

Helse- og omsorgsdepartementet
Att.: Statsråd Bent Høie
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Dato 09.11.2018

Deres ref:

Vår ref:

e-helse og mulighetsrommet for innovasjon

Kjære statsråd!

Takk for svært god dialog og engasjement i møte om utfordringer på e-helseområdet den 29. oktober. Vi følger her opp diskusjonen i brev form for å tydeliggjøre våre hovedpunkter samt oppsummere de viktigste forslag til hvordan vi sammen kan lykkes.

Innovasjon og digital omstilling av helse- og omsorgssektoren er blant regjeringens viktigste initiativer. Skal målsettingene nås, må imidlertid gjennomføring preges av innovasjon, effektivitet, konkurranse, sunn utålmodighet og samfunnsøkonomisk bærekraft. Dagens modell leverer dessverre ikke godt nok på disse utfordringene.

Tiden er også moden for å kommunisere klart og tydelig til både helsetjenesten og leverandørene – at fra nå av – vil det bli slutt på å kjøpe produkter og IT-systemer som ikke snakker sammen. Et slikt signal vil sende en beskjed til markedet om å tilpasse sine tjenester, og samtidig muliggjøre for mer innovasjon og digital omstilling. Tilsvarende vil det kreve tett dialog mellom leverandør og innkjøpere, og stille krav til helsetjenestens engasjement i digitaliseringsprosjektene.

For å utnytte mulighetsrommet på e-helseområdet må vi tenke annerledes og etablere alternative arbeidsformer. Det er behov for nye grep som tydeliggjør at utvikling, drift og forvaltning skal utføres av næringslivsaktører, mens myndigheter og offentlige organer har styrende og overvåkende roller.

Statsråden besitter selv de nødvendige virkemidler som skal til for realisering i form av strategisk styring og ledelse.

Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 er i utgangspunktet bra!

Den nasjonale e-helsestrategien har seks digitale prioriteringer hvorav fire er rettet mot brukerne; "Digitalisering av arbeidsprosesser", "Bedre sammenheng i pasientforløp", "Bedre bruk av helsedata" og "Helsehjelp på nye måter". De to siste er definert som forutsetninger for realisering av de fire første: "Felles grunnmur for digitale tjenester" og "Nasjonal styring



av e-helse og økt gjennomføringsevne". Her knyttes noen kommentarer til aktiviteter som må adresseres umiddelbart:

Felles grunnmur for digitale tjenester: Digital omstilling av helse- og omsorgssektoren forutsetter utstrakt deling av data. Begrepet «grunnmur» bør handle om å realisere standarder, systemer, løsninger og infrastruktur som tilrettelegger for at all relevant informasjon (eksisterende og framtidig) om innbyggeren/pasienten både lagres og tilgjengeliggjøres gjennom «grunnmuren».

«Grunnmuren» bør styres gjennom offentlig regelverk og overvåkning, men drives og forvaltes og videreutvikles av dertil egnede aktører – private så vel som offentlige. Med en slik grunnmur på plass skapes forutsetninger for innovasjon, konkurranse, fleksibilitet og samhandel for å kjøpe, bygge, innovere systemer, verktøy, løsninger og tjenester som effektivt leverer på de brukerorienterte prioriteringene i vår nasjonale e-helsestrategi.

Det pågående arbeidet med "Plan for utvikling av felles grunnmur" tar derimot ikke tilstrekkelig høyde for de behovene som skisseres ovenfor.

Nasjonal styring og gjennomføring: Til tross for gode visjoner og styringssignaler fra politisk hold om nødvendigheten av å engasjere forskning, innovasjons- og næringslivsaktører, ser vi at budskapet forvirrer ute i sektoren. Dagens styringssignaler virker ikke å ha tilstrekkelig gjennomslagskraft.

For å fullt ut å kunne utnytte mulighetsrommet når e-helseinitiativer skal gjennomføres må det skapes forutsetninger for utstrakt og tillitsfull dialog mellom alle relevante aktører, offentlige og private. Slike forutsetninger må adresseres fra politisk hold gjennom tydelige og virkningsfulle styringssignaler. Vi ber om at innføring av en handlingsregel for alle IKT-initiativ i helse- og omsorgssektoren seriøst vurderes, jfr. utdypende tanker lenger ned i brevet.

Vi ber også statsråden notere observasjonene i vedlegg pkt. A som eksempler på at næringslivsaktører/representanter er utelatt og ikke inngår som en naturlig del av styringsriggen for e-helse i Norge.

Nasjonal tjenesteleverandør: Det kan synes tilforlatelig å splitte opp det nåværende direktoratet for e-helse for bedre å skille myndighetsoppgaver fra utviklings-, drift og forvaltningsoppgaver. Det sentrale poenget er likevel at næringslivsaktører kan løse de aller fleste tjenester og roller som er tiltenkt en "Nasjonal Tjenesteleverandør" med større kostnadseffektivitet og med langt sterkere innovasjonskraft.

I lys av de uttalte politiske ambisjoner om utstrakt medvirkning av næringslivet i helsetjenestens digitale omstilling anbefaler vi at man gjør en fornyet vurdering av forutsetningene for, og innretningen av, en Nasjonal tjenesteleverandør, jfr. også vedlegg pkt. B. Innretningen bør i stedet vinkles mer mot å videreutvikle Norsk Helsennett sin rolle for drift og forvaltning av sikker infrastruktur.

Konseptvalgutredning: Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste: Mange av de store helse- og omsorgsutfordringene ligger i kommunene, og det er ikke vanskelig å forstå behovet for bedre digital samhandling i tjenesten. Vi utelukker ikke at en nasjonal løsning kan være en god modell, imidlertid oppfatter vi at mulighetene for innovasjon bevisst er holdt utenfor den samfunnsøkonomiske analysen, og næringslivet har hatt svært liten –



om noen – mulighet til å bidra med innspill i tidlig fase. Vi anser at dette bør tas høyde for snarest, se også vedlegg pkt. C.

Helseplattformen Midt-Norge: Mange peker på at dette er et omfangsrikt prosjekt med svært høy risiko. Det er ikke slik at helsetjenesten kan dra dette lasset alene. Før noen kontrakter signeres må det sikres tilstrekkelig innovasjonsrom for tredjepartsaktører å bygge videre på. Å stille krav om bruk av åpne API'er og standarder vil være en viktig del av dette.

Visjonen ligger fast – Alternative arbeidsformer nødvendige

Utover umiddelbare behov for aksjon nevnt over, må vi justere modellen vi arbeider under. Norge vil ikke lykkes med den nødvendige digitale omstilling av helse- og omsorgssektoren hvis vi ikke også endrer vante arbeidsformer. Næringslivets kompetanse, ressurser, løsninger og teknologi utnyttes ikke i det omfang som er mulig og nødvendig. Det legges for lite vekt på næringslivets muliggjørende rolle, ikke bare i utvikling og gjennomføring, men også i planlegging og utforming.

Effektiv innovasjon skjer når erfaring og kompetanse fra ulike miljøer møter hverandre og eksponeres til komplekse problemer. Det er i de tidlige fasene av et utviklingsløp at premisene for videre innovasjon skjer. Vi er derfor avhengig av å endre tilnærming for utredning, planlegging og gjennomføring av pågående og planlagte initiativ i helse- og omsorgssektoren.

Stimulere til ny styringsmodell og alternative arbeidsformer

Et sentralt virkemiddel for å dra nytte av bidraget fra næringslivet, er å gi aktører fra næringslivet en naturlig plass i pågående og framtidige utrednings- og prioriteringsprosesser. I dag er næringslivet oftest fraværende i slike utvalg, eller de blir kun representert gjennom overgripende interesseorganisasjoner.

Vi hører ofte at medvirkning fra næringslivsaktører ikke er mulig fordi det bidrar til å komplisere offentlige anskaffelser. Vi mener dette er svært overdrevet, og er trygge på at regelverk og rammeverk for offentlig-privat innovasjonspartnerskap gir et godt og nødvendig handlingsrom for et tettere samarbeid.

De store IT-prosjektenes tid er forbi, også i helsesektoren. For å møte innbyggernes/pasientenes behov og forventninger innom tidsperspektiv som oppleves som meningsfulle og innenfor rammer som er samfunnsøkonomiske bærekraftige, må alternative arbeidsformer brukes; karakterisert av:

- Agile utviklingsmetoder, prototyper og kontinuerlig testing
- Nært og tillitsfullt samvirke mellom offentlige og næringslivsaktører gjennom alle utviklingsfaser; næringslivsaktører (ikke representanter) skal delta i utrednings- og planleggingsarbeidet fra det tidspunkt et oppdrag er gitt
- Utvikling, drift og forvaltning i konkurranse; innovasjon, kvalitet, kostnadseffektivitet sikres gjennom konstruktiv utnyttelse av konkurranse som virkemiddel



- Myndigheter styrer – næringslivsaktører utformer, utvikler, driver, forvalter og kommersialiserer løsninger; dette prinsipp bør fastlegges som en grunnleggende handlingsregel for all IKT i helse- og omsorgssektoren

Myndigheter styrer, næringslivsaktører utfører – «Omvendt bevisføring» –

Uklare og sammenblandede roller hemmer og forsinker innovasjon og realisering av bærekraftige løsninger. Norge trenger derfor en handlingsregel for alle IKT-initiativ i helse- og omsorgssektoren der rollene til aktørene tydeliggjøres og rendyrkes:

- Myndigheter utøver styring gjennom å formulere rammebetingelser, standarder og krav.
- Næringslivsaktører utforsker løsningsrommene, designer og utvikler løsninger, driver, forvalter og kommersialiserer løsninger der det er relevant og ønskelig.

Det anbefales at Helse- og omsorgsdepartementet grundig vurderer å formulere tydelige og forpliktende handlingsregel(er) basert i prinsippene over og sikrer gjennomslag og etterlevelse av de spilleregler som er satt.

Der avvik fra handlingsregelen(e) vurderes nødvendig for å sikre vitale samfunnsinteresser, skal det skje med basis i grundige utredninger. Vi ser innføring av en slik «omvendt bevisføring» som et enkelt virkemiddel med stor gjennomslagskraft da vante arbeidsformer alt for ofte leder til at myndigheter og offentlig forvaltning ender opp med å utøve roller og oppgaver som naturlig løses bedre av næringslivsaktører.

Vis at det er mulig gjennom referanseprosjekter!

Endring gjøres best i praktisk arbeid. Det bør pekes ut et eller to referanseprosjekter for å teste næringslivsmedvirkning fullt ut. Et eksempel kan være Helseanalyseplattformen, som er beregnet å gi store samfunnsgevinster gjennom realisering av det valgte «Konsept 7 – Analyseøkosystem».

Realisering av «Konsept 7» krever imidlertid innovasjon i alle faser av prosjektets gjennomføring, herunder drift, forvaltning og kommersiell realisering av økosystemet blant annet for å tiltrekke seg globalt næringsliv. Prosjektets natur og målsetting representerer en unik mulighet for å demonstrere handlingsregelen beskrevet over og dermed praktisere et fruktbart samarbeid og nye roller mellom det offentlige og næringslivsaktører.

Vi er trygge på at større medvirkning fra næringslivet vil bidra til å realisere prosjektenes direkte mål. I tillegg vil slike referanseprosjekter gi nødvendig erfaring om hvordan man på en konstruktiv og bærekraftig måte kan involvere næringslivsaktører i alle faser av prosjektene.

Med hilsen

Håkon Haugli /s/
Administrerende direktør
Abelia

Kathrine Myhre /s/
Administrerende direktør
Norway Health Tech



Vedlegg:

A) Eksempler på manglende næringslivsinvolvering i helse- og omsorgssektoren (ikke uttømmende)

Sammensetning (og sannsynligvis mandat) for mange av de fora som setter premissene for IKT-initiativ i helse- og omsorgssektoren har svak eller ingen medvirkning fra næringslivsaktører og/eller næringslivsrepresentanter.

- Nasjonalt e-helsestyre (NEHS) – ingen næringslivsrepresentasjon.
- Prioriteringsutvalget (NUIT) – ingen næringslivsrepresentasjon.
- Fagutvalget (NUFA) – ingen næringslivsrepresentasjon.
- Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste – totalt 133 styrings/arbeids/konsultasjonsmøter avholdt, tre av disse nevner ordet leverandør, alle tre angis med samme formål/tittel «Leverandørmøter EPJ-løftet». Det noteres at EPJ-løftet er en aktivitet i regi av Direktoratet for e-helse til Konseptvalgutredning Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste).
- Styret i Nasjonal IKT HF, Nasjonal IKT er spesialisthelsetjenestens hovedarena for samhandling innenfor informasjons- og kommunikasjonsteknologi – 11 medlemmer og tre observatører, ingen næringslivsrepresentasjon
- Strategiråd for Nasjonal IKT HF – åtte medlemmer, ingen næringslivsrepresentasjon
- Helsedataprogrammets programstyre – 17 medlemmer, én interesseorganisasjon representert (Abelia).
- Helsedataprogrammets referansegruppe – 24 medlemmer, ingen næringslivsrepresentasjon.
- Helsedataprogrammets arbeidsgrupper:
 - Arbeidsgruppe for sikkerhet og personvern – 12 medlemmer, ingen næringslivsrepresentasjon.
 - Arbeidsgruppe for forskning – ni medlemmer, ingen næringslivsrepresentasjon.
 - Arbeidsgruppe for registerforvaltning – ti medlemmer, ingen næringslivsrepresentasjon.
 - Arbeidsgruppe for styring og økonomi – ni medlemmer, ingen næringslivsrepresentasjon.
 - Arbeidsgruppe for innovasjon og næringsutvikling – seks medlemmer, tre næringslivsrepresentanter fra interesseorganisasjoner, ingen næringslivsaktører.
- Velferdsteknologisk knutepunkt – totalt 25 aktører var engasjert i en markedsdialog, 12 av disse var næringslivsaktører, fire var interesseorganisasjoner for næringslivet – Forbilledlig! (ref. Vedlegg A i rapport Erfaringer og videre arbeid med velferdsteknologisk knutepunkt). Det ser ut til at det er mer naturlig å anvende seg av dialog med næringslivsaktører på områder som angår primærhelsetjenesten og/eller kommuner.



B) Nasjonal Tjenesteleverandør

Det vises til *Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør (Versjon 1.00, Rapportnummer: IE-1031, Utgitt: 31.08.2018)*.

Etableringen av Nasjonal tjenesteleverandør vil sette premissene for en stor del av drift, forvaltning og videreutvikling av e-helsetjenester i Norge for lang tid framover. Utredningen har gått gjennom flere faser, og Nasjonalt e-helsestyre (NEHS) er brukt som referanse- og styringsgruppe (NEHS har ingen næringslivsrepresentasjon).

Fra et næringslivsperspektiv kan mange forhold i utredningen bemerkes (ikke uttømmende):

- Kapittel 1 angir at "*utviklingsretningen i arbeidet er presentert for Nasjonalt e-helsestyre og sektoren i ulike sammenhenger*". «Sektoren» defineres til *helse- og omsorgstjenesten, de statlige, kommunale og private aktørene*. Hvilke disse *private aktørene* er, og hvordan presentasjonen av arbeidet har funnet sted, framgår ikke. Uttrykket *presentasjon* signaliserer ikke en ambisjon om dialog.
- Kapittel tre og fire i utredningen drøfter bredde og dybde i styringsmodeller for e-helse i Norge. Drøftingen gjøres i overveiende grad ut fra et perspektiv om behov for «samstyring» mellom offentlige aktører, med vektlegging på styringsmekanismer for hvordan kommunene skal sikres styringsrett. Det erkjennes at kommunene er sentrale aktører og således søker å sikre innflytelse over en dominerende Nasjonal tjenesteleverandør som vil sette premisser. Denne argumentasjon tar utgangspunkt i at Nasjonal tjenesteleverandør blir etablert som anbefalt. Det sentrale spørsmål er imidlertid om en Nasjonal tjenesteleverandør er rett svar på de utfordringer som e-helse-Norge står overfor?
- I utredningens kapittel 6.2.2 *Tjenesteleverandørens samfunnsoppdrag, ansvar og oppgaver* gir man anbefalinger om Nasjonal tjenesteleverandørs rolle og oppgaver. Hvis man leser disse med utgangspunkt i byråkratiet, kan anbefalingene se tilforlatelige ut. Utredningen adresserer imidlertid ikke det sentrale spørsmålet om det virkelig er behov for en Nasjonal tjenesteleverandør i den form som skisseres.
- I utredningens kapittel 6.2.3 omtales *Konkurranserettslige vurderinger* i et underpunkt. Der understrekes *nødvendigheten av å finne dekkende unntaksbestemmelser* for Nasjonal tjenesteleverandør slik at statlige og kommunale virksomheter skal kunne kjøpe tjenester direkte fra den nasjonale tjenesteleverandøren uten å gjennomføre konkurranse. Det er lett å forstå hvordan det er tenkt hvis man tar utgangspunkt i premissene og logikken som preger denne utredningen. Men det sender helt motstridende signaler hvis målet er å utvikle og involvere næringslivet.



C) Én innbygger – én journal – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste

Det vises til *Konseptvalgutredning - Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste (Rapportnummer: IE-1029, Utgitt: Juli 2018)*.

Dette er en svært omfattende utredning som omtaler de aller fleste av utfordringene som e-helse-Norge står overfor. Det er derfor også utfordrende å omtale de mange diskusjoner og anbefalinger utredningen gir. Punktene nedenfor er derfor ikke uttømmende. Det noteres også at utredningen har avholdt totalt 133 styrings/arbeids/konsultasjonsmøter, hvor bare tre nevner ordet leverandør.

- Utredningens kapittel 4.3 *Overordnede krav* angir totalt 13 overordnede krav (krav A t.o.m. K). Ett av disse (krav J) uttrykker at *tiltaket søkes gjennomført på en mest mulig kostnadseffektiv måte. Det offentlige skal i utgangspunktet ikke gjøre det som markedet kan gjøre bedre og mer effektivt. Dette innebærer å bruke markedet der markedet kan levere de beste og mest effektive løsningene*. I øvrige deler av utredningen er det få eller ingen direktiv eller anbefalinger om hvordan dette skal stimuleres eller realiseres. Senere i utredningen drøfter man inngående hvorfor konkurranse ikke er relevant for gjennomføring av «tiltaket» (se under).
- Utredningens kapittel 5.2.3 *Etablering av omfattende nasjonalt datalager er ikke vurdert på nytt*. Ordbruken er forskjellig, men det som i praksis omtales her er «grunnmuren». Beskrivelsen i kapittel 5.2.3 går stikk-i-strid med tenkning omkring «grunnmuren». Det er også tydelig at denne utredningen har arbeidet uvitende om det samtidig pågående arbeidet med å utrede og utvikle «grunnmuren», og dermed finner det riktig å uttale: *Et slikt konsept (dvs. «omfattende nasjonalt datalager» ≈ «grunnmur») blir vurdert som utenfor mulighetsrommet også for dette tiltaket, i tråd med krav J om kostnadseffektivitet*.
- Utredningens kapittel 5.2.3 spesifiser at *Nasjonal tjenesteleverandør forutsettes etablert*. Totalt gjør utredningen 13 henvisninger til *Nasjonal tjenesteleverandør*. Gjennom disse framgår tenkningen (beslutningen?) at den *Nasjonale løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste* skal leveres, driftes og forvaltes av Nasjonal tjenesteleverandør. Denne tenkningen gjennomsyrrer også flere andre utredninger fra Direktoratet for e-helse, og reflekter sannsynligvis at etableringen av Nasjonal tjenesteleverandør allerede er «godt forankret» i forvaltningen uten en bredere næringspolitisk debatt om hvorvidt en slik etablering er hensiktsmessig.