



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 23/01069-44
Arkivkode: 069
Saksbehandler: Terje Wistner
Deres referanse:
Dato: 10.11.2023

Høringssvar - endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

Vi viser til høring med referanse Vår ref.: 23/3277 og frist 11. november 2023.

Betalingsplikten for nasjonale e-helseløsninger i pasientjournalloven som pålegges kommunene, uavhengig av om de kan brukes eller ikke, er underkompensert og medfører at kommunene må finne inndekning i sine frie inntekter for å dekke statlige utgifter.

I sitt møte 9. november 2023 fattet KS Hovedstyre i sak 23/01069-41 følgende vedtak:

1. Hovedstyret presiserer viktigheten av at nasjonale e-helseløsninger må tilpasses kommunenes behov, gi reelle gevinster og nytte for både helsepersonell og innbygger samt bidra til å sikre økonomisk bærekraft i kommunal sektor.
2. KS forutsetter at merkostnader kommunene har med bruk og innføring av nasjonale løsninger kompenseres fullt ut. KS forutsetter videre at gevinster kun kan trekkes inn dersom kommunal sektor får netto kostnadsbesparelser av en løsning og KS og staten er enige om beregningene av dette.

KS vil understreke at det er viktig at de nasjonale e-helseløsningene bidrar til å reelt avlaste helsepersonell i hverdagen og dermed bidrar til samlet bærekraft for kommunene.

KS mener det er behov for å øke forutsigbarheten for kommunene med tydeligere prinsipper for når en løsning skal omfattes av loven og graden av kompensasjon. I hovedsak bør kommunene kompenseres fullt ut der det foreløpig ikke er mulig å hente ut nytte, enten som følge av at løsningene ikke er godt nok tilpasset kommunale behov eller at realisering av nytte forsinkes.

KS mener at den nasjonale rådsmodellen og tilhørende styringsstrukturer, men også styringsstrukturer for drift og forvaltning, må videreutvikles for å redusere fragmentering og legge til rette for større grad av kobling mellom investeringsbeslutninger og økonomiske konsekvenser for virksomhetene. Her må det sikres tilstrekkelig tid til forankring og eierskap i kommunal sektor, og kommunaløkonomiske konsekvenser må synliggjøres i tilknytning til kommuneproposisjonen slik at kommunene og fylkeskommunene kan innarbeide eventuell ikke-kompensert kostnadsvekst i sine budsjettprosesser.

KS mener at bruk av tjenester for ulike målgrupper, nytte, kostnadskonsekvenser og effekter av de nasjonale e-helseløsningene må dokumenteres bedre og at regjeringen må iverksette tiltak for å skaffe til veie tilstrekkelig kunnskaps- og datagrunnlag. Dette vil kunne danne grunnlaget for transparens i diskusjoner om kostnadsfordeling bruk og nytte mellom de respektive helseaktørene men ikke minst

bidra til målrettet videreutvikling av løsningene i tråd med tjenestenes behov slik at de i større grad enn i dag bidrar til en sammenhengende og bærekraftig helsetjeneste.

Kostnadsveksten for kommunal sektor som konsekvens av pasientjournalloven

Kostnadsveksten for de nasjonale e-helseløsningene har vært betydelige, med en økning på litt over 20 % de siste årene, se tabell 1.

Kommunerammen for 2022 ble økt med 322,2 mill. kr. i Statsbudsjettet for 2022 og økt med en engangsbevilgning på 8 mill. kr. i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2022/ Kommuneproposisjonen 2023. I Statsbudsjettet for 2023 ble kommunene kompensert med om lag 18 mill. kr., men dette må sees i lys av at de 8 millionene for 2022 var en engangsbevilgning.

Dette har ikke vært tilstrekkelig til å kompensere kostnadene fullt ut, og kommunene har dermed måttet dekke den årlige kostnadsveksten som overstiger kompensasjon og vekst i deflator gjennom kutt i andre områder. Dette uavhengig av om de bruker eller har hatt mulighet til å bruke løsningene eller ikke. I tillegg har kommunene måttet bære de lokale kostnadene knyttet til innføring og bruk.

Tabell 2 – utvikling av kommunenes utgiftsandel i NHN og kompensasjon (avrundet til nærmeste mill.)

	2022	2023	2024	2025
Kommuner må betale	341 mill.	386 mill.	469,5 mill.	Ikke avklart
Kompensasjon	330 mill.	339 mill. (om lag 18 mill. styrket men litt uklart i vedtaksteksten om dette er varige midler)	322 + justering og evt. engangsbevilgning	322 + justering
Estimert underkompensasjon	11 mill	47 mill	147,5 mill	
<i>*NB! Kommunene er fra tidligere kompensert 38 mill. knyttet til flytting av en direkte bevilgning til Norsk Helsenett. Tall fra 2021 og tidligere er ikke helt sammenliknbare med 2022 og senere pga. flytting av ulike elementer som tidligere har inngått før forskriftsfesting av betalingsplikt.</i>				

- Det må bli et tydeligere skille mellom en løsning som har forvaltningskostnader, men som fortsatt er i utvikling eller utprøving, og forvaltningskostnader for løsninger som er tilgjengeliggjort og tilpasset for kommunenes bruk. Betalingsplikt bør ikke gjelde før løsningen faktisk kan tas i bruk og integreres som en del av tjenestenes virke, uten forbehold.
- Det bør fremkomme tydeligere hvordan kompensasjonen skal økes. KS mener at anslått utgiftsvekst på 83,5 mill. kr. fra 2023 til 2024 er å anse som vesentlig økning og derfor må vurderes kompensert, jfr Stortingets vedtak.
- Det bør fastsettes hvor langt statens ansvar skal gå i finansiering av nasjonale e-helseløsninger, dette er nasjonal infrastruktur som styres av staten og som staten dermed bør ha hovedansvaret for å finansiere i likhet med annen nasjonal infrastruktur. Staten bør ta utviklingskostnadene frem til løsningen er tilpasset og klar til bruk i de respektive virksomhetene. Staten bør også ta en andel av kostnadsveksten ved vanlig drift og forvaltning, mao tydeligere prinsipper om økt kompensasjon og andel.

- Det er viktig at løsningene som brukes (og betales for) gir reell merverdi og nytteeffekter i virksomhetene. Innføring forutsetter kapasitet og kompetanse i de respektive kommunene, ikke minst at leverandørene har innført funksjonaliteten. Her er det viktig at staten (inkl. etater) gjør jobben på sin side for at leverandørene kan få levert.
- Regjeringen må sørge for større forutsigbarhet for de budsjettmessige konsekvenser som kommunene får for påfølgende år. Det er derfor avgjørende at prosessene for dette iverksettes tidligere på året og før kommunenes egne budsjettprosesser, fortrinnsvis med tydelig varsling i kommuneproposisjonen.
- Inntil de ulike løsningene er tilrettelagt slik at det faktisk er mulig å realisere gevinster og nytte, forutsetter KS at kommunene fullt ut kompenseres for betalingen til NHN.
- Inntil en stor nok andel av kommunene kan realisere reelle gevinster fra de nasjonale e-helseløsningene, må kommunene kompenseres fullt ut for sine netto merkostnader.
- Kompensasjon fra staten må også inkludere en andel av de reelle kostnadene for kommunene herunder kostnader til utprøving, innføring, endringsledelse og økninger i utviklings og forvaltning.

Evaluering av og forutsetning for «plikt til bruk»

Det er foreløpig ikke innført plikt til bruk for noen av de nasjonale e-helseløsningene, men HOD har iverksatt en prosess for å vurdere om noen av de nasjonale løsningene, spesielt Kjernejournal, skal omfattes fra 2024.

KS mener det er en rekke forutsetninger som må ligge til grunn, for at plikt til bruk skal kunne innføres:

- Effekstudie for Kjernejournal, gjennomført i regi av KS i 2022/2023, viser at over 70 % av brukerne benytter løsningen kun én gang i måneden, eller sjeldnere. Samtidig gis det uttrykk for at det er nytteeffekter å hente, men at dette tar tid å realisere. Og nytten må sees opp mot kostnadskonsekvenser både av plikt til betaling av statens kostnader og de lokale kostnadene knyttet til innføring og bruk. Det er viktig å skille mellom hva som er tilgjengeliggjort og hva som er nyttiggjort. Plikt må drøftes ut ifra om det er behov for mer tid til å realisere gevinster, og vurdere reelle konsekvenser, for de virksomhetene som har begynt å ta løsningene i bruk.
- I høringsnotatet om Pasientens prøvesvar, ref. ref. 23/3484, står det at «løsningen anses gjort tilgjengelig i virksomheten når de kan tas i bruk av personell som har tjenstlig behov for, og rett til å ta løsningen i bruk.» Vi leser dette slik at løsningen da må tilpasse kommunenes behov før den kan gjøres tilgjengelig i virksomheten, og at eventuelt plikt til å betale eller ta i bruk må hensynta dette premisset.
- Det må i prosjekt-/programfasen utarbeides materiell (kost/nyttevurderinger, 80 % ferdig ROS/DPIA, informasjons- og opplæringsmateriell m.m.), som kan gjenbrukes og effektivisere innføringsprosessen i kommunene.
- Det er viktig å sikre tilstrekkelig støtte og virkemidler til kommunene med formål å ta løsninger i bruk for å møte kapasitets og kompetanseutfordringer. Plikt til bruk må kunne forutsette at det er gitt tilstrekkelige statlige virkemidler og støtte til utbredelse og innføring.
- Prioriteringen av innføring av nasjonale e-helseløsninger må sees i sammenheng med kommunal sektors ambisjoner på eHelseområdet med statlige incentiver og tiltak som stimulerer til innføring og ibruktakelse.
- Plikt til bruk forutsetter etablere modeller (og incentiver) for strategisk leverandørstyring som øker forutsigbarheten for at leverandørene leverer iht kommunal sektors prioriterte portefølje. Det er

viktig å drøfte formålet med plikt, spesielt med hensyn til å bidra til å incentivere leverandørmarkedet. Her kan tidspunkt for innføring vurderes, avhengig av løsning og rekkefølgebehov. Her må det i tillegg vurderes mekanismer for å sikre at leverandørene faktisk leverer.

- Plikt til bruk må forutsette at de nasjonale e-helseløsningene oppfyller grunnleggende behov og krav fra de kommunale og fylkeskommunale helsetjenestene, og understøtter formål med å levere forsvarlig helsetjenester.
- Plikt til bruk må forutsette at forvaltningsmodeller og finansiering er omforent mellom aktørene, inklusive avklaring av roller og ansvar mellom virksomhetene
- Begrepet «vesentlig andel» bør drøftes i fellesskap. Det er ikke gitt at dette kan fastsettes som en generell grense for alle, men at det må vurderes fra løsning til løsning, og er avhengig av status, ambisjoner og behov for virkemidler.
- Det er viktig at det gjennomføres økonomiske og administrative konsekvenser, herunder teknologiske forutsetninger og avhengigheter, før plikt kan inntreffe. Dette må kunne presenteres som et «business case» for den enkelte kommunens vurdering ved innføring.
- Innføringsplaner og -strategier for Kjernejournal (og andre nasjonale e-helseløsninger) må utarbeides av kommunal sektor for kommunal sektor (med innspill fra statlige etater) og forankres i den kommunal samstyringsstrukturen, kombinert med tydelige kommunikasjonstiltak, nettverksstøtte og innføringsstøtte.

Evalueringsprismodeller og nytte

KS har ved flere anledninger påpekt overfor Helse- og omsorgsdepartementet om at det må utvikles prismodeller som baseres på faktisk bruk og kostnader for de ulike tjenestene innen løsningene. Det bør være et mål i seg selv at en prismodell og grunnlaget for denne må være transparent og basert på dokumentert kunnskap som er forankret i objektive størrelser. Prismodeller rettet mot kommuner som kunder bør være tett koblet mot leverte tjenester og synliggjøre nytte. Dette kan også være et virkemiddel for å styrke legitimiteten til de nasjonale tjenestene.

I 2023 fikk Norsk helsenett SF i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å «gjennomføre evaluering og legge fram forslag til justering av prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene, jf. Stortingets vedtak om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres innen 2024.»

Siden Stortingsvedtaket ble fattet i tilknytning til behandling av Pasientjournalloven og dens prinsipper, som var svært omstridt og møtte sterk motstand fra kommunal sektor, la KS til grunn at den politiske intensjonen i anmodningsvedtaket var at det var selve innretningen rundt loven og tilhørende forskrifter og hvordan det oppleves å fungere som skulle evalueres.

Gjennom dialogen med Norsk helsenett erfarte KS imidlertid at evalueringen er forutsatt gjennomført innenfor rammene av pasientjournalloven med tilhørende forskrifter og regulering av plikt til å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og virksomhetenes plikt til å betale. Altså ikke en reell evaluering av ordningen. Med bakgrunn i dette har Norsk helsenett presisert følgende:

- det forutsettes obligatorisk samfinansiering som finansieringsmodell og at finansieringsmodellen skal dekke de samlede kostnadene til forvaltning og drift.
- det legges til grunn den definerte gruppen av aktører som er pliktig til å bruke og betale for de nasjonale e-helseløsningene og Helsenettet. I denne utredningen vil vi derfor ikke evaluere alternative prismodeller hvor for eksempel innbygger eller pasient er betalende aktør.

- det legges til grunn at kommuner betaler for fastleger og RHFene for avtalespesialistene.

KS har fremhevet at dette innebærer en sterk avgrensning av evalueringen, sett i forhold til Stortingets vedtak, da nettopp hvilke grupper som betaler for hva er et avgjørende utgangspunkt for prismodellene og deres virkning.

De nye tjenestene sentral forskrivningsmodul (SFM), velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) og Pasientens prøvesvar er eller planlegges innlemmes i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, herunder henholdsvis E-resept, Helsenetttet og Kjernejournal (KJ), som en del av lov- og forskriftsarbeid.

KS har sammen med kommunene i den kommunale samstyringsstrukturen for digitalisering gitt løpende innspill til arbeidet. I forkant av den planlagte offentlige innspillsrunden av arbeidet med prismodellen, og etter behandling av saken i KommIT-rådet den 27. februar 2023, formidlet KS følgende Innspill til Norsk helsenett:

- Kommunal sektor legger, i tråd med Stortingets anmodningsvedtak samt samarbeidsavtale mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet, vekt på at fordeling av kostnader skal ta utgangspunkt i faktisk nytte for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, også for eksisterende drift- og forvaltningskostnader. Med nytte, legger KS til grunn at det menes nytte i kommunenes egen drift slik at det ikke skjer en netto kostnadsoverveltning fra stat til kommune.
- Hittil har behovene til den behandlingsrettede delen av tjenesten hatt størst oppmerksomhet i utvikling av de nasjonale e-helseløsningene. For å sikre økt nytte for kommunene og dermed legitimitet til kostnadene kommunene betaler for nasjonal e-helse, er det viktig at behovene til bredden i de kommunale helse- og omsorgstjenestene prioriteres ved videre utviklingsarbeid.
- For mange av løsningene øker nytten ved god utbredelse og reell bruk. Det er derfor viktig at prismodeller må gi incentiver til innføring og økt bruk av de nasjonale e-helseløsningene og det må etableres finansielle virkemidler som støtter kommunenes innføring og dermed mulighet til nødvendig endringsarbeid og ibrukstagelse.
- Tjenesteprismodellene med tilhørende fordelingsnøkler for nye løsninger må være basert på et transparent grunnlag og oppleves enkle og intuitive.
- For legitimitet til ordningen er det viktig med åpenhet og transparens om kostnadsutviklingen for de ulike tjenestene og ulike aktørers og brukergruppers bruk av løsningene (inklusive transaksjonsvolum). Det er også viktig å synliggjøre det totale kostnadsbildet for kommunene der det vil påløpe kostander for nasjonale løsninger og kommunenes tilpasninger av nasjonale e-helseløsninger.
- Kommunene har varierende nytte av de ulike løsningene og selve tidspunkt for innføring må være opp til den enkelte kommune. For tjenester det forutsettes at alle tar i bruk, bør plikt til bruk først tas i bruk som virkemiddel mot slutten av planlagt innføringsløp.
- Prismodellene bør tilpasses slik dersom kostnader skal fordeles på alle aktører, uavhengig av bruk, bør de som av ulike årsaker ennå ikke har kunnet ta løsningene i bruk få lavere kostnader.
- Prismodellene for nye tjenester bør inkludere et betydelig statlig bidrag og grunnkompensering.

Evalueringen gjennomført av Norsk helsenett har ikke medført prinsipielle endringer i prismodeller. Manglende underlag fra Direktoratet (ift nytte) medfører at Stortingets vedtak ikke kan oppfylles. Prosessen med å evaluere prismodellen har ført til lite endring i prismodellene med en videreføring av en skjønnsmessig fordeling. Dette gjelder særskilt for eksisterende nasjonale e-helseløsninger. Vi mener at prismodellene bør utvikles i retning av pris ber bruk med muligheten for en lav grunnkost for alle kommuner og RHF, med en fordelingsnøkler som tar hensyn til reelle bruk og nytte.

Det er viktig å avklare forutsetninger og krav til nasjonale e-helseløsninger slik at disse bidrar til effektive og likeverdige helsetjenester i kommuner og fylkeskommune. Som del av dette bør det nasjonalt, eks. via nasjonalt senter for e-helseforskning, tas større ansvar for følgeforskning og effektstudier for å få reell kunnskap om anvendelseskonsekvenser og effekter av løsningene i tjenestene og bygge kunnskap om eventuelle barrierer for realisering av de forventede nytteeffektene.

Aller viktigst mener KS at Norsk helsenett må gis oppdrag om utvikling av datagrunnlag om reell bruk av de ulike tjenestene i ulike målgrupper, og hvilke datasett som gir mest nytte for ulike brukergrupper. Og nasjonale myndigheter bør bidra til at det forskes på effekter av de nasjonale løsningene for ulike tjenesteområder og målgrupper. Med utgangspunkt i slike kunnskapsgrunnlag bør løsningene videreutvikles og tilpasses slik at de reelt understøtter og avlaster arbeidshverdagen i kommunene for alle målgrupper som vil kunne ha nytte av dem, og kan tas i bruk som en integrert del av tjenesten og dermed realisere nyttepotensiale.

Med bakgrunn i dette har KS, etter forankring i den kommunal samstyrringsstrukturen, tatt anbefaling fra Norsk helsenett til justering av prismodellene til etterretning, samtidig som vi opprettholder og vil arbeide videre for KS hovedposisjoner:

- KS presiserer viktigheten av at nasjonale e-helseløsninger må tilpasses kommunenes behov, gi reelle gevinster og nytte for både helsepersonell og innbygger samt bidra til å sikre økonomisk bærekraft i kommunal sektor.
- KS forutsetter at merkostnader kommunene har med bruk og innføring av nasjonale løsninger kompenseres fullt ut. KS forutsetter videre at gevinster kun kan trekkes inn dersom kommunal sektor får netto kostnadsbesparelser av en løsning og KS og staten er enige om beregningene av dette.
- Nasjonal infrastruktur er i utgangspunktet et statlig ansvar som burde vært finansiert av staten i tråd med annen nasjonal infrastruktur.
- Når pasientjournalloven har endret dette grunnleggende hovedprinsippet, må sektoren uansett oppleve at dette en god, transparent og forutsigbar modell som gir incentiver om å ta i bruk nasjonale løsninger – samtidig som det ikke skjer en kostnadsoverveltning fra stat til kommune som kommunene ikke kan hente inn gjennom gevinster i tjenesten.
- Likebehandling, forutsigbarhet, etterprøvbarehet og transparens må ivaretas som grunnleggende forvaltningsprinsipper.

Nasjonal rådsmodell og konsekvenser for kostnadsutvikling

Kostnadsutvikling for de nasjonale e-helseløsningene er knyttet til en «enighet» om en nasjonal prioritering mellom deltakerne i den nasjonale rådsmodellen. KS deltar i rådsmodellen med utvalgte kommuner, men da uten delegerte fullmakter og med løpende behov for forankring i den kommunale samstyrringsstrukturen. Det er lagt opp til at kostnadsutviklingen skal konsulteres i KS-ordningene mellom regjeringen og KS, men det forutsetter at det har vært gjennomført prosesser som inviterer til involvering og innflytelse.

KS har i samarbeid med kommuner og fylkeskommuner utarbeidet både Kommunal sektors ambisjoner på eHelseområdet og den nasjonale eHelseporteføljen for kommunal sektor, finnes på ks.no/e-helse om med lenke [Digitalisering i helse- og omsorgssektoren \(e-helse\) - KS](#). Dette er viktige referansedokumenter for kommunal sektor og kommuniserer omforente prioriteringer og rekkefølge ved innføring og bruk av nasjonale e-helseløsninger. Det er viktig at staten tar hensyn til dette ved utvikling, utbredelse, drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger, ikke minst ved overgangen til prismodeller for løsninger som er tatt i bruk virksomhetene.

Den nasjonale rådsmodellen og tilhørende styringsstrukturer (programstyrer samt styrer og råd for forvaltning av løsningene) oppleves som fragmentert og med svært korte frister for tilbakemelding, selv

om det er lagt betydelig arbeid fra HOD sin side med årshjul og omfattende møtevirksomhet. Det er fortsatt for mange fora, uten mulighet for tilstrekkelig forberedelser og sammenfatninger. Dette fører til liten grad av involvering og eierskap ute i kommunene til nasjonale utviklingstiltak. I tillegg er mange av de nasjonale utviklingssporene forsinket og da med en portefølje som i stor grad «hoper seg opp».

KS støtter den nye nasjonale rådsmodellen som trådte i kraft fra juli 2022. Samtidig er det fortsatt en rekke forbedringspunkter, ikke minst for å sikre en større grad av forutsigbarhet og innflytelse på kostnadsutviklingen. Men den må videreutvikles og tilhørende styringsstruktur må forenkles og sees i sammenheng med rådsmodellen slik at roller og ansvar blir tydeliggjort.

Kostnadsutvikling for drift og vedlikehold av nasjonale e-helseløsninger drøftes i Teknisk beregningsutvalg for e-helse (TBU), basert på underlag for Norsk helsenett. Underlaget forutsetter en forståelse for og sammenheng med beslutninger fattet av staten om når en løsning er klar til å gå fra utviklingsprosjekt til drift og innføring. Dette oppleves til tider som en gråsoner, med uklare overganger og kobling mot tidligere beslutninger. Norsk helsenett har gjort en betydelig innsats for å forbedre underlaget, men det mangler fortsatt tydelige og prinsipielle føringer for når en løsning skal kunne overføres til den lovpålagte betalingsmodellen for nasjonale e-helseløsninger. I hovedsak oppleves det som at alle nye e-helseløsninger vil inngå som en del av lovpålagt betalingsplikt og innlemmes i en av de fire nasjonale e-helseløsningene som loven omtaler.

Med bakgrunn i dette mener KS:

- Staten må iverksette et arbeid for å redusere antall fora og utvalg som omhandler og har konsekvens for kostnadsutviklingen for kommunal sektor slik at det er mulig å drøfte dette nærmere i den kommunal samstyringsstrukturen for digitalisering, som grunnlag for politisk konsultasjon.
- Staten må skape større grad av forutsigbarhet ved behandling i den nasjonale rådsmodellen om hva de løpende e-helsetiltakene har av økonomiske konsekvenser for kommunene. Dette må vise alle tiltakene i sammenheng med totale kostnader, inklusive lokale kostnader og vurdering av nytte.

Med hilsen

Kristin Weidemann Wieland
Områdedirektør

Terje Wistner
Avdelingsdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur