relevant at kommuner i Midt-Norge deltar i Helseplattformens arbeid.

3.1.4 Særskilte tema

Enkelte tema har spesielt stor betydning for den nasjonale utviklingsretningen og vil kunne kreve særskilt behandling og eventuelle avklaringer eller beslutninger på nasjonalt nivå. Eksempel på tema kan være helsefaglig standardisering, vurdering av nasjonal leverandørfunksjon, krav til samhandling/interoperabilitet mellom ulike systemer, samt hvordan den felles kommunale løsningen skal avgrenses og integreres mot øvrige kommunale tjenester og saksbehandling. Tabellen nedenfor lister mulige sentrale tema.

Tema	Kort beskrivelse
Helsefaglig standardisering og arbeidsprosesser	Beslutninger om standardisering av pasientforløp, behandlingsprosedyrer og rutiner. En felles løsning for kommunesektoren forutsetter økt standardisering og helhetlige løsninger mellom kommunesektor og spesialisthelsetjenesten, dette forutsetter en harmonisering eller koordinering av arbeidsprosesser.
Kodeverk og terminologi Standarder for integrasjon og interoperabilitet	Beslutninger om valg av helsefaglig kodeverk og terminologi som inngår i arbeidsprosesser, prosedyrer og rutiner og som påvirker muligheten for interoperabilitet og samhandling på tvers av virksomheter og IKT-systemer og dermed muligheten til å oppnå en helhetlig løsning.

	Krav til integrasjon mellom virksomhetenes ulike IKT-systemer, medisinsk teknisk utstyr og integrasjonen mot nasjonale fellesløsninger. I utviklingsretningen mot «En innbygger – én journal» vil det finnes flere samhandlingsløsninger med gjensidige avhengigheter og krav til koordinert utvikling og forvaltning.
Kommunal saksbehandling og avgrensning mot øvrige kommunale tjenester	Beslutninger om krav til løsning for kommunal saksbehandling samt ambisjonsnivå for integrasjon til og avgrensning mot kommunenes øvrige tjenestoområder.
Legemiddelhåndtering	Beslutninger om krav til funksjonalitet som understøtter lukket legemiddelsøyfe, dvs. en fullelektronisk prosess for legemiddelhåndtering som støtter forskrivning, dispensering, administrasjon og distribusjon av legemidler.
Beslutningsstøtte	Eventuelle nasjonale krav til kunnskaps- og beslutningsstøtte samt hvordan beslutningsstøtte bør forvaltes i virksomhetene og nasjonalt.
Informasjonssikkerhet og tilgangsstyring	Beslutninger om krav til informasjonssikkerhet og tilgangsstyring. Løsningene skal gi relevant helsepersonell tilgang til nødvendig og korrekt informasjon, samtidig som at pasientens rettigheter og ønsker skal ivaretas
Personvern	Beslutninger om krav til og oppfyllelse av personvern.
Helseanalyse, helseovervåking og beredskap	Beslutninger om krav til data og tilgjengeliggjøring av data for formål ut over ytelse av helsehjelp.
Datakonvertering	Beslutninger om krav til datakonvertering, dvs. hvilke historiske data som gjøres tilgjengelig direkte eller indirekte i ny løsning, samt forvaltningen av historiske data.
Velferdsteknologi/personlig helseteknologi	Beslutninger om ambisjonsnivå for integrasjon med velferdsteknologi og støtte for avstandsbehandling og selvhjelp.
Nasjonal leverandørfunksjon	Beslutninger om hvordan en nasjonal fellesløsning skal finansieres, driftes, forvaltes og videreutvikles.
Grunndata	Beslutninger om hva som skal være masterdata for eksempelvis organisasjonsentiteter, rolle- og fullmaktstrukturer etc.

Tabell 5 Eksempler på særskilte tema som er sentrale for nasjonalt utviklingsretning

I alle modellene er det behov for å avklare hvordan disse temaene skal behandles. I modellene 0 og 2A ligger behovet og ansvaret for avklaringer tyngre på Helseplattformen. I modellene 2B, 2C, 3A og 3B må det gjøres ansvars- og rolleavklaring mellom Helseplattformen og det nasjonale prosjektet. I utgangspunktet bør det nasjonale prosjektet ha ansvaret for å innhente nasjonale innspill og sikre nasjonale avklaringer på særskilte tema og problemstillinger, mens Helseplattformen vil ha en viktig rolle i å identifisere problemstillinger og behov for nasjonale avklaringer, bidra i vurderingen, samt delta i utarbeidelse av innstillinger og anbefalinger. Det nasjonale prosjektet bør særlig fokusere på de nasjonale konsekvensene av ulike alternativer og valg.

Det kan være aktuelt å opprette egne faglige referansegrupper eller undergrupper til Nasjonalt fagutvalg (NUFA) eller i andre myndighetsorgan som f.eks. Helsedirektoratet. Nasjonale fagmyndigheter kan eventuelt tildele ressurser til Helseplattformen som skal bistå i vurdering. Helseplattformen har opprettet en egen Faglig referansegruppe i sitt prosjekt, og det bør vurderes nasjonal representasjon i denne og om beslutninger her kan gi føringer for vurderinger i det nasjonale prosjektet.

Videre arbeid må avklare forholdet mellom valg og beslutninger i Helseplattformen og konsekvenser for øvrige virksomheter nasjonalt. For utvalgte områder kan valgene i Helseplattformen bli nasjonalt premissgivende, men da bør det foreligge en god konsekvensvurdering. Sannsynligvis kan majoriteten av valgene i Helseplattformen tas på grunnlag av egne behov og krav, økonomi, tidsplan og risiko. Nasjonale myndigheter kan da selvstendig vurdere behov for nasjonale standarder og krav, og Helseplattformen må i ettertid tilpasse seg på lik linje med andre virksomheter.

4 Vurdering av alternative modeller

I dette kapitlet gis det en samlet vurdering av modellene basert på identifiserte fordeler og ulemper, jf. Vedlegg 1, kapittel 6.

Figuren nedenfor gir et oppsummert bilde av de alternative modellene som vurderes.

0	2	3
Helseplattformen er et regionalt tiltak basert på samarbeid mellom RHF og utvalgte kommuner. Helseplattformen har ingen særskilt nasjonal rolle og iverksetter sin anskaffelse som planlagt i 3. kvartal 2016. Planleggingsprosjekt for et nasjonalt tiltak i tråd med utredningens anbefaling kan, forutsatt finansiering, skje fra 2018, med mulig anskaffelse i 2020. Forutsatt høyere prioritering så kan noe planlegging skje fra 2016/2017.	Helseplattformen er et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbilde i «En innbygger – én journal» og et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helseplattformen finansieres, styres og gjennomføres regionalt iht. avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Ulike grader av nasjonal representasjon, deltakelse og finansiering. Regional styring Ingen formell nasjonal representasjon i programstyringen eller programorganisasjonen. Virksomheter utenfor Midt-Norge deltar på frivillig basis i arbeidet. Nasjonal representasjon og organisert nasjonal deltakelse Helseplattformens programstyre og programorganisasjon suppleres med representasjon fra nasjonale fagmyndigheter og virksomheter utenfor region Midt-Norge. Det etableres et nasjonalt prosjekt som skal ivareta nasjonale behov og krav, samt forberede videre nasjonal gjennomføring. Sekvensielle anskaffelser Helseplattformens anskaffelse kunngjøres som et mulig startpunkt for en nasjonal løsning og som senere anskaffelser kan ta utgangspunkt i. Opsjoner Helseplattformens anskaffelse omfatter opsjoner for kommuner utenfor Midt-Norge. 2A Helseplattformens anskaffelse iverksettes i 3. kvartal 2016. Det iverksettes ikke et nasjonalt tiltak før tidligst i 2021 og etter at gjennomføringen i Midt-Norge er evaluert. 2B Helseplattformens anskaffelse utsettes i tentativt 3-6 måneder. Det nasjonale prosjektet planlegger videre nasjonal gjennomføring i parallell med gjennomføring av Helseplattformen. 2C Helseplattformens anskaffelse utsettes til tidligst medio 2017.	Helseplattformen avgrenses til spesialisthelsetjenesten, og et eget nasjonalt tiltak ivaretar det kommunale behovet og den nasjonale, helhetlige løsningen. Region Midt-Norge er geografisk utprøvningsområde for en helhetlig løsning. 3A Parallell gjennomføring og program-samarbeid mellom Helseplattformen og det nasjonale tiltaket. Helseplattformen utsetter sin anskaffelse til ca. 2020/2021. 3B Sekvensiell gjennomføring: Helseplattformen, begrenset til spesialisthelsetjenesten, starter sin anskaffelse i 2016. Det nasjonale tiltaket bruker Midt-Norge som geografisk utprøvningsområde, tentativt fra 2021/2022.

Figur 4.1 Sammendrag av alternative modeller

4.1 Sentrale konsekvenser

Tabellen nedenfor gir et sammendrag av de sentrale konsekvensene av hvert modellalternativ.

Modell	Sentrale konsekvenser
Modell 0	- Helseplattformen kan opprettholde sin tidsplan - Flertallet av kommunene i Midt-Norge forfølger en annen gjennomføringsstrategi enn resten av kommunesektoren - Mulig frafall av kommuner i Midt-Norge som aktivt deltar i anskaffelsen og som benytter seg av opsjon og blir en del av Helseplattformen - Ulike valg i region Midt-Norge og nasjonalt kan gi en fragmentert realisering av det nasjonale målbildet og potensielle merkostnader - Krevende å kommunisere to ulike tilnærminger etter at en samlet sektor stod bak innstillingen i utredning av «En innbygger – én journal» og i forhold til uttrykte mål om sterkere nasjonal styring, mer samarbeid og flere fellesløsninger
Modell 2A	- Helseplattformen kan opprettholde sin tidsplan for oppstart av anskaffelse - Nasjonalt planleggingsprosjekt for realisering av innstillingen i utredning av «En innbygger – én journal» utsettes i påvente av erfaringer fra Helseplattformen, dvs. minimum til 2019 (fullført anskaffelse) eller etter første innføringsfase, tentativt 2021 - Økt usikkerhet i virksomhetene utenfor region Midt-Norge og mulige parallellinvesteringer - Lavere nasjonal gjenbruksgrad av Helseplattformen
Modell 2B	- Helseplattformen får en liten initiell tidsforsinkelse i oppstart av anskaffelse - Helseplattformen suppleres med nasjonal involvering og deltakelse - Nasjonalt planleggingsprosjekt må forsere oppstart til 2016
Modell 2C	- Helseplattformen får en lengre forsinkelse i oppstart av anskaffelse - Nasjonalt planleggingsprosjekt må forsere oppstart til 2016

	Nasjonalt planleggingsprosjekt og Helseplattformen må utføre arbeid knyttet til kommunale fullmakter og regulering av opsjoner
Modell 3A	- Helseplattformen må endre sitt omfang og re-planlegge for anskaffelse for spesialisthelsetjenesten - Helseplattformen får en vesentlig tidsforsinkelse og må demobilisere
Modell 3B	- Helseplattformen må endre sitt omfang og re-planlegge for anskaffelse for spesialisthelsetjenesten - Helse Midt-Norge RHF kan raskere og med mindre risiko adressere sitt behov for ny PAS/EPJ-løsning

Tabell 6 Modellalternativer - sentrale konsekvenser

4.2 Vurdering opp mot sentrale faktorer

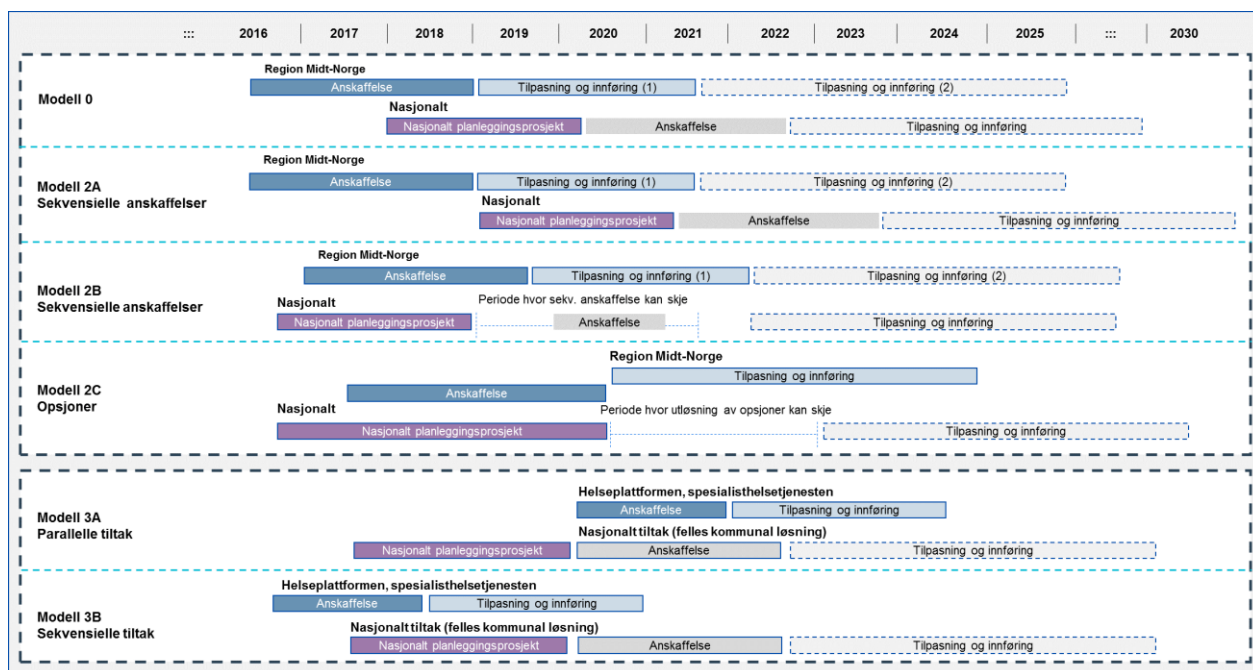
Med grunnlag i oppdragene fra Helse- og omsorgsdepartementet og Nasjonal e-helsestyre vurderes modellalternativene opp mot et utvalg sentrale faktorer, jf. tabellen under.

Faktorer	Forklaring
Fremdrift	- Hvordan påvirkes Helseplattformens tidslinje? - Hvordan påvirkes utredningens anbefalte startpunkt i kommunesektoren? - Hvordan påvirkes tidslinjen for realisering av det nasjonale målbildet?
Styring, roller og ansvar	I hvilken grad bidrar de ulike modellene til klare styringslinjer, tydelig eierskap, ansvar og roller?
Stegvis gjennomføring	I hvilken grad gir de ulike modellene mulighet for en stegvis gjennomføring som balanserer ulike behov, måloppnåelse, gevinstrealisering og risiko
Ressurser og finansiering	Er det særskilte ressurs- og finansieringsbehov knyttet til de ulike modellene?
Juridisk	Er det særskilte juridiske problemstillinger forbundet med de ulike modellene?
Risiko	Hvilken risiko har de ulike modellene?

Tabell 7 Faktorer i vurdering av alternative modeller

4.2.1 Fremdrift

Figuren nedenfor illustrerer forskjellene i tidslinje per modellalternativ. Merk at figuren er illustrativ og primært ment å illustrere når et nasjonalt planleggingsprosjekt og anskaffelsen for Helseplattformen gjennomføres, samt når det er sannsynlig at første innføringsfase i Helseplattformen er utført.



Figur 4.2 Illustrativ tidslinje for modellalternativene

4.2.1.1 Anbefalt startpunkt i kommunesektoren

Modellene 3A og 3B ligger tette opp til utredningens anbefaling om et startpunkt i kommunesektoren og tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Sammenlignet med utredningens anbefaling så er forskjellen at Midt-Norge utpekes som geografisk utprøvningsområde.

Modell 2B spesielt og delvis 2C ligger også tett opp til anbefalingen ved at de omfatter etablering av et nasjonalt planleggingsprosjekt som skal planlegge videre nasjonal gjennomføring i kommunesektoren, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I 2C er derimot gjennomføringen tettere integrert i et tiltak som i større grad drives av spesialisthelsetjenesten i én region.

Modell 2A er på kort sikt i størst konflikt med anbefalingen fra utredningen.

4.2.1.2 Nasjonalt målbilde og tidslinje

Et av formålene med å vurdere Helseplattformen som et mulig startpunkt i den nasjonale utviklingsretningen er å oppnå tidlig verifisering av det nasjonale målbildet, dvs. en helhetlig løsning på tvers av kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Modell 0, med en første innføring i for eksempel Trondheim kommune og St. Olav i 2021, vil innebære en geografisk begrenset verifisering av det nasjonale målbildet raskest, etterfulgt av modellene 2A og 2B. 2A og 2B gir større sjanse for en bredere verifisering på kort og mellomlang sikt siden det er høyere sannsynlighet for at flere kommuner vil være med.

Med hensyn til realisering av det endelige nasjonale målbildet så er det mange faktorer utover de vurderte modellene som påvirker den totale realiseringstiden. I utgangspunktet bør modellene 2B og 2C være best posisjonert. 2C er best posisjonert hvis opsjonene forberedes godt i Helseplattformen (les: kan utløses) og hvis 2B fører til flere sekvensielle anskaffelser. 2A kan også være godt posisjonert, men her antas det at det kan oppstå et større avvik mellom Helseplattformens anskaffelse og de(n) sekvensielle anskaffelsen(e), samt effekten av at det nasjonale tiltaket utsettes.

4.2.1.3 Helseplattformens tidslinje

Modell 0 og modell 2A vil på kort sikt gi minst forsinkelser i Helseplattformens tidslinje. Men, merk at en komplett realisering av modell 0, dvs. en helhetlig løsning for 80+ kommuner og spesialisthelsetjenesten i region Midt-Norge, kan bli vesentlig forsinket sammenlignet med alle andre modeller gitt risiko for frafall av kommuner i modell 0. Som beskrevet i kapittel 3.1.2 vurderer vi at den stilistiske modellen for nasjonal styring, involvering og deltakelse i 2A vil utvikle seg mot 2B og dermed kunne føre til en noe lengre anskaffelsesprosess enn modell 0, begrenset til det regionale helseforetaket og Trondheim kommune.

Helse Midt-Norge RHF sitt behov for ny PAS/EPJ-løsning og krav om nye PAS/EPJ-løsning til nytt sykehus på Møre vil ha best oppfyllelse i modell 3B, men da begrenset til spesialisthelsetjenestens løsning.

Modell 3A vil gi størst forsinkelse for Helseplattformen ved at kravet til parallellitet fører til at Helseplattformen, nå begrenset til spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge, må vente til det nasjonale prosjektet kan iverksette anskaffelse, tentativt i 2020.

4.2.2 Styring, roller og ansvar

Modellene 3A, 3B og 2A vurderes å ha tydeligst definert styringsmodell, roller og ansvar. I modellene 3A og 3B forenkles styringsmodellen til Helseplattformen ved at tiltaket begrenses til spesialisthelsetjenesten. Det kan være kompliserende at målet om en helhetlig løsning i Midt-Norge skal ivaretas gjennom to tiltak og styringslinjer og det kan være krevende å få avklaringer på spørsmål innen særskilte tema, jf. kapittel 3.1.4. Modellene ligger likevel tettere opp til de eksisterende styringslinjene i sektoren selv om kommunesektoren ivaretas gjennom et nasjonalt tiltak. I 2A får Helseplattformen en nasjonal oppgave, men uten at styringsmodellen og gjennomføringen kompliseres av nasjonal representasjon og deltakelse. Prinsipielt gir Modell 2A den tydeligste styringen under modellalternativ 2, men sett fra et kommunalt og nasjonalt perspektiv og i kontekst av å skulle realisere det nasjonale målbildet vurderer vi at 2B er en mer egnet styringsmodell som gir tydeligere avgrensning av roller og ansvar enn 2A. I modell 2B har det nasjonale prosjektet et eksplisitt ansvar for å planlegge videre nasjonal gjennomføring, samt å koordinere nasjonale innspill til Helseplattformen. I denne modellen må særlig ansvaret for behandling av særskilte tema, jf. kapittel 3.1.4, avklares med Helseplattformen.

Modell 2C representerer sannsynligvis den mest komplekse styringsmodellen både for Helseplattformen og det nasjonale prosjektet ved at anskaffelsen skal inkludere vekting av opsjoner for svært mange virksomheter. Prinsippene som Helseplattformen har lagt til grunn med at noen kommuner deltar aktivt i styringen og gjennomføringen, mens andre er passive deltagere bør også legges til grunn i 2C, men i 2C er vekten av opsjonene vesentlig større enn i Helseplattformen (modell 0) og dette vil kunne komplisere forankrings- og kommunikasjonsprosessene i gjennomføringen. I styringen av 2C må det forventes spenning mellom de regionale interessene i Helseplattformen og de nasjonale interessene i opsjonene. Dette kan også føre til spenning i samarbeidet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i region Midt-Norge.

4.2.3 Stegvis gjennomføring

Alle modellene legger til rette for en stegvis regional og nasjonal gjennomføring, men modell 0 gir minst grunnlag for videre nasjonal utvikling med utgangspunkt i Helseplattformens anskaffelse.

Modellene 2A, 2B og 2C gir alle mulighet for at et nasjonalt tiltak kan endre sin gjennomføringsstrategi og tidsplan, dvs. helt eller delvis gå bort fra Helseplattformen som et mulig startpunkt for en felles kommuneløsning. Muligheten er spesielt sterk i modellene 2A og 2B, men svakere i 2C fordi kommunene gjennom opsjoner er en formell del av Helseplattformens anskaffelse.

Modell 2C kan oppfattes å etablere (for) tidlige bindinger av den nasjonale utviklingsretningen og i tillegg begrenser den mulighetene for at spesialisthelsetjenesten kan utnytte anskaffelsen i Helseplattformen, med mindre det legges inn en regulering for sekvensiell anskaffelse i spesialisthelsetjenesten under modell 2C.

Modellene 2A og 2B er prinsipielt like med hensyn til stegvis gjennomføring, men en stilistisk modell 2A vil sannsynligvis gi et dårligere grunnlag for videre nasjonal utvikling pga. den lave nasjonale deltakelsen i 2A og presumptivt mindre nasjonalt forankrede valg i Helseplattformen.

4.2.4 Ressurser og finansiering

Muligheten for å etablere klare prinsipper og retningslinjer for finansiering er sterkt knyttet til styringsmodell. Modellene 3A og 3B tar mest utgangspunkt i eksisterende styringslinjer, spesielt for spesialisthelsetjenesten, og kan være best egnet til å etablere en tydelig finansieringsmodell. Modell 3B har sannsynligvis en fordel gjennom sin sekvensialitet og dermed mindre uklarhet om hvilket tiltak som skal dekke hvilke kostnader.

Etableringen av en nasjonal løsning gjennom modellene 2A, 2B, 2C, 3A og 3B krever i tillegg en finansieringsmodell for en nasjonal leverandørfunksjon. Tilsvarende krever modell 0 en finansieringsmodell for en regional leverandørfunksjon.

Modellene 2A og 2B har et ekstra finansieringsbehov knyttet til sekvensielle anskaffelser sammenlignet med 2C. For 0 og 3A og 3B er det finansieringsbehov for nasjonalt tiltak for anskaffelse av felles kommunal løsning som sannsynligvis er høyere fordi de i mindre grad kan gjenbruke anskaffelsen i Helseplattformen.

I modellene 0 og 2A må alle finansieringsbehov avklares direkte mellom Helse Midt-Norge RHF og samarbeidende kommuner i region Midt-Norge.

Modellene 2B og 2C krever finansieringsavtaler mellom Helseplattformen og det nasjonale prosjektet. Modellene forutsetter en nasjonal representasjon og organisert nasjonal deltakelse. Dette krever mobilisering av ressurser utenfor region Midt-Norge allerede fra august 2016. Ressurser må frigjøres fra andre oppgaver og det må være økonomisk evne og vilje fra nasjonale fagmyndigheter og øvrige virksomheter til å prioritere tiltaket. I modell 2B kan den nasjonale prosjektorganisasjonen trinnvis etableres gjennom 2016 og 2017. For modell 2C vurderer vi at den nasjonale prosjektorganisasjonen må etableres raskere og være operativ fra årsskifte 2016/2017. Overordnede finansieringsprinsipper for modellene 2B og 2C i anskaffelsesperioden kan være:

- Helseplattformen er ansvarlig for å finansiere sitt eget tiltak og for økonomistyringen i Helseplattformen
- Nasjonal representasjon i Helseplattformens programstyring og/eller referansegrupper dekkes av (den nasjonale) virksomheten som deltar
- Ressurser fra det nasjonale prosjektet som deltar i Helseplattformens anskaffelse finansierer egen deltakelse (ev. av det nasjonale prosjektet)
- Nasjonale ressurser som lånes ut som ressurs- og kompetanseforsterkning til Helseplattformen fra andre nasjonale fagmyndigheter eller øvrige virksomheter finansieres av Helseplattformen, eller i henhold til egen avtale mellom Helseplattformen og virksomheten
- Det nasjonale prosjektet finansierer planlegging av videre nasjonal utvikling
- Det nasjonale prosjektet finansierer administrasjon av nasjonale prosesser knyttet til forankring og innhenting av faglige og nasjonale innspill til Helseplattformens anskaffelse

I det nasjonale prosjektet må det etableres en finansieringsmodell som omfatter kommunesektoren, nasjonale fagmyndigheter og spesialisthelsetjenesten.

Samarbeid og styringsmodell mellom Helseplattformen og det nasjonale prosjektet må forberedes for å kunne håndtere mulig forsinkelse av Helseplattformen som følge av nasjonal involvering og deltagelse. God, felles planlegging bør ta høyde for tidskravet i de nasjonale prosessene, og felles styring og koordinering bør i størst mulig grad søke å unngå forsinkelser. I tillegg må det tas høyde for at nasjonale innspill knyttet til krav og behov kan virke kostnadsdrivende for Helseplattformen, særlig innenfor områder definert som særskilte tema, jf. kapittel 3.1.4. Sentrale tema og kravområder som kan være kostnadsdrivende bør identifiseres tidlig i samarbeidet.

Modellene 2B og særlig 2C skaper forsinkelse i Helseplattformens tidslinje og dermed merkostnader. Forsinkelsene er likevel ikke store nok til at merkostnader kan reduseres vesentlig gjennom demobilisering. 2C kan også kreve mer ressursinnsats fra Helseplattformen for å sikre god regulering av nasjonale opsjoner. Modell 3A representerer en vesentlig forsinkelse av Helseplattformen og vil måtte føre til demobilisering.

4.2.5 Juridisk

4.2.5.1 Kort om nytt direktiv 2014/24/EU om offentlige anskaffelser

I dialogen med Helseplattformen er det løftet frem som en risiko at det ventes endringer i anskaffelsesregelverket som vil kunne medføre ytterligere forsinkelse i anskaffelsen.

Kunngjøringstidspunkt er skjæringstidspunktet

Forslaget til ny forskrift om offentlige anskaffelser, som skal gjennomføre direktiv 2014/24/EU i norsk rett, setter kunngjøringstidspunktet som skjæringstidspunkt. Hvis en konkurranse er kunngjort etter forskriftens ikrafttredelsestidspunkt, skal den gjennomføres i tråd med den nye forskriften. Ikrafttredelsestidspunktet er foreløpig ikke fastsatt, men vil sannsynligvis komme i løpet av høsten 2016.

Krav til publisering

Det nye regelverket innebærer at oppdragsgivers beskrivende dokument, som angir hvilke behov anskaffelsen skal dekke, må foreligge allerede ved kunngjøringstidspunktet, mens det etter gjeldende regelverk er tilstrekkelig at dette formidles til de prekvalifiserte tilbyderne etter at prekvalifikasjonsfasen er gjennomført. Dersom Helseplattformens

anskaffelse først kunngjøres etter at det nye regelverket er trådt i kraft, vil kunngjøring først kunne skje etter at konkurransegrunnlaget er klart. Dersom et nasjonalt prosjekt skal gi innspill på de overordnede behovsbeskrivelsene og tildelingskriteriene, må da også det nasjonale prosjektet være tilstrekkelig mobilisert før tidspunktet for kunngjøring.

4.2.5.2 Særlige anskaffelsesrettslige spørsmål knyttet til bruk av modellene 2A/B, 2C og 3

Modellene 2A og 2B – Anskaffelsen for Helseplattformen utgjør grunnlag for senere, separat(e) anskaffelse(r) for øvrige kommuner i Norge

Modellene 2A og 2B går ut på at Helseplattformens anskaffelse får en rolle som et regionalt utprøvningsprogram for det nasjonale målbildet «En innbygger – én journal». Helseplattformens anskaffelse skal ikke inneholde opsjoner for øvrige kommuner utenfor Region Midt-Norge, men utgjør utgangspunktet for senere separate anskaffelser. Modellene 2A og 2B innebærer at Helseplattformens konkurransegrunnlag og erfaringer benyttes som grunnlag for utarbeidelsen av konkurransegrunnlagene i de senere anskaffelsene.

Det kan reises spørsmål om i hvor stor grad oppdragsgiver er forpliktet til å legge til rette for konkurranse i senere anskaffelser som eventuelt baseres på Helseplattformens anskaffelse. Utgangspunktet er at oppdragsgiver «så langt som mulig» skal tilrettelegge for at en anskaffelse er basert på konkurranse», jf. anskaffelsesloven § 5. Dette innebærer at oppdragsgiver i størst mulig grad må legge til rette for at alle kvalifiserte leverandører har mulighet til å konkurrere ved å inngi tilbud også i den senere, nasjonale anskaffelsen. Videre kan ikke den nasjonale anskaffelsen i sitt konkurransegrunnlag legge direkte vekt på hvilken leverandør som ble valgt under Helseplattformens anskaffelse, fordi det kan føre til begrensning av konkurransen. Samtidig har oppdragsgiver for den påfølgende anskaffelsen stor grad av frihet til å vurdere å fastsette hva behovet faktisk består i, herunder krav til samhandling med andre løsninger.

Ved valg av modell 2B vil det uansett være en reell mulighet for at de separate anskaffelsene kan lede frem til valg av forskjellige løsninger. Dette vil antagelig gjelde i særlig grad under modell 2A, da konkurransegrunnlaget for den første anskaffelsen ikke i samme grad vil påvirkes av det nasjonale perspektivet gjennom nasjonal involvering i dialogfasen.

Tiltak for å legge til rette for konkurranse ved den nasjonale anskaffelsen vil samtidig kunne bidra til å redusere risikoen for at valgte leverandør under den første konkurransen foretar *taktisk prising* i den etterfølgende nasjonale anskaffelsen. Det er videre anledning til de senere anskaffelsene å forbeholde seg retten til å *avlyse hele konkurransen* dersom det foreligger saklig grunn, jf. FOA § 22-1. En slik saklig grunn kan være at tilbudene vesentlig overskrider oppdragsgivers på forhånd forsvarlig fastsatte og dokumenterte budsjettforutsetninger for anskaffelsen. Den konkrete budsjetttrammen trenger ikke å oppgis i det beskrivende dokument, men må foreligge skriftlig før konkurransen iverksettes. Det er usikkert om det foreligger en tilsvarende rett til å *avvise konkrete tilbud* som er innkommet og som overskrider budsjettforutsetningene.

Det kan ellers reises spørsmål ved hvorvidt det under Helseplattformens anskaffelse må gjøres kjent at den er forutsatt å skulle utgjøre et grunnlag for senere nasjonale anskaffelser, og i hvilken grad behovsbeskrivelsen (det beskrivende dokumentet) kan gjenspeile det større nasjonale målbildet. Utgangspunktet her er at det ligger innenfor oppdragsgivers innkjøpsfaglige skjønn å avgjøre konkret hva som skal anskaffes og hvilke behov som skal dekkes av anskaffelsen. Derfor vil det i utgangspunktet ikke foreligge anskaffelsesrettslige hindre for at Helseplattformen også ivaretar behov som først og fremst er relatert til den nasjonale EPJ-løsningen. Anskaffelsesreglene oppstiller først og fremst krav til hvordan anskaffelsesprosessen skal foregå. Det vil antagelig likevel være mest korrekt også å opplyse i kunngjøringen og det beskrivende dokumentet at Helseplattformens anskaffelse forutsetningsvis skal utgjøre grunnlaget for senere anskaffelser på nasjonalt plan, fordi det bidrar til forutberegnelighet og gjennomsiktighet for leverandørene, jf. anskaffelsesloven § 5.

Modell 2C – Anskaffelse for Helseplattformen som inkluderer opsjoner for øvrige kommuner i Norge

Modell 2C innebærer at Helseplattformens kontrakt for anskaffelse av EPJ-løsning for Midt-Norge inkluderer opsjoner som gir alle landets øvrige kommuner rett til å hekte seg på kontrakten, og på den måten få tilgang til en felles nasjonalt EPJ-løsning. I tillegg skal Helseplattformens EPJ-anskaffelse inneholde krav til interoperabilitet med EPJ-systemene i øvrige spesialisthelsetjenesteregioner.

Innholdet i modell 2C reiser særlig spørsmål om hvorvidt en utstrakt bruk av opsjoner vil støte an mot kravene til konkurranse, forutberegnelighet og likebehandling i anskaffelsesloven § 5. I denne forbindelse vil sentrale spørsmål være hvor stor andel av en kontrakt som kan utgjøre opsjoner, sett opp mot de obligatoriske delene av kontrakten (dvs. anskaffelsen for Region Midt-Norge), hvor lang perioden hvor opsjonene tillates utløst kan være, og om sent

utløste opsjoner vil føre med seg behov for endringer i tjenesteytelsen på en måte som innebærer en vesentlig endring av kontraktens gjenstand i strid med det anskaffelsesrettslige forbudet mot vesentlige endringer av kontrakten etter kontraktsinngåelse, jf. EU- domstolens dom i sak C-454/06 (Presstext) og etterfølgende praksis.

Det er ingen fastsatt øvre grense for hvor stor andel av en anskaffelse som kan utgjøre opsjoner. Hvis opsjonene utgjør en uforholdsmessig stor andel av det totale kontraktsvolumet kan det imidlertid medføre en risiko for at kontrakten totalt sett blir såpass uforutsigbar for de aktuelle leverandørene at kontrakten strider mot kravene til forutberegnelighet i anskaffelsesloven § 5. Det antas at en konkurranse hvor samtlige norske kommuner bortsett fra kommunene i Region Midt-Norge kan koble seg på en kontrakt i form av opsjoner, vil kunne støte an mot disse kravene.

Modellene 3A og 3B – Anskaffelse for Helseplattformen begrenses til spesialisthelsetjenesten, kommuner i Midt-Norge omfattes av parallell eller sekvensiell nasjonal anskaffelsesprosess

Etter vår vurdering oppstår, det ingen nye anskaffelsesrettslige problemstillinger ved bruk av modell 3. Det vises til drøftelsen ovenfor i punkt 2.1 om at leverandører bør informeres om samarbeidet mellom Helseplattformen og det nasjonale prosjektet.

4.2.5.3 Overordnet om mulige problemstillinger ved overdragelse av rettigheter til en nasjonal, statseid IKT-leverandør

På et senere tidspunkt kan det oppstå behov for at Helseplattformens kundeposisjon overdras til en nasjonal IKT-forvalter. Hva som kan være aktuelle forvaltningsmodeller for en slik aktør, er foreløpig ikke avklart, og forskjellige modeller vil kunne reise ulike juridiske problemstillinger. Men forutsatt at det tas hensyn til de juridiske rammebetingelsene, finnes det antagelig flere mulige løsningsmodeller for etablering av en slik IKT-forvalter. De viktigste problemstillingene er gitt en overordnet behandling nedenfor, og muligheter og begrensninger bør utredes nærmere når en forvaltningsmodell konkretiseres. De forskjellige gjennomføringsmodellene omtalt ovenfor, vil uansett ikke som sådanne legge premisser for senere forvaltningsmodeller.

For det første vil en overføringsmulighet måtte kontraktsreguleres både i avtalene mellom Helseplattformen, leverandøren og det nasjonale prosjektet. Videre bør adgangen for en nasjonal IKT-forvalter til å overta leverandørfunksjonen overfor kommunene reguleres i avtale mellom Helseplattformen/det nasjonale prosjektet og den enkelte kommune som blir berørt av overdragelsen, med mindre det etableres en nasjonal enerett, jf. nedenfor. En slik overføringsmulighet bør for øvrig annonseres i kunngjøringen eller det beskrivende dokumentet for å sikre forutsigbarhet for leverandørene.

Ellers vil anskaffelsesregelverket kunne representere en utfordring i en modell der kommunene skal kjøpe EPJ-tjenester fra en statlig IKT-forvalter. Dette gjelder imidlertid bare dersom avtalen er gjensidig bebyrdende. Hvis kommunene for eksempel vil motta brukertilisenser til EPJ-systemet med tilhørende rett til vedlikehold og oppdateringer av systemet, og skal betale for dette, vil dette antakeligvis rammes av det anskaffelsesrettslige kontraktsbegrepet. I så fall vil kommunene i utgangspunktet være forpliktet til å gjennomføre en offentlig anskaffelsesprosess ved kjøp av slike tjenester. Hvis den nasjonale IKT-forvaltningen derimot ikke er basert på brukerbetalinger, men finansieres sentralt gjennom statlige overføringer, vil vederlagsfri tildeling av brukertilisens til kommunene ikke anses å utgjøre en gjensidig bebyrdende kontrakt mellom IKT-forvalteren og kommunene. Dermed faller ordningen utenfor anskaffelsesregelverket og kravet om konkurranse, og tjenesten kan kjøpes direkte av den statlige IKT-forvalteren.

Kommunenes kjøp kan også unntas fra anskaffelsesregelverket dersom det etableres en enerett for det aktuelle offentlige organet til å yte slike tjenester til kommunene, jf. FOA § 1-3 (2) (h). Bruk av enerettsunntaket forutsetter at selve eneretten er lovlig etablert gjennom lov, forskrift eller administrativt vedtak og i overensstemmelse med EØS-rettslige forpliktelser for øvrig. Etablering av enerett for en nasjonal IKT-forvalter forutsetter at dette markedet stenges for andre mulige aktører, slik at den nasjonale IKT-forvalteren har en eksklusiv rett til å tilby den aktuelle tjenesten. Etablering av eneretten vil følgelig gå på tvers av de EØS-rettslige reglene om fri bevegelighet for tjenester. En enerett må derfor kunne begrunnes i såkalte tvingende allmenne hensyn, den må være nødvendig for å ivareta de anførte hensynene bak eneretten, og formålet/hensynene må ikke være mulig å oppnå med mindre inngripende midler.

Også statsstøtteregelverket setter viktige rammer for hvordan en nasjonal IKT-leverandør kan organiseres. Statsstøtteregelverket oppstiller, på nærmere vilkår, et forbud mot offentlig støtte til en aktør som opptrer som en

leverandør i et marked. Spørsmålet i denne sammenheng vil i korthet være om finansieringen av en nasjonal IKT-leverandøren vil utgjøre ulovlig statsstøtte. Avhengig av innretningen av denne enheten, vil det kunne anføres at IKT-forvalteren ikke driver økonomisk virksomhet i henhold til statsstøtteregelverket, men at aktiviteten inngår som et ledd i offentlig myndighetsutøvelse. Hvis IKT-forvalteren fullfinansieres som en del av alminnelige budsjetter uten innslag av brukerbetaling, og det ikke forekommer konkurranse om levering av den aktuelle tjenesten, vil det sannsynligvis ikke være tale om økonomisk aktivitet i statsstøtterettslig forstand.

Antakeligvis er det også mulig å etablere en finansieringsmodell for IKT-forvalteren som har et innslag av betaling fra den enkelte kommune, uten at ordningen rammes av statsstøtteforbudet. Bakgrunnen for dette er at betalingsordningen i dette tilfellet inngår i organiseringen av IKT-infrastruktur for helsevesenet, og at betalingsstrømmene dermed kan tenkes å bære mer preg av å innebære en omfordeling av ressurser mellom kommune og stat enn å utgjøre en brukerbetaling i ordets rette forstand.

De juridiske vurderingene er nærmere beskrevet i eget notat, «Anskaffelses- og statsstøtterettslige problemstillinger knyttet til modeller for Helseplattformens rolle i forbindelse med nasjonal gjennomføring av "Én innbygger - én journal"».

4.2.6 Risiko

I forbindelse med utredning av «Én innbygger – én journal» ble gjennomføringsrisikoen i de ulike konseptalternativene vurdert. De mest kritiske risikoelementene fra utredningen er relevante også i kontekst av denne vurderingen. Særlig gjelder det risikopunktene:

- Sterkere krav til eierstyring, virksomhetsstyring og fagstyring enn det som er etablert i dagens situasjon. Endringene knyttet til styring vil være omfattende og involvere aktørene både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Mangelfull politisk vilje til å prioritere en satsing på digital informasjonsinfrastruktur som vil begrense mulighetsrommet på andre områder
- Mangelfull kapasitet og kompetanse blant helsepersonell til å delta i utviklingen
- Mangelfull etablering av spesialisthelsetjenesten som en nasjonal kraft i samstyringen og til å gjennomføre nødvendig standardisering av prosesser, terminologier, kodeverk, etc.
- Større krav til at kommunesektoren etablerer en nasjonal kraft, samler seg om en nasjonal satsning og mobiliserer nødvendig kapasitet og kompetanse

Risikovurderingen nedenfor erstatter ikke utredningens risikovurdering og usikkerhetsanalyse, men belyser risiko knyttet til de ulike modellalternativene. Vurderingen omfatter generell sannsynlighet for at risikoen inntreffer (**LITEN**, **MIDDELS**, **STOR** eller **SVÆRT STOR**) og konsekvens for henholdsvis realisering av nasjonalt målbilde og realisering av Helseplattformen (**LITEN**, **MIDDELS**, **STOR** eller **ALVORLIG**).

Risikovurderingen er overordnet og må vurderes i lys av saksbehandlingstiden.

Tabellen nedenfor viser overordnet risiko for hovedmodellene 2 og 3.

#	Risikoelement	Beskrivelse
1	Forsinkelser for Helseplattformen	Risiko for forsinkelse for Helseplattformen som følge av nasjonalt oppdrag, involvering og deltakelse, se også risikopunkt 21 i modell 0. Merk at risikoen er knyttet til forsinkelse utover den tidsforskyvning som allerede er lagt til grunn i hver enkelt modellbeskrivelse. Et nasjonalt oppdrag til Helseplattformen stiller ytterligere krav til styring og forankring. Nasjonale innspill og eventuelle krav til Helseplattformen kan virke tids- og kostnadsdrivende. Riktig styrt kan et nasjonalt oppdrag som følges opp med ressurser bidra til å ta ned den totale risikoen i Helseplattformen. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er: • Modell 2A: LITEN • Modell 2B: MIDDELS-STOR • Modell 2C: SVÆRT STOR • Modell 3A: MIDDELS • Modell 3B: LITEN Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvens er avhengig av hvor tett knytning som etableres mellom Helseplattformens fremdrift og det nasjonale tiltaket. Om avhengigheten er knyttet til selve anskaffelsen, dvs. frem til ca. 2019, er konsekvensen LITEN. Konsekvensen kan bli stor om avhengigheten er knyttet til vellykket første innføring og verifisering. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Helseplattformen kommuniserer at de allerede er på en stram tidslinje knyttet til eksisterende PAS/EPJ-løsning og nytt sykehus på Møre. Med lite tidsbuffer får forsinkelser MIDDELS-STOR konsekvens. Om dagens PAS/EPJ-driftssituasjon blir forverret så kan konsekvensen bli alvorlig.
2	Kapasitet, kompetanse og styring i kommunesektoren	Helseplattformen, som et mulig startpunkt for utvikling av en felles løsning for kommunesektoren, krever raskere mobilisering av kommunal representasjon og etablering av nasjonale beslutningsstrukturer med representativitet og myndighet. Risiko for mangelfull mobilisering av representativ kommunal representasjon fra ledelse, helsefaglige ressurser og IKT-fagressurser, samt manglende beslutningsstrukturer med nasjonal legitimitet og normerende kraft på tvers av kommunene. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er STOR. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes som STOR-ALVORLIG. Forsinket mobilisering og mangelfull representativitet og legitimitet vil vesentlig redusere muligheten til nasjonalt å påvirke Helseplattformens valg og dermed potensielt redusere den nasjonale gjenbruksgraden. Vil også ha stor konsekvens for fremdrift for nasjonal planlegging. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen vurderes som: • Modell 2A: LITEN

		• Modell 2B: LITEN-MIDDELS • Modell 2C: MIDDELS • Modell 3A: LITEN • Modell 3B: LITEN Helseplattformen forholder seg primært til egen styringsramme og trenger ikke vente på nasjonal, kommunal mobilisering.
3	Kapasitet, kompetanse og styring i Direktoratet for e-helse	Et nasjonalt oppdrag til Helseplattformen krever at Direktoratet for e-helse omprioriterer aktivitet og raskere enn planlagt mobiliserer ressurser som skal bistå Helseplattformen og drive et nasjonalt prosjekt i samarbeid med sektor. Risiko for at mobiliseringen vil ta mer tid enn planlagt og begrenset tilgjengelighet på fagkompetanse, spesielt innen kodeverk og terminologi og standarder for integrasjon og interoperabilitet. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er MIDDELS-STOR. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes som STOR mht. forsinkelse fordi Direktoratet for e-helse er svært sentral i mobilisering og ledelse av det nasjonale planleggingsprosjektet. Konsekvensen kan bli alvorlig mht. forsinkelse i nasjonalt planleggingsprosjektet hvis nødvendig kapasitet ikke er mobilisert første halvår 2017. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen mht. forsinkelse og merkostnader vurderes som: • Modell 2A: LITEN-MIDDELS • Modell 2B: MIDDELS • Modell 2C: MIDDELS-STOR • Modell 3A: LITEN-MIDDELS • Modell 3B: LITEN-MIDDELS Helseplattformen forholder seg primært til egen styringsramme og kan ikke vente på nasjonal mobilisering av kapasitet og kompetanse. Mangelfull kapasitet innen kodeverk, terminologi og standarder og behovet for gode konsekvensvurderinger, kan gi forsinkelser som fører til at Helseplattformen må ta valg som innebærer risiko for senere justering og eventuelle tilleggsinvesteringer for senere tilpasning til nasjonale krav.
4	Kapasitet, kompetanse og styring i Helsedirektoratet og andre nasjonale fagmyndigheter	Helseplattformen, med eller uten et nasjonalt oppdrag, har behov for helsefaglige avklaringer knyttet til særskilte tema (kapitel 3.1.4). Risiko for at Helsedirektoratet og andre nasjonale fagmyndigheter ikke har kapasitet og kompetanse til å gi avklaringer og fatte beslutninger i tråd med Helseplattformens tidsplan. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er MIDDELS-STOR. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes foreløpig som MIDDELS-STOR inntil omfanget av faglige avklaringer og beslutninger er mer avklart. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen mht. forsinkelse og merkostnader vurderes som:

		• Modell 2A: LITEN-MIDDELS • Modell 2B: MIDDELS • Modell 2C: MIDDELS-STOR • Modell 3A: LITEN-MIDDELS • Modell 3B: LITEN-MIDDELS Helseplattformen forholder seg primært til egen styringsramme og kan ikke vente på nasjonal mobilisering av kapasitet og kompetanse. Helseplattformen kan måtte ta valg som innebærer risiko for senere justering og eventuelle tilleggsinvesteringer for senere tilpasning til nasjonale krav.
5	Kapasitet i øvrig spesialisthelsetjeneste	De regionale helseforetakene i Nord, Vest og Sør-Øst står i større, tilsvarende tiltak. Risiko for at øvrig spesialisthelsetjeneste ikke har kapasitet til å følge opp og bidra med innspill til Helseplattformen, samt delta i nasjonalt prosjekt som skal planlegge videre nasjonal utvikling. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er STOR. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes som STOR. Spesialisthelsetjenesten er helt sentral i planleggingen av videre nasjonal utvikling og mht. å øke sannsynligheten for nasjonal gjenbruk av Helseplattformen. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen mht. forsinkelse og merknader vurderes som: • Modell 2A: LITEN • Modell 2B: LITEN-MIDDELS • Modell 2C: MIDDELS • Modell 3A: LITEN • Modell 3B: LITEN Helseplattformen forholder seg primært til egen styringsramme og kan ikke vente på nasjonal mobilisering av kapasitet og kompetanse. Helseplattformen kan måtte ta valg som innebærer risiko for senere justering og eventuelle tilleggsinvesteringer for senere tilpasning til nasjonale krav. Konsekvensen øker betraktelig hvis Helseplattformen eventuelt skal spille en sentral rolle i standardisering og konsolidering av spesialisthelsetjenestens løsninger.
6	Avvik i kommunalt ambisjonsnivå	Kommunene som deltar i Helseplattformen kan i sitt samarbeid med spesialisthelsetjenesten ha kommet frem til behov og krav som avviker fra øvrige kommuner nasjonalt, eller som ikke tilstrekkelig ivaretar forskjellige behov mellom små og store kommuner. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er LITEN. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes foreløpig som MIDDELS. Svært store variasjoner i kommunalt ambisjonsnivå kan gi endring i nasjonal strategi og mål om en felles løsning. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen vurderes som STOR hvis det oppstår uforutsette og

		vesentlige endringer av omfang, behov og krav. Per nå er det usikkert hvor selvstendig deløsningen for henholdsvis kommunene og spesialisthelsetjenesten kan etableres.
7	Ulike behov i nasjonal fremrykning	Helseplattformen, som et mulig startpunkt for utvikling av en felles løsning for kommunesektoren, vil gi stor oppmerksomhet til prosess og behov i region Midt-Norge. Videre nasjonal gjennomføring må eventuelt avvente resultat, erfaringer og evalueringer fra region Midt-Norge. Risiko for at andre kommuner har et så stort behov at de ikke kan vente på Helseplattformen. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er MIDDELS. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes foreløpig som MIDDELS forutsatt at nasjonalt prosjekt forseres og gjennomføres i parallell med Helseplattformen. Kommuner som har et særskilt behov mht. å oppfylle krav til pasientsikkerhet og kvalitet må forutsette å gjennomføre tiltak som oppfyller virksomhetens ansvar. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen vurderes som LITEN.
8	Helseplattformen: Konflikter i krav og ambisjonsnivå mellom ulike tjenestenivåer og brukergrupper	Helseplattformen har et mål om å etablere en regional, helhetlig løsning. Det er ikke avklart om dette kan oppfylles i ett system, men målet om en helhetlig løsning vil favorisere systemer som kan håndtere integrerte arbeidsprosesser og informasjonsflyt på tvers av fastleger, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det er sannsynlig at et eventuelt helhetlig system har sitt utspring i spesialisthelsetjenesten og at den direkte kravoppfyllelsen for kommunesektoren kan være middels eller svak, og dermed stille krav om utvikling. Merk at det i dag også er et dokumentert gap mellom behov/krav og eksisterende PAS/EPJ-løsninger i kommunesektoren. Risiko for konflikter i krav og ambisjonsnivå mellom ulike tjenestenivåer og brukergrupper. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer må vurderes i anskaffelsesprosessen. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen må vurderes i anskaffelsen. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen må vurderes i anskaffelsen.
9	Usikkerhet for planlagte og pågående tiltak	Et nasjonalt oppdrag til Helseplattformen kan utløse usikkerhet i pågående tiltak i øvrig spesialisthelsetjeneste, spesielt for utviklingen av neste generasjon PAS/EPJ-løsninger og videre konsolidering og standardisering i spesialisthelsetjenesten. Kommuner som er i ferd med å planlegge eller gjennomføre investeringer i PAS/EPJ og/eller som skal konsolidere løsninger som følge av kommunesammenslåinger kan oppleve usikkerhet knyttet til tidslinje og investeringsvalg på kort/mellomlang sikt. Det kan også oppstå usikkerhet i nasjonale tiltak for videreutvikling av

eksisterende løsninger, for eksempel kjernejournal, e-resept og samhandlingsplattformen, og utvikling av nye løsninger, for eksempel innen velferdsteknologi. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer på kort sikt (om lag midten av 2018) vurderes til LITEN. Sannsynligheten er derimot stor for at mange tiltak ønsker avklaringer før både Helseplattformen og det nasjonale planleggingsprosjektet kan gi gode svar eller presise konsekvensvurderinger. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes foreløpig som LITEN-MIDDELS. Anskaffelsen i Helseplattformen og parallelt nasjonal prosjekt har en viktig oppgave med å redusere usikkerheten. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Ikke aktuell.
--

Tabell 8 Overordnede risikoelementer for hovedmodellene 2 og 3

Nedenfor følger særskilte risikoelementer per alternative modell.

4.2.6.1 Modell 2

Tabellen nedenfor beskriver særskilt risiko knyttet til den generelle modell 2 og risiko spesifikk for de tre modellalternativene.

#	Risikoelement	Beskrivelse
10	Begrenset overføringsverdi til andre regioner	Helseplattformen, som et mulig startpunkt for utvikling av en felles løsning for kommunesektoren, forutsetter avklaring av krav og muligheter for integrasjon med spesialisthelsetjenesten i andre regioner. I et scenario hvor Helseplattformen velger en vesentlig forskjellig løsningsstrategi enn de andre spesialisthelsetjenesteregionene, er det risiko for at overføringsverdien og gjenbruksgraden for kommunene utenfor region Midt-Norge kan bli redusert eller stille krav om tilleggsinvesteringer. Merk at i et eventuelt løsningsscenario hvor løsningen i Midt-Norge består av ett integrert system, og løsninger i andre regioner krever integrasjon mellom to eller flere systemer, vil løsningen i region Midt-Norge med stor sannsynlighet ha en høyere funksjonell kravoppfyllelse. Eksisterende løsningsstrategier i de andre spesialisthelsetjenesteregionene, samt situasjonen i leverandørmarkedet, tilsier at regionene på mellomlang-lang sikt må basere seg på integrasjon mellom ulike systemer. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er: - Modell 2A: SVÆRT STOR - Modell 2B: LITEN-MIDDELS - Modell 2C: LITEN-MIDDELS Risikoen må løpende vurderes gjennom anskaffelsesprosessen. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen er foreløpig vurdert slik: - Modell 2A: MIDDELS-STOR - Modell 2B: LITEN-MIDDELS - Modell 2C: LITEN-MIDDELS En fremdrift hvor denne risikoen øker, stiller krav om replanlegging og

		eventuelt mindre tett knytning mellom Helseplattformen og nasjonalt prosjekt. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Ikke aktuell.
Modell 2A og 2B		
11	Liten konkurranse i sekvensielle anskaffelser og risiko for «monopolprising»	En sekvensiell anskaffelse som ligger tett opp til Helseplattformens anskaffelse i tid og innhold og eventuelt bygger på en vellykket første innføring i region Midt-Norge kan gi liten eller ingen konkurranse og eventuelt «monopolprising». Det er for tidlig å vurdere sannsynligheten for at risikoen inntreffer. En konsekvens kan være at anskaffelsen(e) må avlyses.
12	Ulike løsningsvalg i Helseplattformen og sekvensiell(e) anskaffelse(r)	Selv om den eller de sekvensielle anskaffelsene i stor grad bygger på arbeid og resultat i Helseplattformen, er det risiko for at anskaffelsen kan medføre en annen løsning. Det er for tidlig å vurdere sannsynligheten for at risikoen inntreffer. En konsekvens kan være at det vil ta lenger tid å oppfylle alle nasjonale krav til en helhetlig løsning.
13	Frafall av kommuner i Midt-Norge som utløser opsjon gjennom Helseplattformen	Et nasjonalt tiltak for etablering av en felles løsning for kommunesektoren kan føre til frafall av kommuner som utløser opsjon gjennom Helseplattformen. Det er for tidlig å vurdere sannsynligheten for at risikoen inntreffer. Eventuelle konsekvenser kan være svakere kommersielle betingelser for de innledende kjøpsavtalene under Helseplattformen.
14	Frafall av nasjonalt tiltak	Helseplattformen er først og fremst et regionalt styrt prosjekt, basert på et samarbeid mellom den regionale spesialisthelsetjenesten og kommuner i regionen. Regionale behov, krav og styringsramme vil være førende og kan gi risiko for frafall i den nasjonale deltakelsen og interessen. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er LITEN forutsatt god felles planlegging og samarbeid. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen er foreløpig vurdert til LITEN-MIDDELS. En fremdrift hvor denne risikoen øker stiller krav om re-planlegging og eventuelt mindre tett knytning mellom Helseplattformen og nasjonalt prosjekt. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen vurderes i utgangspunktet å være LITEN-MIDDELS, men kan bli stor opp mot kommersielt forhandlingsrom i anskaffelsen og med hensyn til deltakelse og opsjonsutøvelse fra kommunene i Midt-Norge.
Modell 2B		
15	Svakere incentiver for nasjonal deltakelse i Helseplattformen	En modell med sekvensielle anskaffelser kan fremstå som mindre forpliktende enn en opsjonsmodell (2C). Dette kan øke risikoen for lav oppslutning fra kommuner utenfor region Midt-Norge. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er MIDDELS. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes å være LITEN forutsatt et nasjonalt prosjekt i parallell.

Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen vurderes å være LITEN .		
Modell 2C		
16	Høy styringsrisiko	I en modell hvor om lag 350 kommuner inngår som opsjoner i Helseplattformens anskaffelse så representerer den relative tyngden og antallet virksomheter i opsjonene en risiko for styring og gjennomføring av anskaffelsen som eventuelt kan føre til avlysning av anskaffelsen. En slik opsjonsmodell vil sannsynligvis kreve en endring av oppdragsgiverrollen hvor for eksempel en nasjonal leverandørorganisasjon inngår én avtale med en eller flere løsningsleverandører og den nasjonale leverandøren leverer PAS/EPJ-løsningen som en tjeneste til virksomhetene i sektoren. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er SVÆRT STOR. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes å være STOR. Selv om konsekvensen primært vil treffe Helseplattformen så vil det være et vesentlig steg tilbake i arbeidet med den nasjonale utviklingsretningen og det kommunale startpunktet. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen vurderes å være ALVORLIG.

Tabell 9 Særskilt risiko knyttet til modell 2

4.2.6.2 Modell 3

Tabellen nedenfor beskriver særskilt risiko knyttet til den generelle Modell 3 og risiko spesifikk for de to modellalternativene.

#	Risikoelement	Beskrivelse
17	Redusert tillit til målbilde om «Én innbygger – én journal»	En beslutning om vesentlig endring av Helseplattformens omfang, dvs. at det regionale tiltaket instrueres om kun å dekke spesialisthelsetjenesten, står i konflikt med helsepolitiske mål om mer helhetlige pasientforløp, «pasientens helsetjeneste» og målbilde for «Én innbygger – én journal». En slik beslutning kan være krevende å kommunisere og eventuelt bidra til å redusere tilliten til «Én innbygger – én journal» som tiltak. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er LITEN-MIDDELS. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes å være LITEN-MIDDELS. Modell 3 ligger generelt nærmere den anbefaling som ble gitt i utredning av «Én innbygger – én journal», men det kan være krevende å forklare hvorfor muligheten i Midt-Norge ikke utnyttet sterkere. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen vurderes å være ALVORLIG med hensyn til den forberedelse og de forventninger som er skapt i Helseplattformen.
Modell 3A		
18	Høy styringsrisiko	Parallell gjennomføring av to store tiltak i to styringslinjer der målet i Midt-Norge er å etablere en helhetlig regional løsning og det nasjonale tiltaket skal ivareta de helhetlige nasjonale interessene, øker styringsrisikoen i tiltakene.

		Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er SVÆRT STOR. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes å være MIDDELS. Modell 3A kan gi høyere risiko sammenlignet med å starte i en spesialisthelsetjenesteregion som har sin løsning på plass. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen vurderes å være STOR med hensyn til den programforberedelse som er gjort i Helseplattformen.
19	Redusert tro på realisering av «En innbygger – én journal»	En vesentlig utsettelse av Helseplattformen og begrensning av omfang til spesialisthelsetjenesten kan gi vesentlig redusert tro på at «En innbygger – én journal» (og Helseplattformen) realiseres. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er SVÆRT STOR. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vurderes å være MIDDELS. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen er ALVORLIG og kan representere en vesentlig virksomhetsrisiko pga. mangelfull PAS/EPJ-løsning.
Modell 3B		
20	Mangelfull helhetlig løsning i region Midt-Norge	En sekvensiell gjennomføring av tiltakene i region Midt-Norge øker risikoen for at løsningen i Midt-Norge blir mindre helhetlig. I denne modellen har spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge allerede anskaffet en ny løsning og det nasjonale tiltaket for kommunesektoren må gjøre sine vurderinger i et nasjonalt perspektiv. I et scenario hvor eksisterende løsningsstrategier i Nord, Vest og Sør-Øst ligger fast og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge velger en annen løsningsstrategi så kan volum/storskala tilsi at det er integrasjonen i Nord, Vest og Sør-Øst som får prioritet når den nasjonale, kommunale løsningen skal velges. Det er for tidlig å vurdere sannsynligheten for at risikoen inntreffer.

Tabell 10 Særsilt risiko knyttet til modell 3

4.2.6.3 Modell 0

Tabellen nedenfor beskriver særsilt risiko knyttet til modell 0, *utover* den selvstendige risikovurderingen som ligger i Helseplattformen og risikovurderingen av et (selvstendig) nasjonalt tiltak som ble gjennomført som del av utredningen av «En innbygger – én journal».

#	Risikoelement	Beskrivelse
21	Kapasitet, kompetanse og økonomisk bæreevne i Helseplattformen	Helseplattformen er et svært stort tiltak og vesentlig større enn tidligere gjennomførte IKT-/e-helsetiltak i Helse Midt-Norge RHF. Tiltaket kompliseres ytterligere ved at det omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester og at det er etablert et ambisjonsnivå som få andre virksomheter har realisert selvstendig eller gjennom samarbeid. Helse Midt-Norge RHF skal i parallell etablere nytt sykehus på Møre. Helseplattformen har over tid mobilisert kapasitet og kompetanse og vurderer selv denne som tilstrekkelig for gjennomføring av anskaffelsen. Det kan være behov for ytterligere spisskompetanse innen særskilte temaområder. Risiko for at Helseplattformen må justere tidsplan og ambisjonsnivå.

		Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er foreløpig SVÆRT STOR. (Vurderingen er for Helseplattformen som helhet, ikke begrenset til anskaffelsen). Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: En mangelfull realisering av Helseplattformen vil kunne påvirke muligheten for realisering og verifisering av det nasjonale målbildet. Konsekvensen er vesentlig for Helseplattformen, men indirekte vurderer vi at den har MIDDELS konsekvens for realisering av nasjonalt målbilde Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Helseplattformen kommuniserer at de allerede er på en stram tidslinje knyttet til eksisterende PAS/EPJ-løsning og nytt sykehus på Møre. Med lite tidsbuffer får forsinkelser STOR konsekvens. Om dagens PAS/EPJ-driftssituasjon blir forverret så kan konsekvensen bli alvorlig.
22	Frafall av kommuner	Et parallelt nasjonalt tiltak som skal realisere en felles, kommunal løsning gir risiko for merkostnader for kommunene i Midt-Norge. Mangelen på et nasjonalt oppdrag og nasjonal involvering kan føre til at Helseplattformen får mindre oppslutning fra kommunene i Midt-Norge, både mht. deltakelse i anskaffelsen og i utøvelse av opsjoner. Redusert oppslutning fra kommunene kan føre til at Helseplattformen justerer sitt omfang til spesialisthelsetjenesten. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er STOR. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Om årsaken til frafall av kommuner kun er knyttet til mangelen på et nasjonalt oppdrag og risiko for senere tilleggsinvesteringer så er den nasjonale konsekvensen LITEN. Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen kan være STOR ved at målet om en helhetlig løsning ikke kan oppfylles eller får vesentlig lavere funksjonell måloppfyllelse og lavere gevinster.
23	Redusert mobilisering for et nasjonalt tiltak	En realisering av modell 0 i region Midt-Norge kan redusere legitimiteten til anbefalingen i utredning av «Én innbygger – én journal» og gi redusert interesse for å iverksette et nasjonalt tiltak. Fall-back er videreføring av utredningens nullalternativ med regionale tiltak for samarbeid mellom kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Sannsynligheten for at risikoen inntreffer er MIDDELS. Konsekvenser for realisering av nasjonalt målbilde: Konsekvensen vil være ALVORLIG for realisering av målbildet om «Én innbygger – én journal». Konsekvenser for realisering av Helseplattformen: Konsekvensen vurderes å være LITEN. (Helseplattformen kan eventuelt miste drahjelp på avklaringer og beslutninger innen særskilte tema, jf. kapittel 3.1.4 som kan gi risiko for fremdrift).

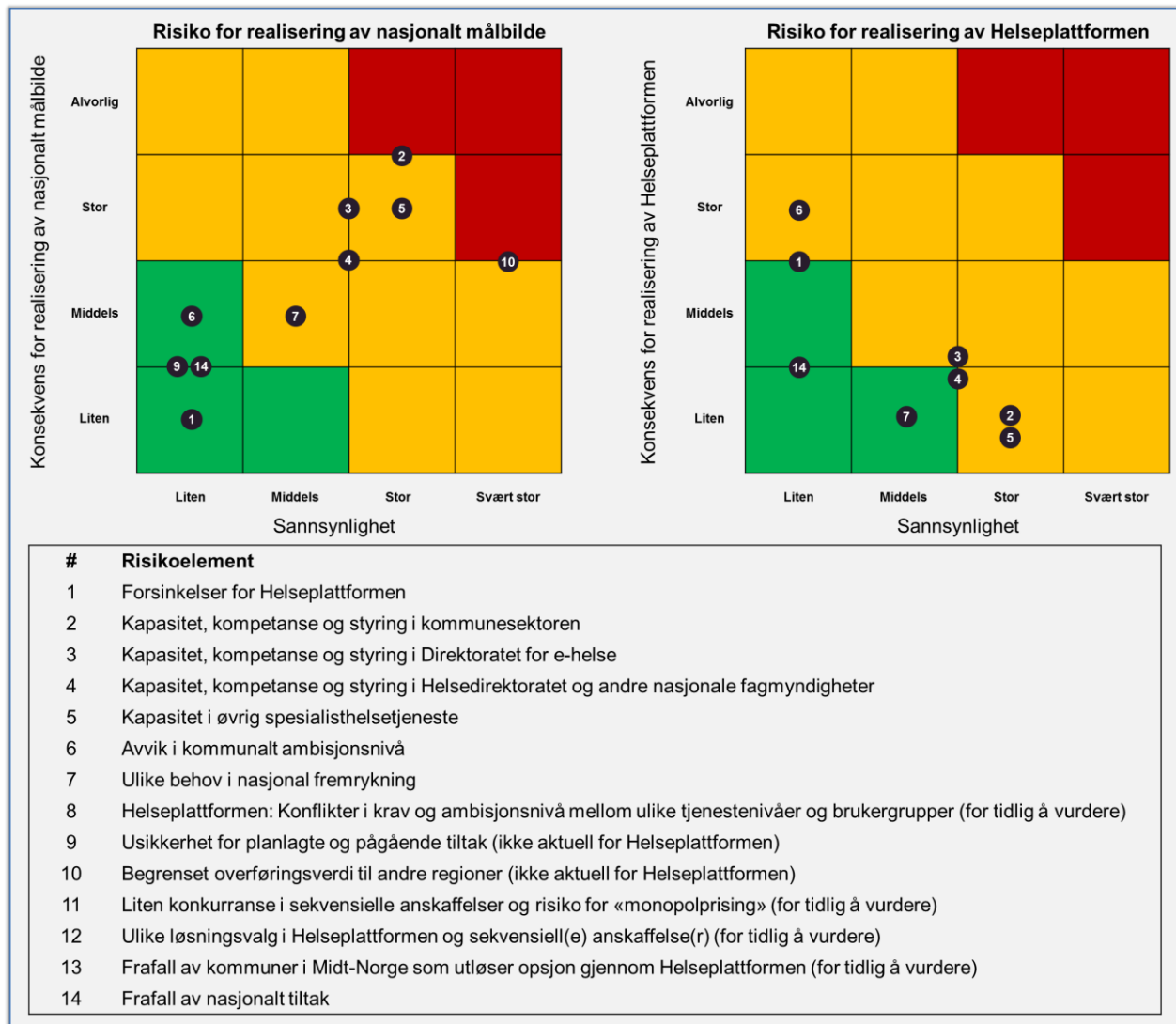
Tabell 11 Særskilt risiko knyttet til modell 0

4.2.6.4 Oppsummering av risikovurderinger

I de følgende figurene vil vurdering av risikoelementene oppsummeres for hver modell. Det er to risikomatriser per modell, én for risiko for den nasjonale gjennomføringen og én for risiko for Helseplattformen, siden konsekvensen av hvert risikoelement vil kunne være ulik for de to.

Modell 2A

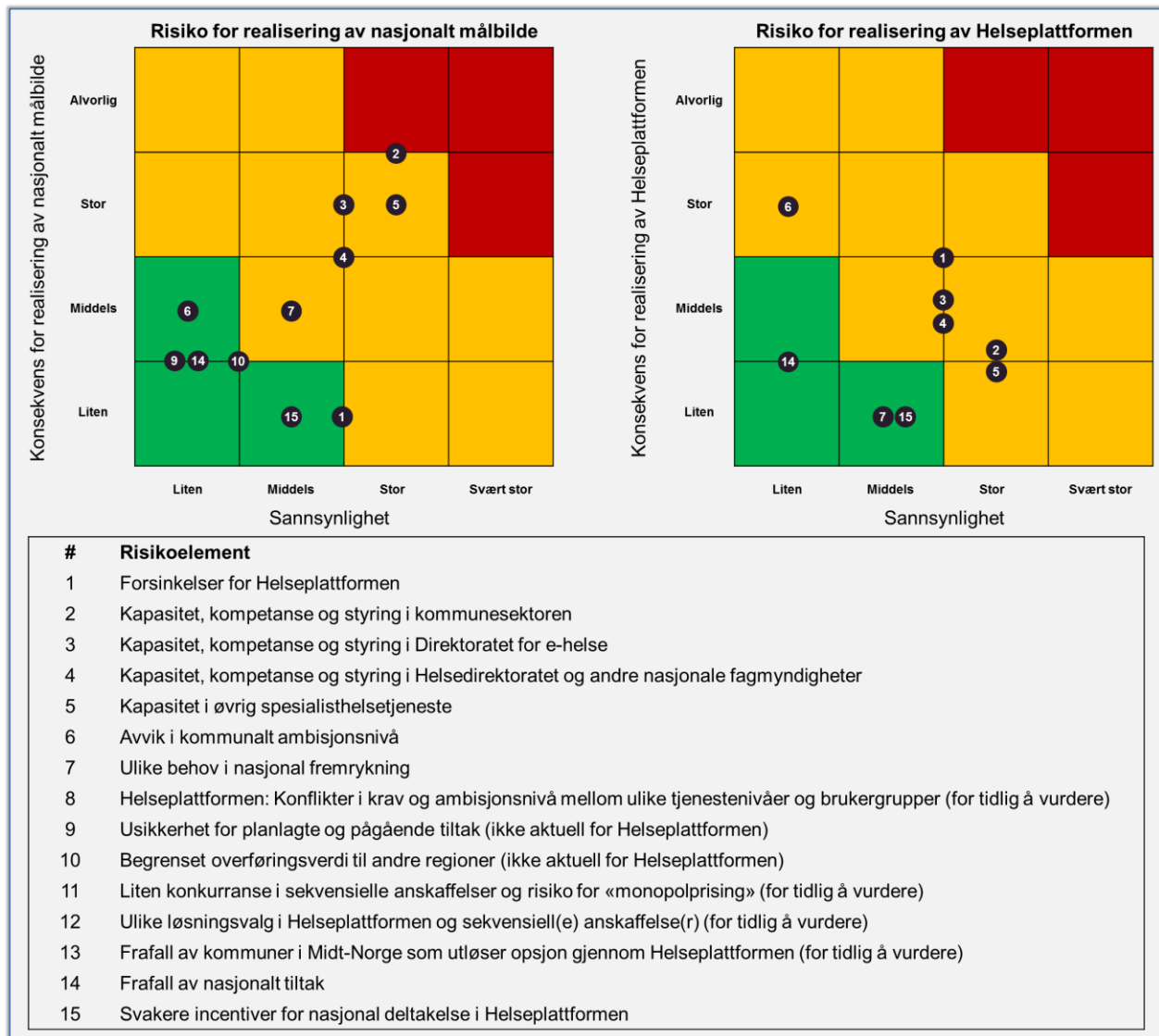
Figuren nedenfor viser vurdering av risikoelementene i modell 2A for realisering av henholdsvis nasjonalt målbilde og Helseplattformen.



Figur 4.3 Risikovurdering for modell 2A

Modell 2B

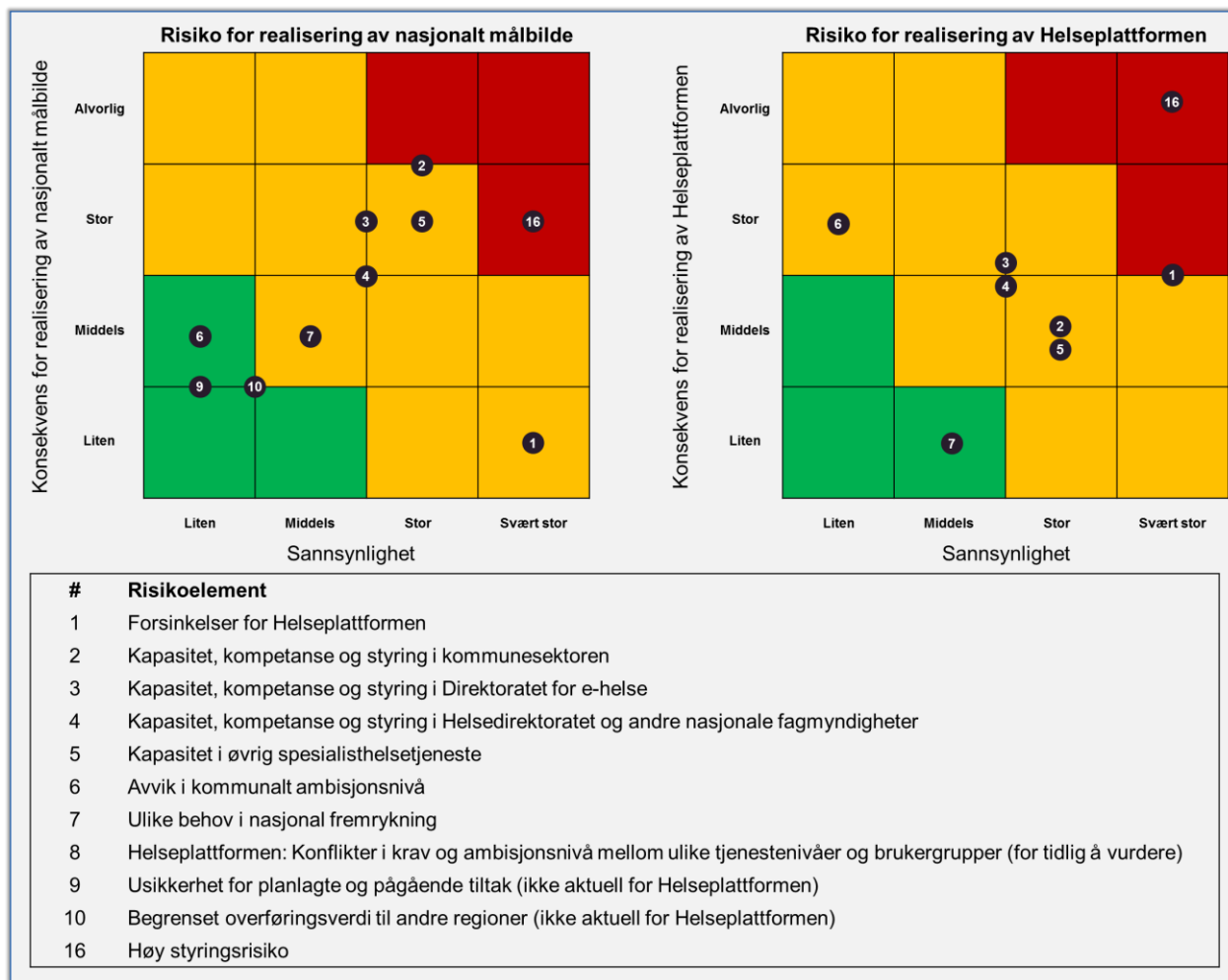
Figuren nedenfor viser vurdering av risikoelementene i modell 2B for realisering av henholdsvis nasjonalt målbilde og Helseplattformen.



Figur 4.4 Risikovurdering for modell 2B

Modell 2C

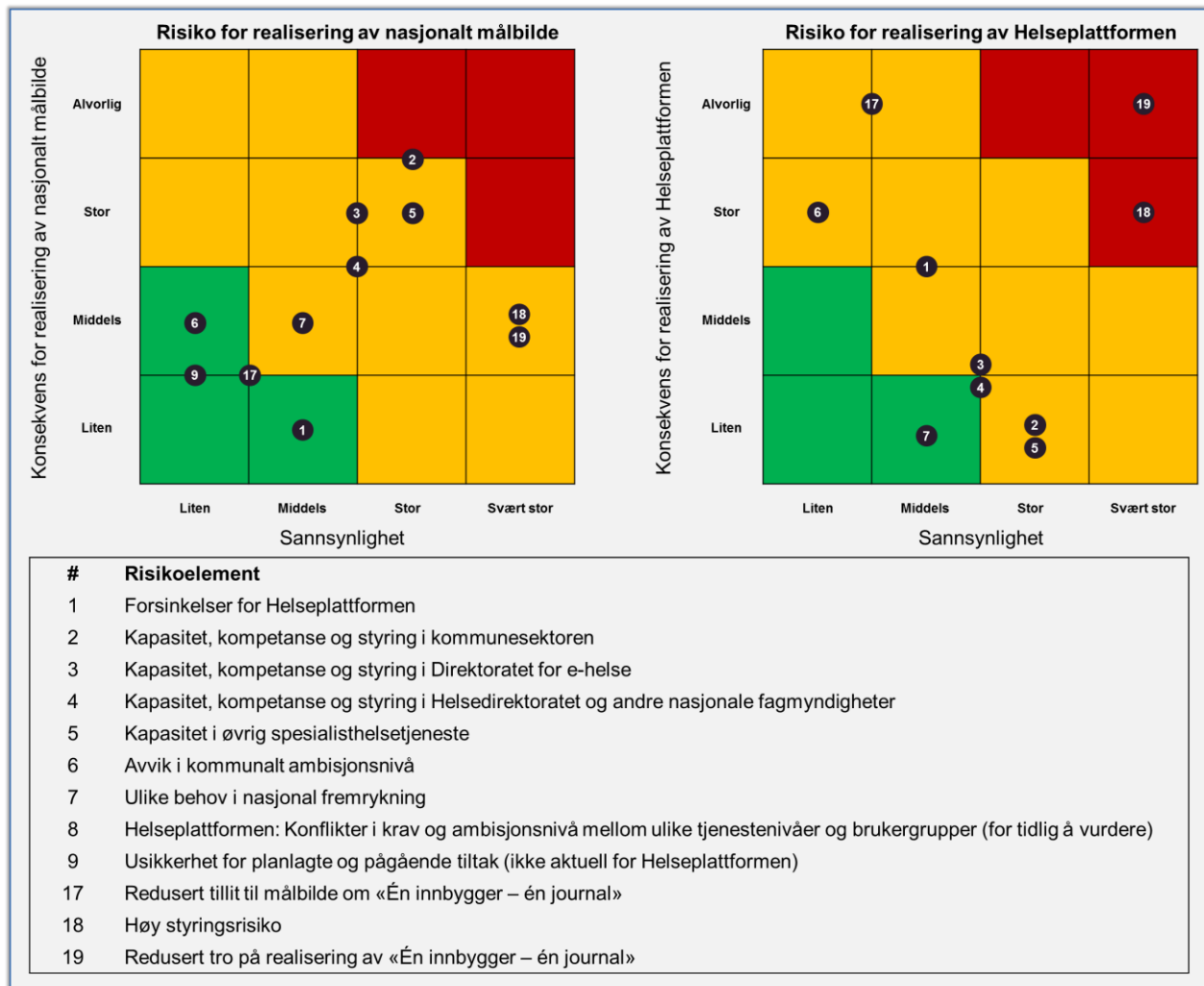
Figuren nedenfor viser vurdering av risikoelementene i modell 2C for realisering av henholdsvis nasjonalt målbilde og Helseplattformen.



Figur 4.5 Risikovurdering for modell 2C

Modell 3A

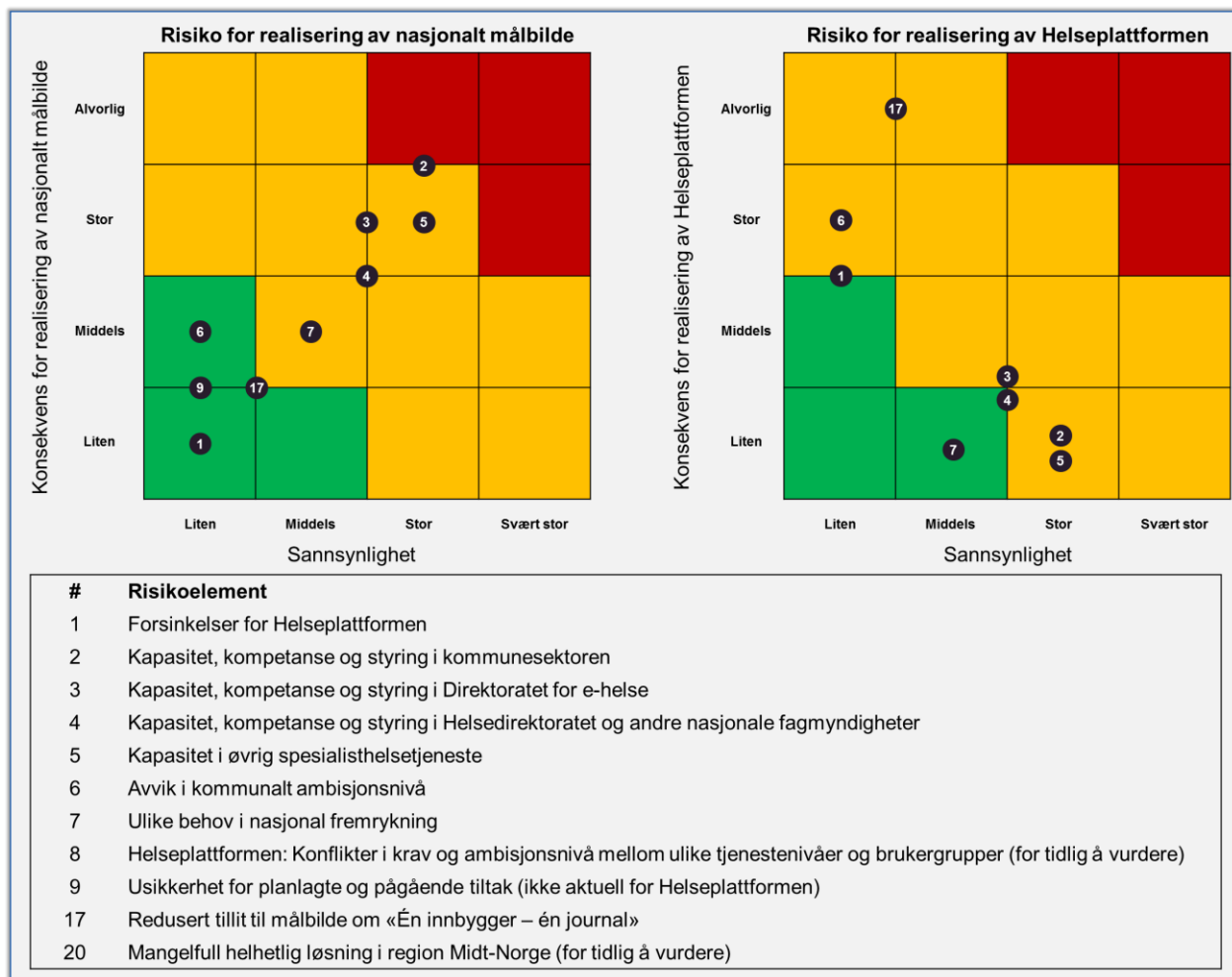
Figuren nedenfor viser vurdering av risikoelementene i modell 3A for realisering av henholdsvis nasjonalt målbilde og Helseplattformen.



Figur 4.6 Risikovurdering for modell 3A

Modell 3B

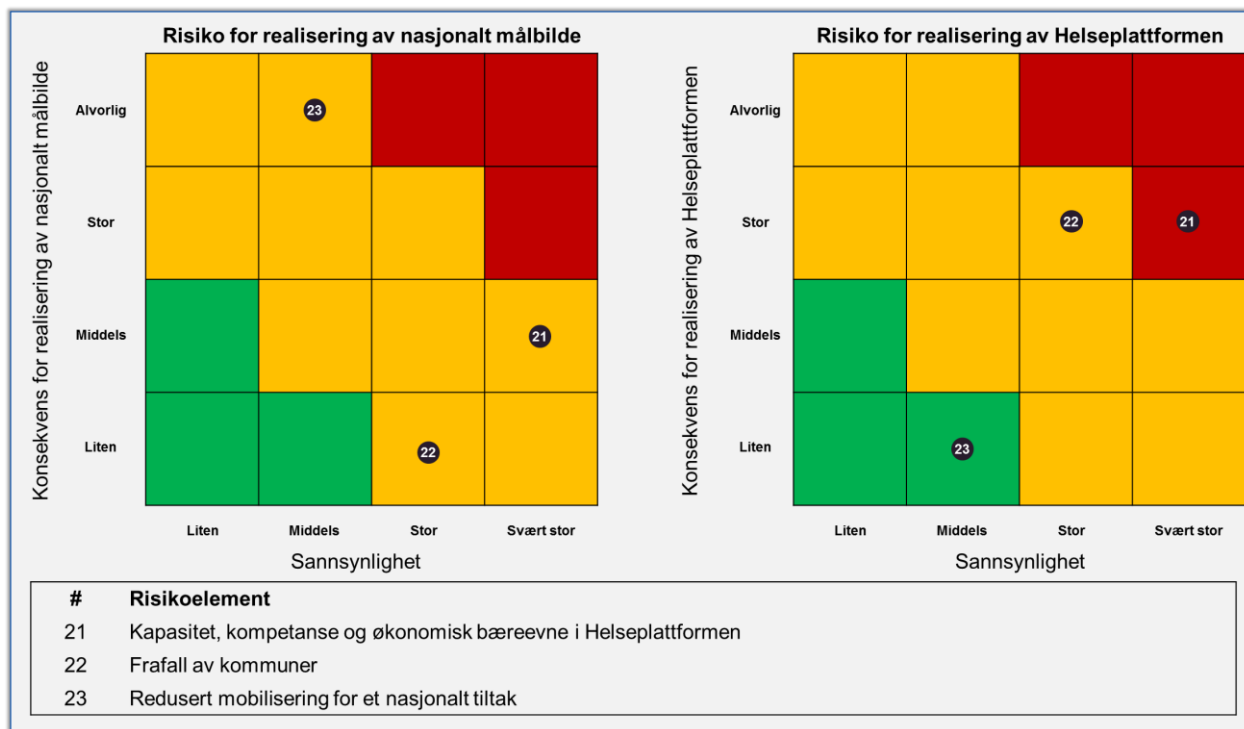
Figuren nedenfor viser vurdering av risikoelementene i modell 3B for realisering av henholdsvis nasjonalt målbilde og Helseplattformen.



Figur 4.7 Risikovurdering for modell 3B

Modell 0

Figuren nedenfor viser vurdering av risikoelementene i modell 0 for realisering av henholdsvis nasjonalt målbilde og Helseplattformen. For modell 0 er det kun lagt inn særskilte risikopunkter som følge av kontekst med samtidig gjennomføring av Helseplattformen i region Midt og et nasjonalt tiltak for øvrige regioner. I tillegg til punktene beskrevet nedenfor kommer den selvstendige risikovurderingen som ligger i Helseplattformen samt risikovurderingen av et (selvstendig) nasjonalt tiltak som ble gjennomført som del av utredningen av «En innbygger – én journal».



Figur 4.8 Risikovurdering for modell 0

4.3 Samlet vurdering

Med hensyn til *fremdrift for Helseplattformen* vil modell 0 og 2A på kort sikt føre til minst forsinkelse. Modell 0 har imidlertid risiko for frafall fra kommuner og har slik sett utfordring i forhold til å realisere Helseplattformen sitt målbilde. Med hensyn til *fremdrift for realisering av det nasjonale målbildet* vurderes modellene 2B og 2C til å være best posisjonert.

Med hensyn til *styringsmodell* vurderes modellene 3A, 3B og 2A til å ha tydeligst styringsmodell med mest gjenbruk av dagens struktur. For 3A og 3B er det imidlertid kompliserende at målet om en helhetlig løsning i Midt-Norge skal ivaretas gjennom to tiltak og styringslinjer og det kan være krevende å få avklaringer på spørsmål innen særskilte tema. Sett fra et *kommunalt og nasjonalt perspektiv* vurderes 2B til å være en mer egnet styringsmodell fordi den best hensyntar behovet for nasjonal koordinering og styring som er en forutsetning for realisering av målbildet om felles løsninger.

Alle modellene legger til rette for en *stegvis regional og nasjonal gjennomføring*, men modell 0 gir minst grunnlag for videre nasjonal utvikling med utgangspunkt i Helseplattformens anskaffelse. Modellene 2A, 2B og 2C gir alle mulighet for at et nasjonalt tiltak kan endre sin gjennomføringsstrategi og tidsplan, men muligheten vurderes som samlet sett best i modell 2A og 2B.

Med tanke på *finansieringsmodell* har 3A og 3B fordelene at de i størst grad tar utgangspunkt i eksisterende styringslinjer, spesielt for spesialisthelsetjenesten, noe som kan være best egnet til å etablere en tydelig finansieringsmodell. Modell 3B kan ha fordel med mindre uklarhet om hvilket tiltak som skal dekke hvilke kostnader siden tiltak for spesialist- og kommunal helse- og omsorgstjeneste gjennomføres stegvis.

Modellene 2A og 2B har et ekstra finansieringsbehov knyttet til sekvensielle anskaffelser sammenlignet med 2C. For 0, 3A og 3B er det finansieringsbehov for nasjonalt tiltak for anskaffelse av felles kommunal løsning som sannsynligvis er høyere fordi de i mindre grad kan gjenbruke anskaffelsen i Helseplattformen.

Modellene 0, 3A og 3B reiser ingen vesentlige *juridiske og anskaffelsesfaglige* problemstillinger, utover de som er knyttet til anskaffelsesprosesser generelt. Modellene 2A og 2B vil medføre mindre komplekse anskaffelsesprosesser og færre formelle forpliktelser for partene enn 2C, og følgelig lavere gjennomføringsrisiko knyttet til anskaffelsesprosessene enn for den felles anskaffelsen i modell 2C. På den annen side vil fraværet av formell kobling mellom anskaffelsene i modell 2A og 2B medføre en klar mulighet for at anskaffelsene ender med forskjellig løsningsvalg og slik sett et mindre optimalt utfall sett i lys av det nasjonale målbildet. Det er for øvrig en viss risiko for at modell 2C, der opsjoner vil utgjøre en betydelig del av den samlede anskaffelsen, isolert sett vil kunne komme i strid med anskaffelsesregelverkets krav til forutberegnelighet for leverandørene.

Samlet vurdering av *risiko* viser et bilde av samlet høy risiko for alle modeller. Følgende momenter er vurdert til å ha middels-høy eller høy risiko i samtlige:

- Kapasitet, kompetanse og økonomisk bæreevne i Helseplattformen
- Kapasitet, kompetanse og styring i kommunesektoren
- Kapasitet, kompetanse og styring i Helsedirektoratet og andre nasjonale fagmyndigheter
- Kapasitet i øvrig spesialisthelsetjeneste

For *modell 0* vurderes i tillegg risikoen for frafall fra øvrige kommuner i Midt-Norge grunnet mangelen på et nasjonalt oppdrag og nasjonal involvering i Helseplattformen.

For *modell 2A, 2B og 2C* er det høy risiko for at nasjonalt oppdrag til Helseplattformen og nasjonal involvering og deltakelse kan føre til tidsforskyvning av Helseplattformen, denne risikoen er spesielt høy i modell 2B og 2C. Sekvensielle anskaffelser kan resultere i liten konkurranse og risiko for «monopolprising», men det er for tidlig å vurdere sannsynligheten dette inntreffer. Modell 2C er definert til å ha svært høy styringsrisiko i og med at øvrige kommuner nasjonalt representerer risiko for styring og gjennomføring av anskaffelsen som eventuelt kan føre til avlysning av anskaffelsen.

Modell 3A vurderes til å ha svært høy styringsrisiko gitt parallell gjennomføring av to store tiltak i to styringslinjer der målet i Midt-Norge er å etablere en helhetlig regional løsning og det nasjonale tiltaket skal ivareta de helhetlige nasjonale interessene øker styringsrisikoen i tiltakene.

Den vesentlige utsettelsen og begrensning av omfang til spesialisthelsetjenesten som 3A innebærer for Helseplattformen vurderes til å innebære høy risiko for redusert tillit til hvordan målbildet i «En innbygger – én journal» realiseres.

Modell 3B innebærer mulig risiko for mangelfull helhetlig løsning i region Midt-Norge. Sekvensiell gjennomføring av tiltakene i region Midt-Norge med mulig stort sprang i tid øker risikoen for at løsningen i Midt-Norge blir mindre helhetlig på tvers av spesialist- og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er for tidlig å vurdere sannsynligheten for at risikoen inntreffer.

5 Anbefaling

Direktoratet for e-helse står ved sin anbefaling fra utredningen av «En innbygger – én journal». Med hensyn til gjennomføringsstrategi så vurderer vi at Helseplattformen i Midt-Norge gir en mulighet for tidligere verifisering av det nasjonale målbilde, samt etablering av et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlegene. En kritisk forutsetning for å lykkes med denne tilnærmingen er forsering og etablering av et nasjonalt prosjekt som fra høsten 2016 skal planlegge gjennomføring av det anbefalte startpunktet innen kommunale helse- og omsorgstjenester og sikre den nasjonale utviklingsretningen i tråd med anbefalingen i utredningen av «En innbygger – én journal». Det nasjonale planleggingsprosjektet må sikres nødvendig finansiering nasjonalt fra 2017. Prosjektet skal samarbeide med og utøve nasjonal innflytelse på vurderinger og valg i Helseplattformen, samt vurdere hvordan en felles nasjonal løsning for kommunale helse- og omsorgstjenester skal innføres i de andre spesialisthelsetjenesteregionene.

Det nasjonale planleggingsprosjektet skal på selvstendig grunnlag vurdere behov og realisering av felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste – i tråd med anbefalingene i utredning av «En innbygger – én journal» og basert på erfaringer fra Helseplattformen. En felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste stiller krav til at det etableres en nasjonal kommunal styringsmodell. Det er risiko knyttet til tilgjengelig kapasitet og kompetanse og det er behov for nasjonal finansiering for å gjennomføre et slikt initiativ. Gjennomføringen krever aktiv deltakelse fra spesialisthelsetjenesten, både i forhold til den nasjonale løsningen for kommunene og for å sikre en best mulig samhandlingsløsning mellom den nasjonale løsningen for kommunene og de regionale løsningene i spesialisthelsetjenesten.

Direktoratet for e-helse anbefaler at Helse Midt-Norge RHF gjennom programmet Helseplattformen får i oppdrag å være et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbilde i «En innbygger – én journal» og et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Målene som ligger til grunn for Direktoratet for e-helse sin anbefaling er raskest mulig realisering av det nasjonale målbildet, god ressursutnyttelse og lavest mulig risiko.

Programmet Helseplattformen i region Midt-Norge bør finansieres, styres og gjennomføres i henhold til avtaler og fullmakter inngått mellom selvstendige virksomheter i Midt-Norge. Helseplattformen har bestemmende innflytelse i styringen og besluttede myndighet i anskaffelsen. Helseplattformen skal inkludere nasjonal representasjon i programstyret og sikre nasjonal deltakelse og innflytelse i planlegging, gjennomføring og i faglige vurderinger av tema som kan ha betydning for den nasjonale utviklingsretningen. Helseplattformens anskaffelse skal begrenses til virksomhetene i Midt-Norge, men skal gjennom regulering ta høyde for at senere anskaffelser kan ta utgangspunkt i og bygge på Helseplattformens anskaffelse. Det nasjonale planleggingsprosjektet har ansvar for å planlegge videre nasjonal gjennomføring og etableres under ledelse av Direktoratet for e-helse og i tett samarbeid med kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten, øvrige nasjonale fagmyndigheter og pasient-/brukerorganisasjoner. Det bør etableres en egen styringsgruppe for det nasjonale planleggingsprosjektet og sentrale strategiske problemstillinger bør behandles i Nasjonalt e-helsestyre.

Helseplattformen er et stort tiltak og på nåværende tidspunkt vurderes tiltaket i sin helhet å ha høy risiko med stor sannsynlighet for endring i tidsplan og justering av omfang. Det nasjonale oppdraget stiller ytterligere krav til styring. Felles planlegging, godt samarbeid og koordinering mellom Helseplattformen og det nasjonale planleggingsprosjektet kan bidra til å ta ned risikoen i Helseplattformen og øke sannsynligheten for at Helseplattformen blir et sentralt steg i den nasjonale utviklingsretningen mot «En innbygger – én journal».

Direktoratet for e-helse sin anbefaling tilsvarer modell 2B i dette dokumentet. Modell 2A anbefales ikke fordi den vil gi et vesentlig dårligere grunnlag for videre nasjonal utvikling. Modell 2C anbefales ikke fordi den gir for høy risiko i Helseplattformens anskaffelse. Modell 3A anbefales ikke fordi den gir stor forsinkelse for Helseplattformen og spesielt Helse Midt-Norge RHF sitt behov for ny PAS/EPJ-løsning. Modell 3B anbefales ikke fordi den ikke gir samme mulighet til å verifisere det nasjonale målbildet og dårligere grunnlag for god ressursutnyttelse. Modell 0 gir minst grunnlag for videre nasjonal utvikling og kan føre til et vesentlig frafall av kommuner i region Midt-Norge og dermed

redusert mulighet til å etablere en helhetlig løsning på tvers av kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste.

En beslutning fra Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med Direktoratet for e-helse sin anbefaling, legger føringer og forutsetninger for videre arbeid. Det må konkretiseres og etableres en styrings- og samarbeidsmodell mellom det nasjonale planleggingsprosjektet og Helseplattformen. Det må etableres et nasjonalt planleggingsprosjekt i samarbeid med kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. I tillegg må det etableres felles planlegging mellom nasjonalt planleggingsprosjekt og Helseplattformen, samt felles arbeid knyttet til kunngjøring av Helseplattformens anskaffelse og 1. versjon av konkurransegrunnlag. Foreløpig vurdering fra Direktoratet for e-helse er at det kan være mulig å holde fast på Helseplattformens planlagte kunngjøringsdato, forutsatt at sentrale aktører i sektoren ikke har større innsigelser. Helseplattformen bør foreløpig påregne en forsinkelse på 3-6 måneder for 1. versjon av konkurransegrunnlag, opprinnelig planlagt i november 2016.

5.1 Behandling i Nasjonalt e-helsestyre 6. juni 2016

En foreløpig versjon av dette dokumentet var underlag for behandling i Nasjonalt e-helsestyre 6. juni 2016 (sak 23/16). Følgende ble vedtatt:

- Nasjonalt e-helsestyre vil primært tilrå at anbefalingen fra utredning av «Én innbygger – én journal» følges med startpunkt i kommunal helse- og omsorgstjeneste og med en helhetlig nasjonal løsning som langsiktig målbilde.
- Dersom det blir vanskelig å gjennomføre anskaffelsen i Midt-Norge uavhengig av den nasjonale anskaffelsen, kan Nasjonalt e-helsestyre akseptere alternativ 2B. En kritisk forutsetning for dette er en forsering og etablering av et parallelt nasjonalt prosjekt i 2016, som skal planlegge en nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste i tråd med anbefalingen i utredningen av «Én innbygger – én journal». Det nasjonale forprosjektet må sikres nødvendig finansiering nasjonalt. I dette arbeidet skal en også vurdere hvordan en nasjonal felles kommuneløsning skal innføres i de andre spesialisthelserregionene.
- Det må etableres en styringsmodell for det nasjonale prosjektet underlagt Nasjonalt e-helsestyre og Direktoratet for e-helse. Nasjonalt e-helsestyre forutsetter at styringsmodellen blir lagt frem for Nasjonalt e-helsestyre til endelig beslutning.
- Helseplattformen i region Midt-Norge finansieres, styres og gjennomføres iht. avtaler og fullmakter inngått mellom selvstendige virksomheter i Midt-Norge.
- Det forutsettes at det nasjonale prosjektet får nasjonal finansiering.

6 Vedlegg 1: Fordeler og ulemper ved alternative modeller

Tabellene nedenfor gir en oversikt over fordeler og ulemper ved de alternative modellene.

Modell 0	
	Fordeler: - Helse Midt-Norge RHF og samarbeidende kommuner kan opprettholde sin tidsplan. - Tiltaket kan gi nyttig erfaring og læring for nasjonale myndigheter og virksomheter utenfor regionen. Kunnskap om leverandørmarkedet, produkter og tjenester kan gi verdifull innsikt for strategi- og planutvikling i andre virksomheter i både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. - Modellen skaper ikke usikkerhet for de andre spesialisthelsetjenesteregionenes strategier og fremdrift. Ulemper: - Modellen gir minst grunnlag for videre nasjonal utvikling med utgangspunkt i Helseplattformens anskaffelse. - Et nasjonalt tiltak i parallell kan øke risikoen for at Trondheim kommune trekker seg fra anskaffelsessamarbeidet med Helse Midt-Norge RHF, hvilket vil kunne gi lavere gevinstrealisering for Helseplattformen og vil kunne føre til at Helseplattformen omfatter kun spesialisthelsetjenesten. - Et nasjonalt tiltak i parallell kan øke risikoen for at øvrige kommuner i Midt-Norge ikke vil benytte seg av opsjonen som ligger i anskaffelsen, hvilket vil kunne gi lavere gevinstrealisering for Helseplattformen. - Løsningen fra et eventuelt nasjonalt tiltak kan føre til merkostnader for de kommunene i Midt-Norge som blir en del av Helseplattformen og som eventuelt senere må tilpasse seg krav fra en ny, nasjonal løsning. - Modellen kan gjøre det vanskeligere å mobilisere for et nasjonalt tiltak når én region velger en alternativ retning.

Tabell 12 Fordeler og ulemper i modell 0

Modell 2A, 2B og 2C	
	Fordeler: - Helseplattformen kan være mulig startpunkt for utviklingen av en nasjonal løsning for kommunene. - Et nasjonalt oppdrag til Helseplattformen kan gi økt legitimitet til å adressere felles nasjonale problemstillinger. - Modellen muliggjør tidligere verifisering av målbilde om en felles, nasjonal løsning og dermed mulig raskere realisering av «En innbygger – én journal». - Det nasjonale mandatet øker sannsynligheten for at kommuner i Midt-Norge blir en del av løsningen i Midt-Norge. - Gjenbruk av dokumentasjon og prosessbeskrivelse kan bli ressursbesparende ved påfølgende anskaffelser. Ulemper: - Målet om en helhetlig løsning i Midt-Norge er ikke representativt for behovene til kommuner i andre regioner. - Modellen kan skape noe usikkerhet for pågående tiltak og planlagte investeringer i de andre spesialisthelsetjenesteregionene og kommunene.
2A	Fordeler: Sammenlignet med 2B, 2C, 3A og 3B - Helse Midt-Norge RHF og samarbeidende kommuner kan opprettholde sin tidsplan. Sammenlignet med modell 2C: - Dersom de ulike aktørene underveis i prosessen ikke blir enige om krav, vektning av tildelingskriterier eller annet, kan partene fortsette arbeidet hver for seg uten å måtte avlyse den pågående konkurransen og begynne på nytt med anskaffelsesprosedyrene. - Sekvensielle anskaffelser gir fleksibilitet til å avgrense, endre og videreutvikle Helseplattformens konkurransegrunnlag.

	• Sekvensielle anskaffelser reduserer størrelsen på anskaffelsen og dermed reduseres økonomisk risiko og kompleksitet i styringsmodellen. • Modellen gir mer tid til forankring av prosessen i kommuner utenfor Midt-Norge uten at disse allerede er i en anskaffelse. Dette vil igjen bidra til at man unngår en signaleffekt til øvrige kommuners PAS/EPJ-leverandører om at disse er i en anskaffelse. Ulemper: Sammenlignet med modell 2B og 2C: • Ytterligere fragmentert utvikling i kommunal helse- og omsorgstjeneste som forsinker nasjonal realisering av «Én innbygger – én journal». Sammenlignet med modell 2C: • Modellen øker sektorens totale kostnader til planlegging og anskaffelser ved at det blir gjennomført flere anskaffelser. • Selvstendig(e) anskaffelse(r) for kommuner utenfor Midt-Norge gir risiko for ulike løsningsvalg. Selv om det i påfølgende anskaffelse(r) gjøres koblinger til Helseplattformens anskaffelse i de tildelingskriteriene som legges til grunn slik at sannsynligheten for at det velges samme løsning øker, garanterer modellen verken samme leverandør eller en løsning som ved ulik leverandør fungerer sammen med Helseplattformens løsning som en felles løsning. Andre løsningsvalg i påfølgende anskaffelse(r) vil imidlertid bety at løsningen som vinner har fordeler som overgår eller kompenserer for de kriteriene som er lagt inn for å oppnå felles løsninger. • Selvstendig(e) anskaffelse(r) for kommuner utenfor Midt-Norge kan redusere tilslutning til Helseplattformen fra kommuner i Midt-Norge. • Dersom koblingen til Helseplattformens anskaffelse gjør at det blir liten konkurranse om påfølgende anskaffelse(r), kan dette resultere i «monopolpriser». Et tiltak mot dette er å fastsette budsjettammer basert på tilgjengelig informasjon, dvs. data fra første anskaffelse, og benytte dette til å sette et pristak for ytelsen som anskaffes. Taushetsplikt må med andre ord ikke stenge for dette.
2B	Fordeler: Sammenlignet med modell 2A: • Nasjonal representasjon og organisert nasjonal deltagelse vil kunne virke verdiknende for Helseplattformens konkurransegrunnlag. Sammenlignet med modell 2C: • Dersom de ulike aktørene underveis i prosessen ikke blir enige om krav, vekting av tildelingskriterier eller annet, kan partene fortsette arbeidet hver for seg uten å måtte avlyse den pågående konkurranse og begynne på nytt med anskaffelsesprosedyrene. • Sekvensielle anskaffelser gir fleksibilitet til å avgrense, endre og videreutvikle Helseplattformens konkurransegrunnlag. • Sekvensielle anskaffelser reduserer størrelsen på anskaffelsen og dermed reduseres økonomisk risiko og kompleksitet i styringsmodellen. • Modellen gir mer tid til forankring av prosessen i kommuner utenfor Midt-Norge uten at disse allerede er i en anskaffelse. Dette vil igjen bidra til at man unngår en signaleffekt til øvrige kommuners PAS/EPJ-leverandører om at disse er i en anskaffelse. Ulemper: Sammenlignet med modell 2A: • Helseplattformen må beregne en forsinkelse knyttet til etablering og drift av relevant nasjonal styringsmodell og deltagelse fra andre virksomheter, samt tilpasning av anskaffelsen for eventuell nasjonal utbredelse og krav til integrasjon mot løsningene i de andre spesialisthelsetjenesteregionene. Forsinkelsen er imidlertid forventet å være mindre i modell 2B enn i 2C. Forsinkelsen kan føre til at Helseplattformen ikke får kunngjort konkurransen før etter at ny forskrift om offentlige anskaffelser trer i kraft, og dette kan føre til noe ytterligere forsinkelser. • Nasjonale krav kan virke kostnadsdrivende for Helseplattformens løsning. Sammenlignet med modell 2C: • Modellen øker sektorens totale kostnader til planlegging og anskaffelser ved at det blir gjennomført flere anskaffelser. • Selvstendig(e) anskaffelse(r) for kommuner utenfor Midt-Norge kan gi svakere incentiver for

	nasjonal deltagelse i Helseplattformen. - Selvstendig(e) anskaffelse(r) for kommuner utenfor Midt-Norge gir risiko for ulike løsningsvalg. Selv om det i påfølgende anskaffelse(r) gjøres koblinger til Helseplattformens anskaffelse i de tildelingskriteriene som legges til grunn slik at sannsynligheten for at det velges samme løsning øker, garanterer modellen verken samme leverandør eller en løsning som ved ulik leverandør fungerer sammen med Helseplattformens løsning som en felles løsning. Andre løsningsvalg i påfølgende anskaffelse(r) vil imidlertid bety at løsningen som vinner har fordeler som overgår eller kompenserer for de kriteriene som er lagt inn for å oppnå felles løsninger. - Selvstendig(e) anskaffelse(r) for kommuner utenfor Midt-Norge kan redusere tilslutning til Helseplattformen fra kommuner i Midt-Norge. - Dersom koblingen til Helseplattformens anskaffelse gjør at det blir liten konkurranse om påfølgende anskaffelse(r), kan dette resultere i «monopolpriser». Et tiltak mot dette er å fastsette budsjettammer basert på tilgjengelig informasjon, dvs. data fra første anskaffelse, og benytte dette til å sette et pristak for ytelsen som anskaffes. Taushetsplikt må med andre ord ikke stenge for dette.
2C	Fordeler: Sammenlignet med modell 2A: - Nasjonal representasjon og organisert nasjonal deltagelse vil kunne virke verdikende for Helseplattformens konkurransegrunnlag. - At Helseplattformens anskaffelse kan benyttes av kommuner utenfor regionen reduserer sektorens totale kostnader til planlegging og anskaffelser. Ulemper: Sammenlignet med modell 2A: - Helseplattformen må beregne en forsinkelse knyttet til etablering og drift av relevant nasjonal styringsmodell og deltagelse fra andre virksomheter, samt tilpasning av anskaffelsen for eventuell nasjonal utbredelse og krav til integrasjon mot løsningene i de andre spesialisthelsetjenesteregionene. Forsinkelsen er forventet å være større i modell 2C enn i 2B. Forsinkelsen kan føre til at Helseplattformen ikke får kunngjort konkurransen før etter at ny forskrift om offentlige anskaffelser trer i kraft, og dette kan føre til noe ytterligere forsinkelser. - Nasjonale krav kan virke kostnadsdrivende for Helseplattformens løsning. Sammenlignet med modell 2A og 2B: - At flere kommuner er dekket av opsjoner øker størrelsen på anskaffelsen og dermed økes økonomisk risiko og kompleksitet i styringsmodellen. - Modellen forutsetter at de ulike aktørene blir enig om vekting av opsjoner, kriterier og krav. Dersom dette viser seg ikke å være mulig, er det risiko for å måtte avlyse den pågående konkurranse og begynne på nytt med anskaffelsesprosedyrene. Sammenlignet med modell 0, 2A, 2B, 3A og 3B: - At opsjonene utgjør en så stor andel av det totale kontraktsvolumet, kan medføre en risiko for at kontrakten totalt sett blir såpass uforutsigbar for de aktuelle leverandørene at kontrakten strider mot kravene til forutberegnelighet i anskaffelsesloven § 5.

Tabell 13 Fordeler og ulemper i modell 2A, 2B og 2C

Modell 3A og 3B	
	Fordeler: - Modellen muliggjør begrenset geografisk utprøving og verifisering av nasjonalt målbilde om en felles, nasjonal løsning, men vesentlig senere enn i øvrige modeller. - Kan gi bedre respektiv kravoppfyllelse og oppfyllelse av forskjellige behov i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. - Nasjonalt tiltak kan gi økt legitimitet til å adressere felles nasjonale problemstillinger. - Styringsmodellen til Helseplattformen forenkles ved at tiltaket begrenses til spesialisthelsetjenesten. - Modellen skaper i liten grad usikkerhet for de andre spesialisthelsetjenesteregionenes strategier og fremdrift. Ulemper: - Helsepolitiske mål om mer helhetlige pasientforløp gjør det problematisk å legge føringer på

	Helseplattformen om at deres tiltak må avgrenses til spesialisthelsetjenesten. • Føringer om at Helseplattformen må avgrenses til spesialisthelsetjenesten vil oppfattes som en fundamental endring av konsept, og vil kunne svekke programmets tillit. • Det kan være kompliserende at målet om en helhetlig løsning i Midt-Norge skal ivaretas gjennom to tiltak og styringslinjer, og dette kan blant annet resultere i en mindre helhetlig løsning. • Det kan være krevende å få avklaringer på spørsmål innen særskilte tema som går på tvers av styringslinjer. • Nasjonale krav kan virke kostnadsdrivende for Helseplattformen.
3A	Fordeler: Sammenlignet med modell 3B: • Parallell gjennomføring av tiltakene legger til rette for realisering av en helhetlig løsning i region Midt-Norge. Ulemper: Sammenlignet med modell 3B: • Parallell gjennomføring av tiltakene vil sannsynligvis kreve at Helse Midt-Norge RHF utsetter sin anskaffelse til et nasjonalt tiltak er finansiert og mobilisert, ca. 2020/2021. • Det er styringsmessig krevende å samkjøre to store, parallelle tiltak. • Utsettelse av begge tiltak til 2020/2021 vil kunne svekke tillit til både Helseplattformen og «Én innbygger – én journal».
3B	Fordeler: Sammenlignet med modell 3A: • Sekvensiell gjennomføring legger til rette for at Helse Midt-Norge RHF i større grad kan opprettholde sin tidsplan. Ulemper: Sammenlignet med modell 3A: • Sekvensiell gjennomføring utgjør en risiko for realisering av en helhetlig løsning i region Midt-Norge. • Føringer om Helseplattformen må avgrenses til spesialisthelsetjenesten innebærer en grunnleggende endring i planlagt anskaffelse, og kan derfor medføre noe forsinkelse i tidsplan. • Det er krevende å etablere programstyring som kompenserer for at det nasjonale tiltaket iverksettes vesentlig senere enn Helseplattformen. • Ytterligere fragmentert utvikling i kommunal helse- og omsorgstjeneste som forsinket nasjonal realisering av «Én innbygger – én journal».

Tabell 14 Fordeler og ulemper i modell 3A og 3B

7 Vedlegg 2: Regulering av sekvensielle anskaffelser

En regulering av sekvensielle anskaffelser i Modellene 2A og 2B gjøres i forbindelse med kunngjøringen av anskaffelsen, dvs. i forbindelse med prekvalifisering av leverandører. Et eksempel på en mulig regulering er:

«HELSEPLATTFORMEN AND THE NATIONAL HEALTH AUTHORITIES HAS AGREED TO ENTER INTO A CLOSE COOPERATION WITH THE AIM THAT HELSEPLATTFORMEN'S PROCUREMENT WILL BE A FIRST STEP TOWARDS THE OBJECTIVES SET OUT IN "ÉN INNBYGGER - ÉN JOURNAL" (EIEJ), CFR. [HTTPS://EHELSE.NO/STRATEGI/N-INNBYGGER-N-JOURNAL](https://ehelse.no/strategi/n-innbygger-n-journal). SUBSEQUENT PROCUREMENTS OF EHR SOLUTIONS MIGHT THUS, THOUGH ACQUIRED SEPARATE FROM AND INDEPENDENT OF HELSEPLATTFORMEN, BUILD ON EXPERIENCES FROM HELSEPLATTFORMEN. THE COOPERATION WILL INCLUDE OTHER HEALTH ENTERPRISES AND FOCUS ON VERIFYING THAT REQUIREMENT SPECIFICATIONS ARE ALIGNED WITH THE NATIONAL STRATEGY AND THE LONG TERM OBJECTIVE OF A COMMON NATIONAL EHR SOLUTION, IN PARTICULAR THE NEED FOR A HIGH LEVEL OF INTEROPERABILITY BETWEEN PRIMARY AND SPECIALIST CARE UNITS ACROSS THE COUNTRY»

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse
Verkstedveien 1
0277 Oslo

Postadresse
Postboks 6737
St. Olavs plass
0130 OSLO

postmottak@ehelse.no

ehelse.no