



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 23/01069-121

Arkivkode: 069

Saksbehandler: Terje Wistner

Deres referanse:

Dato: 21.10.2024

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

Vi viser til høring med referanse HOD ref.: 22/3264 med frist 15. november 2024.

Innledningsvis ønsker KS å påpeke at kommunenes betalingsplikt for statens drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger (jmf. pasientjournalloven) er betydelig underkompensert. Den samlede underdekningen er for budsjettåret 2025 estimert til 114 mnok. Siden betalingsplikten ble innført for løsninger uavhengig av om de kan tas i bruk i kommunene eller ikke – og om det er kommunen selv, private med avtale eller innbygger som er målgruppe for tjenestene – er det ikke alltid mulig å realisere nytte for å finne inndekning for betalingsplikten. Konsekvensene er at kommunenes økonomiske handlingsrom svekkes. Underkompensasjonen innebærer at kommunene må finne inndekning i de frie inntektene av kostnadsvekst ut over kommunal deflator for å dekke statlige utgifter. De må mao. kutte kostnader i sine øvrige tjenester. Det innebærer også svekket handlingsrom for investeringer i lokal helseteknologi – som nye journaler og velferdsteknologi.

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

- 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.*
- 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.*

Kommunal sektor står allerede i betydelige utfordringer, på mange områder. Disse forventes å forsterke seg i årene fremover. I sum svekker dagens prinsipper for betalingsplikt kommunenes allerede svært pressede økonomiske handlingsrom med risiko for svekket tjenestetilbud til innbyggerne.

Stadig flere kommuner melder nå om en mer krevende økonomisk situasjon. Nær halvparten av kommunene leverte i 2023 et negativt resultat og 3 av 4 kommuner melder om merforbruk i forhold til budsjett for 2024. I sum er underdekningen i forhold til budsjett for 2024 av KS etter undersøkelser i kommunene nå estimert til hele 15 milliarder kroner. 96 % av kommunene ligger an til å bruke mer midler innen helse- og omsorgstjenestene enn budsjettert. KS vil derfor understreke at det er viktig at de nasjonale e-helseløsningene bidrar til å reelt avlaste helsepersonell i hverdagen og dermed bidrar til den samlede økonomiske og personellmessige bærekraften for kommunene. Dette er også et premiss som

Stortinget fastslo i sin behandling av pasientjournalloven den 14. desember 2021¹, der Regjeringen ble anmodet om å «*sørge for at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024, og at kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*»

KS er glad for at staten lytter til innspill fra kommunal sektor om økt forutsigbarhet for kommunene med en varslings allerede i denne forskriften om plikt for kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester til å ta i bruk nasjonal kjernejournal fra 1. januar 2026. At Teknisk Beregningsutvalg har begynt med langsiktige prognoser er også et tiltak som bedrer forutsigbarheten. Samtidig mener KS det er behov for å øke forutsigbarheten ytterligere for kommunene med tydeligere prinsipper for når en løsning skal omfattes av loven og graden av kompensasjon. I hovedsak bør kommunene kompenseres fullt ut for løsninger hvor det foreløpig ikke er mulig å hente ut nytte, enten som følge av at løsningene ikke er godt nok tilpasset kommunale behov, at realisering av nytte forsinkes eller at nytten primært tilfaller innbygger eller andre aktører. KS vil særlig peke på kommunenes betalingsplikt for fastlegetjenestens bruk av løsningene. Som kjent er det staten som har ansvaret for finansiering av fastlegetjenestens via basistilskuddet (at kommunene over tid i tillegg subsidierer tjenesten via de frie inntektene endrer ikke på dette prinsippet). Siden kommunene ikke er selvstendig finansiert for fastlegetjenesten utover basistilskuddet, følger det av dette prinsippet at kommunene bør kompenseres fullt ut for kostnadene som følger av fastlegetjenestens bruk av de nasjonale løsningene.

For å sikre god og hensiktsmessig utvikling, innføring og gevinstrealisering av nasjonale e-helseløsninger i kommunal sektor, forutsetter vi at arbeidet gjennomføres i tråd med prinsippene for samarbeid om digitalisering mellom stat og kommune. Prinsippene er jmf. digitaliseringsrundskriv² 1) likeverdighet og innflytelse, 2) representativitet, og 3) involvering hele veien. Prinsippene er også nedfelt i ny nasjonal digitaliseringsstrategi «Fremtidens digitale Norge»

KS opplever at direktorat og statlige foretak søker å etterleve prinsippet om «involvering hele veien», men at dette ikke alltid skjer i en form som medfører tilstrekkelig innflytelse, spesielt når det gjelder prioritering og rekkefølge. KS mener at den nasjonale rådsmodellen og tilhørende styringsstrukturer, men også styringsstrukturer for utvikling, utprøving, drift og forvaltning, må videreutvikles for å redusere fragmentering og legge til rette for større grad av kobling mellom hvilke investeringsbeslutninger som tas nasjonalt og hvilke økonomiske konsekvenser dette får for virksomhetene. Her må det sikres tilstrekkelig tid til forankring og eierskap i kommunal sektor. Det er sentralt at konsekvenser for kommuneøkonomien 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 tydeligere og at regjeringen må iverksette tiltak for å skaffe til veie tilstrekkelig kunnskaps- og datagrunnlag om både kostnader, bruk og effekter (både økonomiske og kvalitative). Dette vil kunne bidra til mer transparens i diskusjoner om kostnadsfordeling bruk og nytte mellom de respektive helseaktørene, og 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. KS mener videre at prismodellene må videreutvikles for å hensynta fordeling av nytte, i tråd med Stortingets vedtak, og at Regjeringen må prioritere arbeidet med å synliggjøre gevinst- og kostnadsfordeling mellom aktørene, jfr. Stortingets vedtak om at kommunene (sammen med andre helseaktører, primært sykehus) skal pålegges gevinstuttak tilsvarende statens kostnader for digitale samhandlingsløsninger tilsvarende 1,25 mrd kroner (p50).

Det bør være et mål i seg selv at en prismodell og grunnlaget for denne må være transparent og basert på

¹ Prop. 3 L (2021-2022), Innst. 47 L (2021-2022), Lovvedtak 26 (2021-2022)

² [Digitaliseringsrundskrivet - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/digitaliseringsrundskrivet)

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 vil også være et virkemiddel for å styrke legitimiteten til de nasjonale tjenestene.

KS mener 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. Med utgangspunkt i slike kunnskapsgrunnlag bør løsningene videreutvikles og tilpasses slik at de reelt understøtter og avlaster arbeidshverdagen i kommunene for alle målgrupper av helsepersonell som vil kunne ha nytte av dem. Slik vil de i større grad enn i dag kunne tas i bruk som en integrert del av tjenesten og dermed realisere nyttepotensiale.

Kostnadsveksten for kommunal sektor som konsekvens av pasientjournalloven

Kostnadsveksten for de nasjonale e-helseløsningene har vært betydelige, med en økning på litt over 30 % de siste årene, se tabell 1. Enhver prisøkning ut over kommunal deflator reduserer i prinsippet kommuneøkonomien og det kommunale handlingsrommet.

Forslaget som er sendt på høring innebærer en økning i betalingen fra 2024 til 2025 på totalt 8,9 mill. kroner for regionale helseforetak og 10 mill. kroner for kommunene. I tillegg kommer prisjustering basert på Statistisk sentralbyrås publiserte endring i konsumprisindeks de siste 12 måneder. I tillegg får hver fylkeskommune, som har tidligere betalt om lag 10 000 kroner per måned, med de foreslåtte endringene i prismodellene en betalingsplikt på 16 667 kroner per måned før prisjustering. Det blir ingen endring i prismodellen for regionale helseforetak og kommuner, til tross for Stortingets vedtak om at kostnadsutviklingen skal sees hen til nytte av 14. desember 2021. Regjeringens praksis bryter dermed etter KS vurdering med Stortingets anmodningsvedtak.

Kommunal sektor står overfor betydelige utfordringer, på mange områder. I sum svekker dette kommunenes bæreevne med risiko for at det kan svekke tilbudet til innbygger i tiden fremover. Kommunenes økonomiske situasjon er svært alvorlig, ikke minst i kommunehelsetjenesten som også har betydelige bemanningsutfordringer. KS vil derfor 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.

Kommunerammen for 2022 ble økt med 322,2 mill. kr. i Statsbudsjettet for 2022 og 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.

Dette har ikke vært tilstrekkelig til å kompensere kostnadene fullt ut. 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 1 – utvikling av kommunenes utgiftsandel i NHN og kompensasjon (avrundet til nærmeste mill.)

	2022	2023	2024	2025*
Kommunal "faktura"	341	386	470	479
Total kompensasjon til kommunerammen	330	353	368	365
Innlemming (estimert realverdi) *	322	336	350	365
ekstra kompensasjon	8	17	18	
Utgift som må dekkes av frie inntekter	11	33	101	114

*Kompensasjon og beregning for 2025 er foreløpige estimater basert på foreliggende informasjon i forslaget til statsbudsjett for 2025

KS forventer en konsekvensjustering av kompensasjonen som følge av justeringer i prismodellen

KS har videre følgende kommentarer:

- KS mener det er viktig at man i oppfølgingen av Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 legger vekt på utvikling av finansieringsmodeller og finansielle incentiver som understøtter utbredelse og gevinstrealisering samt bærekraftig drift og forvaltning for kommunene for de nasjonale e-helseløsningene.
- En sentral barriere for kommunene er økonomi. Når kommunene sammen med andre helseaktører blir pålagt gevinstuttak tilsvarende statens kostnader for investering i nyutvikling av de statlige nasjonale digitale samhandlingsløsningene, samtidig som de også skal betale statens kostnader til drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger så bidrar dette til å redusere handlingsrommet i kommunal sektor. Tilstrekkelig handlingsrom er en sentral forutsetning for å realisere gevinster på en god måte.
- 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 innføres før løsningen faktisk kan tas i bruk og integreres som en del av tjenestenes virke, uten forbehold. KS støtter derfor at det ikke innføres betalingsplikt for tjenestene pasientens prøvesvar i kjernejournal og sentral forskrivningsmodul. KS legger til grunn at slik betalingsplikt ikke inntreffer før tjenesten er klar til bruk i kommunene. Samtidig mener KS at betalingsmodellene i regi av Norsk helsenett må videreutvikles til å hensynta betaling for reelt bruk. Det bør vurderes om betalingsmodellene skal utvikles i retning av modellen for VKP, der det er klart skille for betaling mellom kommuner som bruker og som ikke bruker løsningene, forutsatt at løsningen gir nytte. Dette er spesielt aktuelt der ønske om å ta i bruk en løsning i kommunen overgår Norsk helsenett eller andre leverandørers mulighet til å gjøre løsningen tilgjengelig for kommunene.
- Diskusjonen om statens bidrag til finansiering av nasjonale e-helseløsninger – både utvikling, drift og forvaltning – bør gjenopptas og revurderes. 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 – dette gjelder ikke minst innbyggernes og privates bruk av løsningene, mao. tydeligere prinsipper om økt kompensasjon og andel

- Det er avgjørende at regjeringen har fokus på å utvikle finansieringsmodeller som gir rettferdig fordeling, basert på faktisk bruk og nytte. Et førende prinsipp må være at kommunene kompenseres fullt ut for eventuelle netto merkostnader for statlige utgifter ved nasjonale e-helseløsninger
- 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 og ikke minst at leverandørene har innført funksjonaliteten. Her er det dermed viktig at de ulike statlige aktørene også gjør sin del 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.
- KS forutsetter at kommunene fullt ut kompenseres for betalingen til NHN frem til de ulike løsningene er tilrettelagt slik at det faktisk er mulig å ta dem i bruk og dermed realisere gevinster og nytte. Av dette følger også at kommunene kompenseres fullt ut for innbyggernes og private aktørs bruk av løsningene der regningen for slik bruk sendes kommunene.
- 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.
- KS er glad for at staten følger anbefalingen fra NHN om et fratrekk på 34,5 mill i betalingen, som skyldes ubenyttede midler til forvaltning og drift av helsenorge.no og kjernejournal i 2022 og 2023. Samtidig er det viktig for KS at det tydeliggjøres at dette kun er en utsettelse av kostnader.

Kommunenes merkostnader for fastlegenes bruk av løsningene må kompenseres.

- I dag er realiteten at flere av tjenestene foreløpig ikke er tilrettelagt for kommunenes bruk, men primært er i bruk i fastlegetjenesten.
- Stortinget har vedtatt at kommunene skal betale for fastlegenes bruk av nasjonale e-helseløsninger. Kommunene har ansvaret for å knytte til seg fastleger som en viktig del av de kommunale helsetjenestene. Basistilskuddet kommunene mottar går i dag direkte til fastlegene selv, kommunene er dermed ikke selvstendig finansiert for fastlegetjenesten. Situasjonen i dag er at svært mange kommuner subsidierer fastlegetjenesten via kommunenes frie inntekter som er ment til å dekke kommunenes oppgaver på andre tjenesteområder.
- Kommunene har ikke ansvaret for eller er satt i stand til å legge til rette for utbredelse og innføring av nasjonale e-helseløsninger til selvstendig næringsdrivende fastleger. I den grad staten mener det er hensiktsmessig å gjenbruke kommunal sektors modeller og nettverk for innføring av helseteknologi også til fastlegene, må dette utredes nærmere, i tett samarbeid med KS og legeforeningen. Spesielt må det vurderes roller og ansvarsfordeling, prinsipielle ansvarsforhold i fastlegeordningen, kommunenes plikt til å betale for næringsdrivende fastlegers bruk av nasjonale e-helseløsninger og behov for virkemidler og incentiver.
- Fastlegetjenesten er en sentral og svært viktig del av primærhelsetjenesten, men det er ikke en tjeneste som kommunene er finansiert for utover basistilskuddet. Resultatet av dagens betalingsordning er at kommunene er pålagt betalingsplikt for fastlegenes bruk av de nasjonale e-helseløsninger. Det kan også være at man ved bruk av noen av løsningene også utløser takster. Dette kan med fordel undersøkes nærmere. Løsningene som det betales for er i mange tilfeller noe kommunen ikke kan bruke selv, og dette bidrar dermed til å forsterke kommunenes allerede

betydelige subsidiering av fastlegetjenesten på bekostning av andre tjenester i kommunen. Siden fastlegene i de fleste tilfeller er næringsdrivende, er det heller ikke mulig for kommunene å realisere gevinster av disse løsningene.

- KS anerkjenner at Stortinget har vedtatt at kommunene skal betale for fastlegenes bruk av nasjonale e-helseløsninger. Utgangspunktet bør imidlertid være at når kommunene får merkostnader grunnet andres bruk av løsningene, bør disse merkostnadene kompenseres fullt ut av staten. Stortinget har også anmodet regjeringen om at vesentlig merkostnader for kommunene kompenseres. Når kommunene pålegges betalingsplikt for tjenester som ikke engang er klargjort for bruk i kommunene selv, mener KS at full kompensasjon er det eneste logiske for at kommunene ikke må kutte i andre tjenesteområder.

Forutsetninger for å benytte «plikt til bruk»

Departementet foreslår at det innføres en plikt for kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester til å ta i bruk nasjonal kjernejournal fra 1. januar 2026. Plikten omfatter ikke private virksomheter, heller ikke virksomheter som tilbyr tjenester etter avtale med kommunen. Kjernejournal har allerede kommet langt i utbredelse og KS tar til etterretning at plikt til bruk for kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester er foreslått fra 1. januar 2026. Samtidig ønsker vi å påpeke at det er uheldig atplikten ikke omfatter alle aktører kommunen samhandler med. Det er også viktig at kjernejournal videreutvikles slik at den også tilpasses alle relevante områder innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som for eksempel helsestasjon og skolehelsetjenesten.

KS mener videre det er en rekke forutsetninger som må ligge til grunn for at plikt til bruk skal kunne innføres for *andre* løsninger, utover kjernejournal:

- 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.
- For å møte erkjente kapasitets- og kompetanseutfordringer i kommunene, er det en viktig forutsetning for plikt til bruk at det tilbys tilstrekkelig statlig støtte og virkemidler til utbredelse og innføring slik at løsningene tas i bruk og med god effekt i tjenestene.

Prioriteringen av innføring av nasjonale e-helseløsninger må sees i sammenheng med kommunal sektors ambisjoner på eHelseområdet, inklusive prioriteringer og rekkefølge, med statlige incentiver og tiltak som stimulerer til innføring og at løsningene reelt tas i bruk.

- Plikt til bruk forutsetter etablerte og fungerende modeller (og incentiver) for strategisk leverandørstyring. Dette vil bidra til å øke forutsigbarheten for at leverandørene leverer iht. kommunal sektors prioriterte portefølje (som vektlegger kommunenes behov, men selvsagt tar utgangspunkt også i det nasjonale veikartet). I dag er det en betydelig utfordring av leverandørene henger etter. Det er viktig å drøfte formålet med plikt og hvordan det kan tilrettelegges incentiver overfor leverandørmarkedet. Her kan tidspunkt for innføring vurderes, avhengig av løsning og rekkefølgebehov. Det må i tillegg vurderes mekanismer for å sikre at leverandørene faktisk leverer. KS mener at det bør vurderes etablering av et EPJ-løft for kommunal sektor, i regi av kommunal sektor selv med finansiert av statlige midler - med mulighet for finansielle incentiver for leverandørene for å øke forutsigbarhet og gjennomføringskraft.
- Plikt til bruk forutsetter at de nasjonale e-helseløsningene oppfyller grunnleggende behov og krav fra de kommunale og fylkeskommunale helsetjenestene, og understøtter formål med å levere

forsvarlige helsetjenester. Det forutsettes at de nasjonale løsningene er tilstrekkelig verifisert i henhold til omforente krav før utbredelse kan iverksettes.

- Plikt til bruk forutsetter 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.

KS' posisjoner er som tidligere:

- 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, etterprøvnbarhet og transparens må ivaretas som grunnleggende forvaltningsprinsipper.
- Staten beskriver i høringsnotatet at betalingen baseres på en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale e-helseløsninger som kommer pasientene til gode og som i tillegg tar hensyn til virksomhetenes bruk og nytte av løsningene. Ettersom Helsedirektoratet ikke har oppdatert samfunnsøkonomisk analyse eller lagt til rette for fordeling av nytte per aktør for løsningene, er det fra KS sitt ståsted ikke korrekt å beskrive at betaling tar hensyn til bruk og nytte.
- Videre skriver departementet i høringsnotatet at staten legger vekt på at betalingsmodellen bør være enkel å forvalte, stabil over tid, reflektere mulige gevinster og stimulere til bruk av fellesløsninger. Kostnadsfordelingen bør videre gi en relativt rettferdig fordeling av den økonomiske byrden og i rimelig grad reflektere fordelingen av gevinster mellom aktørene. KS mener dette er gode ambisjoner, men det utøves ikke slik i dag. KS mener at NHN (evt Helsedirektoratet) bør få oppdrag om å dokumentere faktisk bruk og nytte som grunnlag for betalingsmodell.

- KS mener at de mulige gevinstene som beskrives i utprøvingen av løsningene med fordel kunne vært målt jevnlig og fulgt opp fra Helsedirektoratets side.

Med hilsen

Kristin Weidemann Wieland
Områdedirektør
forskning, Innovasjon og digitalisering

Terje Wistner
Avdelingsdirektør eHelse

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur