

V 1.00

Beslutningsunderlag for ny e-helseorganisering og nasjonal tjenesteleverandør

Anbefaling om ny e-helseorganisering med
tilhørende styrings- og finansieringsmodell



IE-1031

Publikasjonens tittel:

Beslutningsunderlag for
ny e-helseorganisering og nasjonal
tjenesteleverandør

Rapportnummer

IE-1031

Utgitt:

31.08.2018

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

Publikasjonen kan lastes ned på:

www.ehelse.no

Forord

Økt velstand, globalisering, medisinsk- og medisinskteknologisk utvikling, høyere levealder og digitalisering av samfunnet er med på å endre norsk helsetjeneste. For å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og bedre ressursbruk, er det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i teknologi på en bedre måte.

Gjennom tilslutning til Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022 (2017), er det bred enighet i helse- og omsorgssektoren om behovet for å satse mer på nasjonale e-helsetiltak fremover. Den digitale utviklingen er gjennomgripende og gir behov for å tenke nytt rundt tradisjonelle roller og ansvar i digitaliseringsarbeidet. Dagens beslutnings- og finansieringsstrukturer er fragmentert. Verdiskaping i et helhetlig samfunnsperspektiv fanges ikke opp av virksomhetsperspektivet. Det er behov for strukturer og samarbeidsformer fører til at aktørene innen helsesektoren tenker og arbeider mer helhetlig i utøvelsen av eget ansvar, og at det er behov for å løse flere oppgaver i fellesskap.

En rekke nasjonale utredninger, som *Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgstjenesten (2015)*, *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren (2017)* og *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak (2017)*, viser til behov for økt nasjonal styring samt endringer i finansieringsmodeller, roller og ansvarsfordeling for å realisere ambisjonsnivået for nasjonale e-helseløsninger. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Direktoratet for e-helse et mandat om å samordne og koordinere den nasjonale e-helseutviklingen. Som et ledd i dette har direktoratet, i samarbeid med Norsk Helsenett, utredet hvordan innsatsen på det nasjonale området kan videreutvikles og styrkes for å møte framtidige behov.

Anbefalingene om en *ny e-helseorganisering* innebærer tre tiltak; videreutvikling av etablerte styringsmodeller på e-helseområdet til helhetlige samstyrings- og eierstyringsmodeller, nye finansieringsmodeller, og til sist, ny organisering av ressursene gjennom etablering av en nasjonal tjenesteleverandør og videreutvikling av myndighetsrollen i Direktoratet for e-helse. Sammen skal tiltakene sikre bedre helhet og koordinering av innsatsen på e-helseområdet.

Det er Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenetts vurdering at ny e-helseorganisering vil styrke *gjennomføringsevnen i leveransen av e-helsetjenester*, gjennom økt kvalitet, effektivitet og tempo i utviklingen og forvaltningen av tjenestene. Et godt samspill mellom departement, direktoratet, den nasjonale tjenesteleverandøren, kommunesektoren og virksomhetene innen helsesektoren vil legge et avgjørende grunnlag for å skape digitale tjenester som styrker både primær- og spesialisthelsetjenesten, til beste for pasientene.

Samtidig; endret organisering, finansiering og styring er ikke alene tilstrekkelig for å realisere de uttalte ambisjonene innen e-helse. Den totale økonomiske rammen til e-helsetiltak må over tid utvides fra dagens nivå. I tillegg må midler til utvikling og anskaffelser, som en naturlig følge av mer nasjonal samordning, gradvis omfordeles fra lokalt til nasjonalt nivå. Nivået på, og fordelingen av, den samlede økonomiske rammen til e-helse er ikke vurdert konkret i dette arbeidet. Problemstillingen er like fullt avgjørende og må ses i sammenheng med ambisjonsnivået som en ny e-helseorganisering skal realisere.

Innhold

1	Oppdraget	6
2	Dagens situasjon og utfordringer	6
2.1	Dagens situasjon.....	7
2.2	Behov for endring.....	13
3	Innretningen av ny e-helseorganisering	15
4	Styring av e-helse.....	17
4.1	Eierstyring	18
4.2	Selskapsledelse	19
4.3	Samstyring av innholdet i e-helseutvikling	20
4.4	Nærmere om kommunal sektors innflytelse.....	26
5	Finansieringsmodell for nasjonale e-helseløsninger	28
6	Organisering	30
6.1	Direktoratets fremtidige samfunnsoppdrag og rolle	30
6.2	Forretningsmodell for tjenesteleverandøren	31
7	Økonomiske og administrative konsekvenser	39
7.1	Gvinster ved ny organisering, finansiering og styring.....	39
7.2	Kostnader ved etablering av ny nasjonal tjenesteleverandør.....	40
7.3	Fordelingsvirkninger	42
7.4	Fremtidige muligheter (opsjoner).....	42
7.5	Prinsipielle spørsmål og avveiiinger	43
7.6	Administrative konsekvenser	43
8	Gjennomføringsrisiko	44
9	Veien videre	45
9.1	Arbeid frem til iverksetting av tiltakene	45
9.2	Mulig overgang til alternativt konsept	45
	Begrepsoversikt	46
	Oversikt over vedlegg	48

1 Oppdraget

Direktoratet for e-helse (direktoratet) har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide et beslutningsgrunnlag for ny e-helseorganisering. Oppdraget er gitt som oppfølging av direktoratets anbefalinger i rapporten *IKT-organisering i helse- og omsorgs-sektoren (2017)*. Arbeidet er utført i samarbeid med Norsk Helsenett SF.

Dette dokumentet redegjør kort for dagens situasjon og utfordringer, som et bakteppe for behovet for ny e-helseorganisering, og beskriver så direktoratets og Norsk Helsenetts anbefalinger.

Arbeidet er gjennomført i perioden mars til august 2018. Det er gjennomført prosesser for forankring internt i begge organisasjoner, og utviklingsretningen i arbeidet er presentert for Nasjonalt e-helsestyre og sektoren¹ i ulike sammenhenger.

2 Dagens situasjon og utfordringer

Økt velstand, globalisering, medisinsk- og medisinskteknologisk utvikling, høyere levealder og digitalisering av samfunnet er forhold som er med på å endre norsk helsetjeneste. For å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk, er det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i teknologi på en bedre måte.

Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 ligger til grunn for arbeidet på nasjonalt nivå. Strategien peker på viktige områder det er enighet om at sektoren bør utvikle i felleskap.

E-helseutviklingen er i strategien beskrevet i seks strategiske områder, se Figur 2-1. Fire av disse er funksjonelle områder som har en direkte verdi for pasienter, innbyggere og helse- og omsorgstjenesten:

- digitalisering av arbeidsprosesser
- bedre sammenheng i pasientforløp
- bedre bruk av helsedata
- helsehjelp på nye måter

De to siste områdene beskriver grunnleggende forutsetninger for de fire første:

- felles grunnmur for digitale tjenester og
- nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføringsevne

¹ Rapporten bruker begrepet "sektor" gjennomgående. Dette betyr hele helse- og omsorgstjenesten; de statlige, kommunale og private aktørene. Når rapporten omtaler den statlige delen eller de kommunale tjenestene, er dette særskilt angitt.

Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022



Figur 2-1: Nasjonal e-helsestrategis strategiske områder

Denne rapporten understøtter strategiområdet *Nasjonal styring av e-helse og økt gjennomføring*. E-helsestrategien peker på nødvendigheten av tiltak innenfor IKT-organiseringen i sektoren.

Nasjonale e-hesløsninger er IKT-løsninger som tas i bruk på tvers av sektoren, hvor det er behov for at en eller flere offentlige virksomheter tar et helhetsansvar for sektoren, og som oppfyller kriterier knyttet til stordriftsfordeler, samfunnsverdier, fordelingshensyn og fellesgoder (jf. *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren (2017)*). De viktigste fremtidige områdene er en felles grunnmur for digitale løsninger, felles journalløsninger, styrket samhandling, legemiddelfeltet og bedre bruk av helsedata. I tillegg peker strategien på behov for styringsmodeller som gir aktørene mulighet til å delta i felles nasjonale prioriteringer samt i styring av utvikling og forvaltning av nasjonale løsninger.

2.1 Dagens situasjon

Aktørene i sektoren (stat, kommune og private) driver i dag hver for seg et betydelig arbeid med utvikling, forvaltning og drift av e-hesløsninger. Gjennom lokale og regionale beslutninger skapes et fragmentert IKT-landskap. Det er krevende å sikre informasjonsutveksling og samhandling på tvers av sektoren. I tillegg forholder de ulike aktørene seg til ulike styringslinjer, noe som gjør det utfordrende å få til nasjonal koordinering av IKT-utviklingen. Den statlige delen av helsesektoren styres gjennom eierstyring fra staten (blant annet Norsk Helsenett og RHF-ene). Dette innebærer at den statlige delen av helsesektoren kan styres helhetlig. I praksis er det imidlertid ofte manglende koordinering av digitaliseringen hos aktørene likevel.

Hver kommune har en egen folkevalgt ledelse. Kommunene er egne rettssubjekt som kan ta avgjørelser på eget initiativ og ansvar og utøver sitt selvstyre innenfor nasjonale rammer. Begrensninger i det kommunale selvstyret må ha hjemmel i lov. Lov om kommuner og fylkeskommuner legger til grunn at det kommunale selvstyret ikke bør begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål. Det er kommunen som har det primære ansvaret for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen. Fastlegene og fastlegeordningen inngår i dette ansvaret. Det har historisk vært få mekanismer som har kunnet bidra til en koordinert innsats for digitalisering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Norsk Helsenett etablerte i 2012 KomUT-prosjektet, en kompetanseorganisasjon som har kontakt med og følger opp alle landets kommuner. Denne organisasjonen har vært pådriver og medvirkende til at alle landets kommuner har tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten, og kommuniserer elektronisk med fastleger og sykehus om oppfølging av enkelt-pasienter. Prosjektet arbeider med utbredelse av digitale løsninger på stadig flere tjenesteområder. Tilsvarende har det nasjonale velferdsteknologiprogrammet i regi Helsedirektoratet/Direktoratet for e-helse jobbet systematisk med utbredelse av velferdsteknologiske løsninger.

KS (Kommunesektorens organisasjon) fremmer kommunenes interesser i arbeidet med å digitalisere helsesektoren. Hovedstyret i KS har vedtatt å styrke det interessepolitiske og strategiske arbeidet med digitalisering. KS arbeider med felles utviklingstiltak for å fremme samordning og mobilisering i kommunesektoren. Det er etablert en styringsmodell der et digitaliseringsråd med representanter fra kommuner og fylkeskommuner (KommIT-rådet) rådgir administrerende direktør i KS i digitaliseringsspørsmål. KommIT-rådet med underliggende organer har samtidig et ansvar for å koordinere og samordne kommunesektorens arbeid innen digitalisering for alle sektorer, herunder helse og undervisning.

Styringsmodellen er under videreutvikling, der målet er strukturer som ytterligere kan styrke samhandling og deling i kommunesektoren. Hovedstyret har vedtatt at KS skal medvirke til en eller flere ordninger, hvor utvikling og drift av felles digitale løsninger som skal brukes i kommunal sektor, blir besluttet, finansiert og gjennomført innen en nasjonal ramme. Blant annet er finansieringsordningen «DigiFin» etablert, med midler fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet, KS, fylkeskommuner og kommuner for finansiering av felles digitaliseringsinitiativ i kommunesektoren.

Konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS er en formalisert arena for dialog og samhandling om statlige rammer og måloppnåelse innen kommunesektoren. Hovedformålet med ordningen er å komme til enighet om hva som kan oppnås innenfor kommunesektorens inntektsrammer. Ordningen består av faste møter på politisk toppnivå, involvering av KS i kostnadsberegninger og arbeidet med statlige lovutredninger og bilaterale samarbeidsavtaler. Det er tre møtepunkt; ett konsultasjonsmøte mellom Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Finansdepartementet og KS forut for regjeringens marskonferanse, der hovedtema er rammene for neste års kommuneopplegg, ett konsultasjonsmøte i april forut for RNB/Kommuneproposisjonen der alle departementer med relevante saker deltar, samt en bilateral møterekke i oktober/november. Ordningen legger til rette for at departementene kan samordne sin aktivitet rettet mot kommunesektoren. Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) har hovedansvaret for å samordne statens politikk rettet mot kommunesektoren, men Finansdepartementet (FIN) også har en sentral rolle som ansvarlig for å ivareta makroøkonomiske hensyn. Ved utarbeiding av særlige avtaler må KMD konsulteres i forkant av at departementet/-ene går i dialog med KS om avtalens utforming, slik at avtalene

utformes i tråd med prinsippene som staten og KS er enige om. Konsultasjonsordningen er en nødvendig, men ikke en tilstrekkelig arena for å håndtere utfordringer knyttet til digitalisering på e-helseområdet.

Trepartssamarbeidet om fastlegeordningen ble etablert da fastlegereformen ble innført i 2001. Trepartssamarbeidet ble reetablert i desember 2017 med første møte i februar 2018. Hensikten med ordningen er at KS, Legeforeningen og staten skal få en tettere dialog om fastlegeordningen, og regelmessig kunne drøfte ulike problemstillinger. Videre sørge for at fastlegeordningen er tilpasset endringene i samfunnet og utvikler seg etter befolkningens behov. Ordningen er en fast møteplass for de ansvarlige partene for å drøfte ulike utfordringer og se på mulige løsninger. Sentrale parter setter seg sammen og vurderer både finansiering, oppgaver og organisering av fastlegeordningen, samt rekruttering og utdanning. Det er helse- og omsorgsdepartementet sitt ansvar å vurdere hvilke arenaer dette skal følges opp i, og er ikke gjenstand for nærmere behandling i denne rapporten.

Det finnes gode eksempler på at det gis felles styringssignaler fra staten som sikrer at aktørene gjør felles prioriteringer. Utvikling og innføring av e-resept og kjernejournal er eksempler på dette. Felles for disse er at det følger med statlig finansiering. Det er få eksempler på styring fra Storting/departementer som innebærer at aktørene skal bidra med egen finansiering til fellesløsninger. Likevel har RHF-ene i flere år bidratt med finansiering av nasjonale løsninger på eget initiativ. Dette gjelder blant annet innføring av meldingsutveksling og helsenorge.no. Kommunesektoren og fastleger har på sin side bekostet innføring av meldingsutveksling i egne virksomheter.

Realisering av helsepolitiske mål forutsetter at en nasjonal styring av e-helseområdet baseres på samstyring, gitt de adskilte styringslinjene vi har innen forfatningen generelt og i helsesektoren spesielt. Nasjonal styringsmodell for e-helse er etablert for å kompensere for de adskilte styringslinjene og for å bidra til økt samordning i sektoren. Det er behov for å forsterke mekanismene for å sikre mer helhetlig styring. Styringsmodellen endrer ikke de etablerte styringslinjene fra Stortinget, regjeringen og departementer til etater, virksomheter og kommuner, men skal supplere og utfylle disse.

Direktoratet for e-helses rolle i dag

Direktoratet for e-helse har i dag både en myndighetsrolle og en rolle som leverandør av nasjonale e-helseløsninger til sektoren. Direktoratet skal med utgangspunkt i disse rollene, og i tråd med føringene departementet gir, bidra til at vedtatt politikk iverksettes og at omforent strategi understøtter sektorens virksomheter på en god måte.

I myndighetsrollen, slik den er beskrevet i hovedinstruksen, inngår tre roller; premissgiver, fagorgan og pådriver/ tilrettelegger. De tre rollene er nærmere beskrevet i *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren (2017)*.

Som *premissgiver* på e-helseområdet har direktoratet ansvar for å etablere rammer og retning for utviklingen på e-helseområdet. Virkemidlene som ligger til premissgiverrollen er regulering (juridisk styring), instruksjon av enheter som forvalter e-helseløsninger (linjestyring) og finansiering gjennom disponering av årlige budsjettammer.

Som *fagorgan* har direktoratet ansvar for å utarbeide faglige grunnlag for beslutninger som skal tas i statsforvaltningen og sektoren. Virkemidlene som ligger til et fagorgan er å utvikle kunnskap og kommunisere denne til relevante interessenter, eller benytte den som grunnlag for å utøve direktoratets øvrige roller. Direktoratet har også ansvar for å følge med på forhold

som kan påvirke utviklingen av e-helse, herunder et ansvar for å varsle Helse- og omsorgsdepartementet om vesentlige forhold som det er viktig for departementet å kjenne til. Direktoratet må samarbeide med fagmiljøer i sektoren for å fylle rollen som nasjonalt fagorgan på en god måte.

Som *pådriver/tilrettelegger* har direktoratet ansvar for å gjennomføre prosesser som bidrar til at sektorens øvrige aktører opptrer samordnet og i henhold til nasjonal e-helsestrategi, og å legge til rette for samarbeid rundt felles beslutninger og aktiviteter. Virkemidlene som ligger til denne rollen er prosesseierskap, koordinering og kommunikasjon. Nasjonal styringsmodell for e-helse er etablert for å styrke gjennomføringsevnen av IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. Sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren er ett av fire strategiske grep som ble trukket fram i Meld. St. 9 Én innbygger – én journal (2012-2013).

Som *leverandør* har direktoratet i dag ansvar for å anskaffe, utvikle og forvalte nasjonale løsninger på e-helseområdet.

Norsk Helsenetts oppdrag² i dag

Norsk Helsenet SF skal innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren, og legge til rette for, og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling. Dette innebærer å sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom alle deler av helse- og omsorgstjenestene, og bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester til beste for pasienter og befolkningen for øvrig.

Foretaket skal sørge for nødvendig samordning av infrastrukturtenestene i helsesektoren og understøtte god kommunikasjon mellom aktørene i helsetjenesten. I dette ligger at de skal kjenne brukernes og sektorens behov, og sikre at aktørene i helse- og omsorgssektoren blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av foretakets oppgaver. Dette skal skje gjennom dialog med brukere, nasjonale myndigheter, eier, helseforetak, kommuner, private tilbydere av helsetjenester, IKT-leverandører og andre sentrale interessegrupper innen helse- og omsorgssektoren.

Foretaket har et ikke-økonomisk formål og har ikke til formål å skaffe staten som eier av foretaket økonomisk utbytte. Foretaket har ikke til hensikt å gå med overskudd i større utstrekning enn nødvendig for å sikre en forsvarlig drift.

Nasjonale styringsmodell for e-helse

Sektoren samhandler om felles initiativ gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse, som er utviklet gradvis siden 2010. Den ble formelt etablert av direktoratet i 2016 for å sikre felles prioriteringer og styrke samordningen. Modellen skal bidra til at e-helseløsningene som etableres samsvarer godt med behovene i sektoren, og bidra til raskere gjennomføring av e-helseutviklingen. Modellen har bidratt til bedre oversikt over summen av e-helsetiltak i ulike deler av helse- og omsorgssektoren, og til økt dialog mellom aktørene i sektoren. Modellen

² Norsk Helsenetts vedtekter

kompeniserer for at helse- og omsorgssektoren ikke har én felles eier. Styringsmodellen er rådgivende overfor direktoratet.

Nasjonal styringsmodell for e-helse inkluderer tre nasjonale utvalg (Nasjonalt e-helsestyre, NUIT og NUFA) og tre nasjonale prosesser for henholdsvis strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring. Utvalg, roller og ansvar i nasjonal styringsmodell er illustrert i Figur 2-2.



Figur 2-2: Utvalg, roller og ansvar i nasjonal styringsmodell

Nasjonalt e-helsestyre drøfter og gir som rådgivende organ til Direktoratet for eHelse sin tilslutning til viktige strategiske beslutninger knyttet til blant annet prioriteringer, organisering og finansieringsmodeller. Møtene i ovennevnte utvalg planlegges i et årshjul, slik at saker kan behandles først i NUFA, deretter i NUIT og så i Nasjonalt e-helsestyre.

Nasjonal styringsmodell for e-helse inkluderer nasjonale prosesser for strategi, porteføljestyling og forvaltningsstyring, som beskrevet i Figur 2-3 nedenfor. Nasjonal arkitekturstyring er under oppbygging og inngår i de nasjonale prosessene. Prosessene sørger for felles strategisk retning for e-helse, koordinering og forankring i sektoren.

De etablerte styringslinjene mellom stat og kommune endres ikke som følge av samstyring gjennom den nasjonale styringsmodellen. Det samme gjelder styringslinjene innen staten.



Figur 2-3: Prosesser i den nasjonale styringsmodellen

Direktoratet har sekretariatsansvaret for de nasjonale utvalgene og er eier av de tre nasjonale prosessene. Prosessene sørger for felles strategisk retning for e-helse samt koordinering og forankring i sektoren. Gjennom denne modellen oppnår man transparens slik at alle er informert om hva det jobbes med, og man får innsikt i avhengigheter og risiko i den samlede nasjonale e-helseutviklingen. I dagens modell plasseres utviklingstiltak og forvaltning i separate porteføljer. Den nasjonale porteføljestyringen dekker utviklingstiltakene, mens forvaltningsstyringen dekker tjenester som allerede er utviklet.

Strategiprosessen

Nasjonal strategi og handlingsplan for e-helse samler sentrale aktører på e-helseområdet om en felles utviklingsretning. Strategiprosessen er etablert for forvaltning av nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan. Formålet med strategiprosessen er å sikre at aktørene opplever strategien som relevant, aktuell og virkningsfull.

Porteføljestytingsprosess

Formålet med den nasjonale porteføljestytingsprosessen er å realisere e-helsestrategien, ved å sikre at de riktige prosjektene startes og ved å følge gjennomføringen av disse, slik at gevinster hentes ut. Prosjekter som inkluderes i nasjonal portefølje gir blant annet innsikt i strategisk betydning, avhengigheter mellom prosjekter, behov for nasjonale beslutninger og eventuelle hindringer for gjennomføring.

Tiltakene i den nasjonale porteføljen er programmer og prosjekter i sektoren som:

- understøtter den nasjonale e-helsestrategien
- har avhengigheter til den nasjonale e-helsestrategien
- er avhengig av nasjonal innsats

Dette betyr at det vil være en rekke IKT-tiltak i sektoren som ikke inngår i en nasjonal portefølje fordi disse kriteriene ikke er oppfylt.

Nasjonale programmer og prosjekter i nasjonal portefølje skal ha sektorsammensatte programstyrer der interessentene er representert. Det opprettes også ofte referansegrupper. I disse gruppene er det bred deltakelse fra sektoren, fag- og interesseorganisasjoner og eventuelt andre sektorer. Det er utstrakt involvering av klinikere i referansegrupper og i noen tilfeller benyttes ekspertgrupper. Det benyttes også metodikk for å sikre involvering av klinikere i utviklingsarbeid.

Et eksempel på hvordan sektoren involveres i programmer er Helsedataprogrammet, som i tillegg til deltakelse fra sektoren har representanter fra blant annet Norges forskningsråd, Statistisk sentralbyrå og NHO i styringsgruppen. Dette programmet har også en bredt sammensatt referansegruppe, og det er etablert fem ekspertgrupper. Styringsgruppene har reell innflytelse og er i praksis en viktig del av styringsmodellen for gjennomføring av nasjonale tiltak. Et annet eksempel er programmet Felles Infrastruktur og Arkitektur (FIA) med mange interessenter i både kommuner/KS i primærhelsetjenesten og i de regionale helseforetakene i spesialisthelsetjenesten. Styringsmodellen for programmet har et programstyre med de mest sentrale interessentene i sektor. Programstyret er ansvarlig for å beslutte FIA sin styringsdokumentasjon og påse at programmet gjennomføres i henhold til denne.

Programstyret skal prioritere tiltakene i programmet, gjøre avgrensninger og følge opp med hensyn til økonomi, kvalitet, risiko og fremdrift i prosjektene.

Forvaltningsstyring av nasjonale e-helseløsninger

Formålet med forvaltningsstyringsprosessen er å oppnå god og sektorforankret styring i forvaltningen av nasjonale løsninger, og å sikre at forvaltningen blir ivaretatt ut fra en helhetlig prioritering, uavhengig av løsning og hvem som er eier.

Viktige funksjoner for samhandling med og involvering av sektoren for utvikling og forvaltning av nasjonale løsninger, er etablert. Nasjonale løsninger bør styres gjennom sektorsammensatte produktstyrer. Produktstyrer anbefaler målbilder og veikart for produktene, prioriterer større endringsbehov og foreslår nye prosjekter til nasjonal e-helseportefølje. I dag er det etablert to produktstyrer, et for e-helsestandarder og et for helsenorge.no.

2.2 Behov for endring

Til tross for høy aktivitet og at dagens etablerte styringsmodeller innen eHelse bidrar positivt, er gjennomføringsevnen og effektiviteten i arbeidet med digitalisering av helse- og omsorgssektoren for lav i forhold til ambisjoner og behov. De ulike styrings- og finansieringsmodellene som benyttes i dag gir ikke tilstrekkelig samordning og felles prioriteringer. Både *Styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgstjenesten (2015)*, *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren (2017)*, *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak (2017)* og *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022 (2017)* understreker behovet for sterkere styring, samordning og for finansielle virkemidler som bygger opp under ambisjonsnivået. Det er særlig to utfordringer:

- Lav gjennomføringsevne: Dagens styringsmodell gir for lav gjennomføringsevne, med begrenset koordinert utvikling av IKT i helse- og omsorgstjenesten. Styringsmodellen mangler mekanismer for å sikre optimal felles porteføljestyring av sektorovergripende IKT-tiltak. Det mangler også sentrale finansielle virkemidler til å kunne gjøre helhetlige investeringer i felles nasjonale tiltak.
- Lav utnyttelse av stordriftsfordeler: Dagens organisering av IKT-funksjonene i helse- og omsorgssektoren utnytter i liten grad potensialet i stordrift, og realiserer for få synergier ved anskaffelser, drift, forvaltning og utvikling av løsninger. Det konkurreres om begrenset IKT-kompetanse, hvilket gjør organiseringen sårbar med hensyn til fremtidig kompetansebehov. Det konkurreres også om knappe investeringsmidler. I staten, innenfor RHF-ene er det en økende grad av konsolideringer, og kommunene søker på stadig flere områder samarbeid, men det er trolig fortsatt et uutløst potensiale. Det trengs dermed fortsatt styrket samhandling og koordinering mellom statlige aktører, mellom stat og kommunesektor inklusive fastlegetjenesten.

For å understøtte helsepolitiske mål og gi effektive digitale løsninger for helsesektoren, innbyggere og pasienter, er det behov for en ny e-helseorganisering som:

- Gir et hensiktsmessig omfang og en riktig innretning på nasjonale e-helseløsninger
- Muliggjør stabil og innovativ leveranse av nasjonale e-helseløsninger
- Understøtter en kostnadseffektiv oppgaveløsning der det som bør løses nasjonalt, løses nasjonalt

Behov, mål og krav knyttet til ny e-helseorganisering er dokumentert i vedlegg 1.

3 Innretningen av ny e-helseorganisering

Direktoratet for e-helses og Norsk Helsenetts anbefaling om ny e-helseorganisering består av tre hovedelementer som sammen utgjør en helhet:



Figur 3-1: Tre sentrale elementer i innretningen av ny organisering

Her gjengis kort hovedinnretningen på anbefalingen. Anbefalingene beskrives mer detaljert i de etterfølgende kapitlene.

Videreutvikling av etablerte styringsmodeller til helhetlig samstyrings- og eierstyringsmodeller på e-helseområdet, skal gi sterkere styring, felles prosesser samt omforente beslutninger og prioriteringer. Dette vil i sin tur sikre økt samordning og koordinering av innsatsen innen e-helse. Styringsmodellene skal sikre aktørene i sektoren sterk innflytelse på utviklingen av porteføljen av nasjonale og felles e-helsetjenester.

Nye finansieringsmodeller skal bidra til bærekraftige og mer forutsigbare ordninger med gode sammenhenger mellom oppgaver, beslutninger, prioriteringer, gevinster og økonomisk ansvar.

Ny organisering skal bidra til økt leveransekraft samt tydelig ansvars- og oppgavefordeling. Dette vil understøtte videreutvikling til en sterkere myndighetsrolle, samt etablering av en nasjonal tjenesteleverandør, som ved utstrakt bruk av markedet skal sørge for gode og kostnadseffektive e-helsetjenester og underliggende infrastruktur til innbyggere, pasienter og helsepersonell. Tjenesteleverandøren skal kunne tåle sammenligning med IKT-aktører i markedet, både når det gjelder kvalitet og effektivitet. Tjenesteleverandøren skal være en selvstendig juridisk enhet og anbefales etablert som et statsforetak.

Fokus på brukernes behov, etablerte prosjektmodeller og at tjenesteutvikling foregår nært og i tilknytning til tjenestene, er avgjørende for å lykkes med digitalisering. Mer samordning og styring skal ikke gå på bekostning av å utvikle digitale løsninger og tjenester så nært innbyggere, pasienter og helsepersonell som mulig.

Formaliserte styrings- og finansieringsmodeller i kombinasjon med en styrket myndighetsrolle og etablering av en nasjonal tjenesteleverandør, vil kunne bidra til å styrke fundamentet for å levere målrettede og effektive e-helseløsninger til pasientens beste i årene som kommer.

I det videre beskrives anbefalinger for hvert av de tre hovedelementene: Anbefalte modeller for styring (kapittel 4), finansiering av nasjonale e-helseløsninger (kapittel 5), samt modeller for organisering (kapittel 6), herunder videreutvikling av rollen til direktoratet, og anbefalt forretningsmodell for en ny nasjonal tjenesteleverandør. Forretningsmodellen for tjenesteleverandøren omfatter beskrivelser av hva som er oppdraget til tjenesteleverandøren, hva den skal levere til hvem, og hvordan den skal organiseres. Det er gjennomført vurderinger av økonomiske og administrative konsekvenser av opprettelsen av tjenesteleverandøren, herunder vurdering av budsjettmessige konsekvenser (kapittel 7). Gjennomføringsrisiko knyttet til tiltaket er vurdert (kapittel 8), og det gis en oversikt over videre arbeidsoppgaver (kapittel 9). Til slutt i dokumentet gis en oversikt over begreper som er anvendt i rapporten og innholdet i disse, samt en samlet oversikt over vedlegg til dokumentet.

4 Styring av e-helse

Det er en kritisk suksessfaktor at både den statlige og den kommunale delen av helse- og omsorgstjenesten gis reell innflytelse på utviklingen i den nasjonale e-helseporteføljen, og på hvordan en fremtidig nasjonal tjenesteleverandør styres.

For å sikre en helhetlig og koordinert e-helsestyring, anbefales det en utvikling langs tre styringsmekanismer, den formelle eierstyringen, selskapsledelsen og den nasjonale styringsmodellen:

1. Eierstyring:

Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet vil eie den nasjonale tjenesteleverandøren, utforme dennes vedtekter og årlige oppdragsdokumenter, og foreta den løpende eierstyringen. Som del av eierstyringen vil departementet utnevne et selskapsstyre med styremedlemmer fra aktører i helsesektoren (KS, kommuner, RHF, fastleger) og andre med erfaring og kompetanse som er viktig for selskapet (f.eks. fra IT-næringen). Kapittel 4.1 gir en nærmere beskrivelse av eierstyringen.

2. Selskapsledelse (styret og daglig leder):

Den forretningsmessige ledelsen av selskapet og ansvaret for denne ligger hos styret og daglig leder. Selskapsstyret beslutter på overordnet nivå *hvordan* tjenesteleverandøren skal utføre sine oppgaver (f.eks. organisering, effektivitet, bruk av markedet, osv.). Deltakelse av personer fra sektoren i styret vil sikre sektoren mulighet til å følge tett med på hvordan leverandøren styres, herunder oppfølging av at selskapet etterlever fastsatte vedtekter. Slik får sektorens representanter også adgang til å følge med på tjenesteleverandørens utøvelse av samfunnsoppdraget, påvirke selskapets effektiviseringskrav. Kapittel 4.2 beskriver selskapsledelsens rolle og ansvar.

3. Samstyring:

Samstyring skjer i hovedsak gjennom nasjonal styringsmodell, nasjonal løsningsstyring og program-/prosjektstyring. Samstyringen omfatter de nasjonale prosessene for strategi, forvaltnings- og porteføljestyling og gir aktørene i sektoren (KS, kommunene, RHF-ene, osv.) mulighet til å påvirke prioritering, ressursrammer og kvalitetskrav til hva en tjenesteleverandør skal levere. Kapittel 4.3 beskriver anbefalt videreutvikling av nasjonal styringsmodell og samstyring.

Direktoratet for e-helse har ansvaret for å bringe signaler og resultater fra nasjonal styringsmodell inn i eierstyringen gjennom dialog med Helse- og omsorgsdepartementet, jf. kapittel 4.3. Dette skal danne grunnlag for tjenesteleverandørens oppdragsportefølje og inntektsbudsjett i det årlige oppdragsdokumentet. Hvordan de overordnede rammene skal settes, må utredes videre. I dag er det ingen formelle prosesser som kan ivareta behovet for å konsultere kommunesektoren før oppdragsbrev utarbeides og oversendes. Kommunene mangler dermed en mulighet for å utøve innflytelse før departementet beslutter oppdragene til den nasjonale tjenesteleverandøren. Direktoratet og Norsk Helsenett anbefaler at samstyringen og eierstyringen kobles sammen ved at det etableres en formell struktur hvor Helse- og omsorgsdepartementet konsulterer KS (i tillegg til sine egne eier- og etatsstyrte

enheter) i forbindelse med utarbeidelsen av de årlige oppdragsdokumentene for tjenesteleverandøren. Mekanismen bør reguleres i lov eller forskrift. Alternativt kan det inngås en formell avtale mellom staten og KS. KS gis på denne måten en *tilstrekkelig autoritativ rolle* i dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet på vegne av kommunesektoren. Mekanismen sikrer at samstyringen i større grad henger sammen med de etablerte styringslinjene.

Selv om en slik formalisert konsultasjon vil gi kommunesektoren økt innflytelse overfor nasjonal tjenesteleverandør, er det likevel viktig å understreke at KS kun har et interessepolitisk mandat, og ikke kan forplikte eller beslutte på vegne av kommunesektoren. Unntaket er på tariffområdet, der KS er gitt fullmakter til å forplikte alle landets fylkeskommuner og kommuner – med unntak av Oslo – i forhandlinger med arbeidstakerorganisasjonene og staten. En videre utvikling og styrking av samstyringen innen digitaliseringsfeltet kan fordre at kommunesektoren selv vil vurdere å gi KS fullmakter også på dette området. Dette er et svært prinsipielt spørsmål som vil kreve grundige prosesser i kommunesektoren og som formelt vil måtte besluttes av KS' styrende organer/Landstinget i KS.

Kapittel 4.4 gir en oppsummering av kommunal sektors innflytelse i styringen av e-helse.

4.1 Eierstyring

Eierstyringen skal sørge for at tjenesteleverandøren forvaltes ut fra eierens og selskapets interesser og innenfor rammen av lov, selskapets vedtekter og andre vedtak fra foretaks-møte.

Statsforetaksformen og de andre organisasjonsformene som brukes for statens selskaper, bygger på et prinsipp om en klar rollefordeling mellom eieren og selskapsledelsen (styret og daglig leder). I lov om statsforetak er det presisert at departementets myndighet i foretaket ikke kan utøves utenom foretaksrådet. Sammenlignet med forvaltningsorganer, vil statsrådets ansvar derfor være begrenset til å gjelde forvaltningen av de statlige eierinteressene. Departementet har ansvaret for å beslutte overordnede mål og strategier, foreslå finansielle rammer, avkastningskrav og utbytte, bestemme (evt. foreslå ved oppnevning i statsråd) styresammensetning, fastsette vedtekter og styreinstruks.

Anbefalinger som fremmes gjennom nasjonale prosesser i samstyringsmodellen (kapittel 4.3) vil formaliseres som tjenesteleverandørens oppdragsportefølje og inntektsbudsjett, og bli en del av eierstyringen når de tas inn i årlige oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til tjenesteleverandøren. Kommunene kan sikres innflytelse på denne prosessen gjennom at KS får en *tilstrekkelig autoritativ rolle* i dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet. Det er KMD som har hovedansvaret for å samordne statens politikk rettet mot kommunesektoren og det vil være nødvendig at HOD samhandler tett med KMD i rollen overfor kommunesektoren.

Det vil være viktig at det skjer en aktiv styring og regulering av tjenesteleverandørens aktivitet, for å adressere utfordringene som ligger i at tjenesteleverandøren vil få en form for monopolrolle. Eier bør påse at tjenesteleverandørens vedtekter inneholder en beskrivelse av selskapets mål og virksomhet, som tydeliggjør tjenesteleverandørens samfunnsoppdrag og kjerneoppgaver. Det årlige oppdragsdokumentet fra departementet til tjenesteleverandøren kan også inneholde *overordnede* effektiviseringsmål.

4.2 Selskapsledelse

Den forretningsmessige ledelsen av tjenesteleverandøren og ansvaret for denne ligger hos styret og daglig leder. Det følger av bestemmelsene i lovverket at styrets hovedoppgaver er å stå for den overordnede ledelsen av selskapets virksomhet og å føre tilsyn med den daglige ledelsen. Styret skal utarbeide budsjetter, mål og strategier for realiseringen av selskapets vedtektsbestemte formål og andre krav foretaksrådet har satt til virksomheten. Det skal også sørge for at selskapets virksomhet er forsvarlig organisert, holde seg orientert om selskapets finansielle stilling og se til at selskapet har en hensiktsmessig kapitalstruktur, med en forsvarlig egenkapital og likviditet.

Tjenesteleverandørens styremedlemmer er selskapets og eiers tillitsvalgte. De skal ivareta selskapets interesser. For eksempel vil en styresammensetning som reflekterer sektorens brukere eller interessegrupper ikke bety at styremedlemmene skal ivareta spesifikke aktørers eller grupperes interesser. Styremedlemmer skal bidra med kunnskap, kompetanse og erfaring som er viktig for selskapet. Styret og styremedlemmene bør komplettere kunnskap og ressurser som ledelsen har, men også ha kunnskap som gjør at de kan styre og ha en kontrollfunksjon overfor ledelsen. Kunnskap og erfaring fra helse- og omsorgssektoren samt kompetanse og erfaring fra IKT-virksomhet vil være avgjørende for en effektiv selskapsledelse.

For å redusere risiko for at tjenesteleverandøren mottar motstridende styringssignaler, vil det være viktig å etablere en tydelig ansvars- og myndighetsfordeling der selskapsledelsen beslutter *hvordan* tjenesteleverandøren skal utføre sine oppgaver (organisering, effektivitet, bruk av markedet osv.), mens det er prosessene i den nasjonale samstyringen som munnar ut i anbefalinger om *hva* tjenesteleverandøren skal levere og hvilke kostnadsrammer dette skal ha. Helse- og omsorgsdepartementet vil, som eier av tjenesteleverandøren, ta den endelige beslutningsmyndigheten relatert til tjenesteleverandørens oppdragsportefølje og inntektsbudsjett.

Selskapsstyret får en viktig rolle i å følge opp at selskapet leverer i henhold til vedtekter og oppdragsbrev. Styret er ansvarlig for å sette tydelige mål for selskapet og bør implementere incentivordninger som støtter opp om samfunnsansvaret til tjenesteleverandøren. Incentiver bør knyttes til leveranser på kjerneoppgaver og aktiv bruk av markedet (sourcing) for å unngå at tjenesteleverandøren utvikler løsninger som markedet allerede tilbyr. Selskapsstyret bør, gjennom mål, budsjetter og incentiver, sikre at tjenesteleverandøren har et tett samarbeid med andre IKT-organisasjoner i sektoren, slik at oppgaver ikke dubleres.

Selskapsledelsen bør måle selskapets effektivitet ved å sammenligne resultater fra liknende organisasjoner og bransjestandarder (benchmarking), samt benytte analyser av kundetilfredshet. Benchmarking innebærer at tjenester og prosesser sammenlignes med relevante aktører, med fokus på nøkkeltall som pris, kostnadsnivå og kvalitet, men også med hensyn til prosesseffektivitet eller modenhet. Benchmarking kan bidra til en mer objektiv vurdering av resultater, økt fokus på årsak-virkningsforhold, kontinuerlig forbedring, synliggjøring av utfordringer/ forbedringspotensial, identifisering av bedre arbeidsprosesser og iverksetting av forbedringstiltak (f.eks. prosessforbedringer, teknologioppgraderinger).

Kundeundersøkelser og tilknyttede incentivordninger vil kunne bidra til at tjenesteleverandøren fokuserer på det som er viktigst for kundene, og på effektive tjenesteleveranser.

Styret bør engasjere seg i utviklingen av tjenesteleverandørens kultur og intellektuelle kapital, for eksempel ved å sikre at selskapet ansetter, utvikler og beholder viktige medarbeidere, samt utvikler nødvendig modenhet til å oppfylle sine samfunnsoppgaver med ønsket kvalitet og effektivitet.

4.3 Samstyring av innholdet i e-helseutvikling

Samstyring av innholdet i e-helseutviklingen skjer gjennom nasjonal styringsmodell, med bruk av de tre nasjonale prosessene for strategi, porteføljestyling og de tre nasjonale utvalgene.

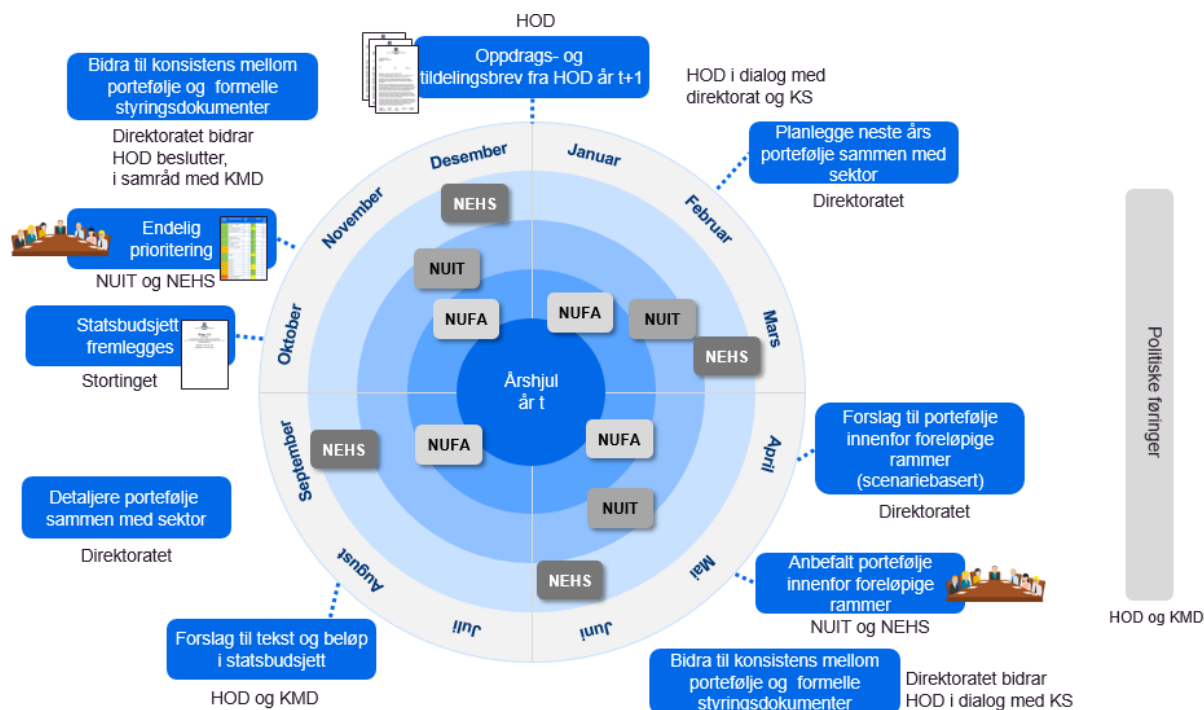
Det anbefales at nasjonal styringsmodell videreutvikles gjennom å:

1. Styrke koblingen mellom sektorens prioriteringer, statsbudsjettprosesser og Helse- og omsorgsdepartementets styringsmekanismer
2. Samle programmene, prosjektene og forvaltningen av nasjonale løsninger i én felles porteføljeoversikt
3. Øke graden av formalisert samstyring gjennom nasjonal styringsmodell
4. Styrke program-, prosjekt- og produkteierstyring

Nedenfor beskrives de fire grepene for å videreutvikle dagens styringsmodell.

4.3.1 Styrke koblingen mellom sektorens prioriteringer, statsbudsjettprosesser og Helse- og omsorgsdepartementets styringsmekanismer

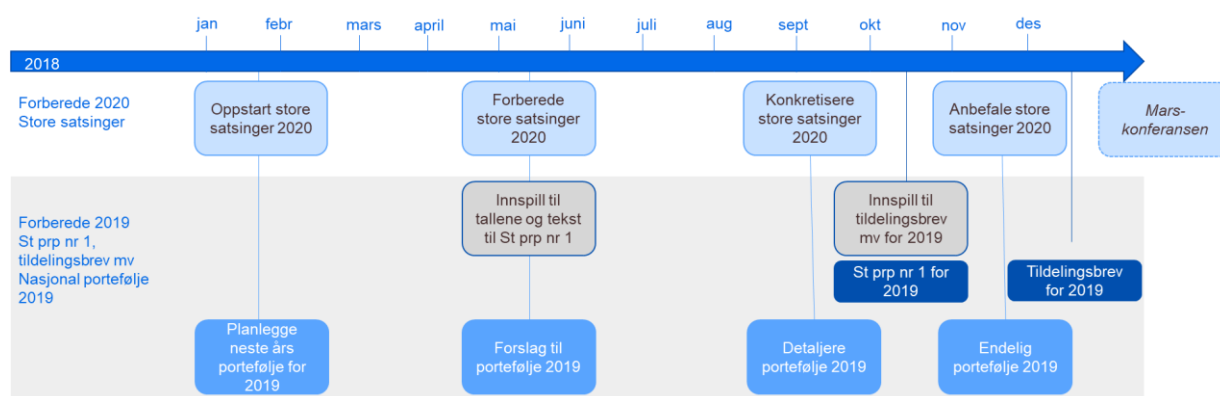
De tre nasjonale prosessene skal følge årshjul for møter i de tre utvalgene i nasjonal styringsmodell. Figur 4-1 illustrerer årshjulet for nasjonal styringsmodell, med koblinger mellom den nasjonale porteføljestylingprosessen og prosessen for statsbudsjettet.



Figur 4-1: Årshjulet for planlegging og prioritering av portefølje

- I januar sonderer Direktoratet for e-helse med Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet bør deretter, etter samråd med KMD, ha en dialog med KS, som også må skje tidlig på året.
- Deretter benytter direktoratet den nasjonale styringsmodellen for å få helse- og omsorgs-sektorens anbefaling til prioriteringer.
- I løpet av mai skal direktoratet oversende innstilling om prioriteringer til departementet. Eventuell uenighet i sektoren skal fremgå og innstillingen skal begrunnes.
- I løpet av høsten avslutter direktoratet arbeidet med innspill til satsningsforslag, samfinansiering og prioriteringer, og oversender departementet. Før oversendelse skal Nasjonalt e-helsestyre ha gitt sin tilslutning til forslagene. Ved uenighet i Nasjonalt e-helsestyre, se beskrivelse i kapittel 4.3.3. Se også kapittel 5 om finansieringsmodeller.

Store satsinger, årlige budsjettprosesser og nasjonal porteføljestyingsprosess må ses i sammenheng som illustrert i Figur 4-2.



Figur 4-2: Tidslinje for å forberede store satsingsforslag, statsbudsjett og nasjonal porteføljestyringsprosess

Direktoratets og helse- og omsorgssektorens felles arbeid med å planlegge neste års portefølje, bør starte ca. tre måneder tidligere enn i dag. Årsmøteplanen for de nasjonale utvalgene skal tilpasses frister for tekst og tall som Helse- og omsorgsdepartementet setter i budsjettprosessen, samt budsjettprosesser i henholdsvis regionale helseforetak og kommunesektoren.

I dialogen med aktørene skal det både foreslås et nivå på obligatorisk samfinansiering, utarbeides satsingsforslag og forslag til overordnede prioriteringer innenfor antatte rammer, herunder krav til prioriteringer i tjenesteleverandørens virksomhet. Oppfølging av eventuelle satsingsforslag vil være Helse- og omsorgsdepartementets ansvar. I en situasjon hvor satsningsforslag innen helsesektoren har betydning for kommunesektoren er det nødvendig at HOD tidlig involverer KMD som har hovedansvaret for å samordne statens politikk overfor kommunesektoren.

Det er behov for at departementet tar en sterkere rolle i arbeidet med helhetlige prioriteringer og tilhørende finansiering, basert på samstyringsmodellen. Direktoratet for e-helse skal understøtte dette ansvaret.

Den nasjonale porteføljestyringsprosessen skal sørge for at Helse- og omsorgsdepartementet tidsnok får informasjon om hvilke nasjonale e-helsetiltak de nasjonale utvalgene mener er de viktigste å prioritere for etater, virksomheter og kommuner for kommende budsjettår. Dette vil også gi innspill til departementets utarbeidelse av de årlige oppdragsdokumentene til den nye nasjonale tjenesteleverandøren. Helse- og omsorgsdepartementet kan på denne måten, gjennom statsbudsjettet og oppdrags- og tildelingsbrev, sikre at tiltak i den nasjonale porteføljen gjenspeiles i formelle styringsdokumenter i sin etats- og eierstyring.

Hvor løsninger krever samarbeid på tvers av sektorer, er det viktig at Helse- og omsorgsdepartementet sikrer forankring med Kunnskapsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet (Difi) og Arbeids- og sosialdepartementet (NAV) med flere.

Eksempel på toårig prosess

Større nasjonale tiltak krever ca. to års forarbeid før tiltaket er del av nasjonal portefølje. Forarbeidet skjer gjennom prosessering i nasjonal styringsmodell, koblet med styringsdialogen departementet har med aktørene i sektoren.

En aktør fremmer forslag til et tiltak som antas å gi nytte for flere i helse- og omsorgssektoren. Tiltaket forankres i Nasjonal e-helsestrategi, og er en forutsetning for realiseringen av denne. Forslaget kan komme enten fra KS/kommunene eller en statlig aktør.

Aktøren presenterer behovet som innspill til nasjonal portefølje i Nasjonal styringsmodell, på forhånd dokumentert i et mandat for konseptfasen (dvs. prosessert gjennom nasjonal porteføljestyring). Eier av konseptvurderingen blir avklart (utredningseier/-leder).

Gjennom konseptvurderingen, som involverer berørte i helse- og omsorgssektoren, identifiseres gevinster, kostnader, avhengigheter og risiko. Tiltaket krever betydelig finansiering som berører flere aktører – både kommunale og statlige. Beslutningsunderlaget legges frem til Nasjonal styringsmodell.

Det blir i dette tilfellet vurdert at det er riktig med et satsingsforslag. Tiltaket løftes derfor til departementet som anbefaling til store satsingsforslag.

Påfølgende år anbefales det at tiltaket blir en del av nasjonal portefølje, med finansiering og fordelingsnøkkel for kostnader og gevinstoppfølging.

Departementet beslutter og følger opp aktørene gjennom budsjettprosesser og styringsdialog, understøttet av samstyringsmodellen og direktoratet.

Koblingen mellom sektorens prioriteringer, statsbudsjettprosessen og Helse- og omsorgsdepartementets styringsmekanismer som beskrevet ovenfor, gir aktørene innflytelse på nivået på aktiviteter og finansiering. Det innebærer i praksis en toårig planleggingsprosess. Dette er nødvendig for å få med alle aktører i nasjonale satsninger, se eksempel.

Modellen er avhengig av noen grunnleggende premisser. Direktoratet for e-helse er av den oppfatning at Helse- og omsorgsdepartementet bør legge strategiske føringer, men overlate til den nasjonal styringsmodellen å utforme konkrete tiltak som kan inngå i porteføljen. Dette kan gjennomføres ved å legge overordnede føringer innledningsvis i den årlige porteføljeprosessen og gjennom statsbudsjettet. I noen tilfeller vil det være naturlig med klare føringer på spesielt prioriterte politiske saker.

Justering av kategoriene som tiltakene i nasjonal portefølje prioriteres etter

Prioriteringskategorier støtter i dag helse- og omsorgssektoren i prosessen med å prioritere de rette tiltakene. Det bør gjennomføres en justering av disse kategoriene. De fire prioriteringskategoriene, bør utvides med én ny kategori; tiltak med høy grad av strategisk tilknytning - men som mangler finansiering (se kategori nr. 4.3 nedenfor).

Etter at prioritering er gjennomført, vil det kunne være prosjekter som vurderes med høy grad av strategisk tilknytning, høy nytteverdi og akseptabel risiko, men som likevel ikke prioriteres på grunn av manglende finansiering. Et ønsket tiltak som mangler finansiering kan drøftes i forbindelse med samfinansiering eller satsningsforslag, se beskrivelse av prosess på side 22.

Figur 4.3 benytter begrepet «prosjekter», men prioriteringskategoriene vil også gjelde for forvaltningstiltak.

Prioriterte prosjekter for gjennomføring 2018	1	Prosjekter som er myndighetspålagte med øremerkede midler i 2018
	2	Prosjekter som vurderes med høy grad av strategisk tilknytning, høy nytteverdi og akseptabel risiko – med finansiering etter felles prioritering
Prosjekter utsettes, eller gjennomføres med redusert omfang 2018	3	Prosjekter som vurderes med høy grad av strategisk tilknytning, høy nytteverdi og akseptabel risiko - men mangler finansiering
	4	Prosjekter som vurderes med høy grad av strategisk tilknytning, men uklar nytteverdi og høy risiko
Prosjekter gjennomføres ikke 2018	5	Prosjekter som vurderes å ha lav strategisk tilknytning, eller å ha lav nytteverdi og høy risiko selv om den strategiske tilknytningen er høy

Figur 4-3: Anbefalte prioriteringskategorier

4.3.2 Samle programmer, prosjekter og forvaltningsaktiviteter i en felles nasjonal porteføljeoversikt

I dagens modell plasseres utviklingstiltak og forvaltning i separate porteføljer.

Den nasjonale porteføljestyringen dekker utviklingstiltakene, mens forvaltningsstyringen dekker tjenester som allerede er utviklet. Et eksempel på dette er at større prosjekter som

DIS (digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten) på helsenorge.no håndteres som et eget tiltak og inngår som del av nasjonal prosjektportefølje, mens mindre forvaltningstiltak håndteres av produktstyret.

Den nasjonale porteføljen består av en andel utviklingstiltak hvor der er reell samstyring. Den andre delen er tiltak som aktørene selv eier og styrer, men som inngår i en helhet for vurdering av strategioppnåelse, avhengigheter og gevinster.

De nasjonale prosessene for porteføljestyling og forvaltningsstyring videreføres som to prosesser i den nasjonale styringsmodellen.

Det er imidlertid også behov for å se de totale utviklings-, drifts-, forvaltnings- og vedlikeholdskostnadene samlet i én felles oversikt. Dette er avgjørende for å få et helhetlig kostnadsbilde og for å kunne gjøre riktige prioriteringer. Herunder bør løpende og eventuelle nye drifts-, forvaltnings- og vedlikeholdskostnader som skal faktureres kundene av løsningen (sektor) synliggjøres, jf. kapittel 5 om finansieringsmodeller. Informasjon om kostnadsnivå på forvaltning som helhet (og ikke bare per løsning) må fremkomme. Styringsmodellen gir også muligheter for at eventuelle uenigheter i produktstyrene kan beskrives og presenteres.

Tiltak for videreutvikling vil legges inn i oversikten og prioriteres på lik linje med øvrige tiltak i porteføljen. Dersom disse tiltakene prioriteres inn vil rammen for forvaltning måtte ta høyde for tilhørende økte drifts- og forvaltningskostnader og håndteres videre i produktstyret.

4.3.3 Øke graden av formalisert samstyring gjennom nasjonal styringsmodell

En økt grad av formalisering forutsetter justering av mandatene for de nasjonale utvalgene, samt bruk av økonomiske og juridiske virkemidler. Eksempel her er oppfølging av forslag i *IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren (2017)* om å utvikle og ta i bruk juridiske virkemidler, jf. notat om endringer i IKT-forskriften oversendt i april 2018, levert på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Styringsmodellen anbefales videreutviklet slik at nasjonal styringsmodell blir en overordnet og strategisk porteføljestyling for den delen av den nasjonale porteføljen som tjenesteleverandøren er involvert i. Her kan Nasjonalt e-helsestyre, i kraft av sin rolle som porteføljestyre, anbefale å starte og stanse initiativer, og prioritere mellom tiltak. Også oppgaver som samfinansieres av flere aktører skal samstyres etter denne modellen.

Oppdrag som samfinansieres og/eller skal løses av tjenesteleverandøren skal behandles i denne samstyringsmodellen, uavhengig av hvordan disse er finansiert eller hvem som har tatt initiativet. Mindre relaterte oppdrag og oppgaver bør slås sammen hvis mulig, slik at den taktiske styringen i størst mulig grad skjer i program-, prosjekt- og produktstyret.

Profesjonalisere prosesser

De nasjonale prosessene bør profesjonaliseres. Det skal stilles økte krav til metodebruk, utredninger og informasjonsgrunnlag, for å bedre kvaliteten i saksunderlagene før beslutning om nye initiativ tas. Samfunnsøkonomiske analyser som viser kost-nytte- vurderinger, og systematisk arbeid med gevinststyring må ligge til grunn og følges opp. Det må stilles krav om at nye tiltak som foreslås skal inneholde anslag på gevinster, levetidskostnader, inkludert kostnader til utvikling, innføring, forvaltning og drift, samt forslag til på hvordan kostnadene skal fordeles.

Eksempel på minimumskrav til formelle beslutningsunderlag fra aktørene er dokumenterte konseptvurderinger og prosjektstyringsdokumentasjon, herunder oppdatert prosjektbegrunnelse. Difis prosjektveiviser med en fase-til-fase tilnærming og prinsipper for god prosjektstyring iht. beste praksis må følges.

Særskilt om KS sin rolle i nasjonal styringsmodell

I dag er KS og representanter fra et mindre utvalg kommuner og fastleger medlemmer i Nasjonalt e-helsestyre. Representantene fra kommunesektoren er oppnevnt av KS i kraft av sin funksjon/rolle og kompetanse, men har ikke et mandat til å fatte bindende vedtak for verken egen kommune eller landets kommuner. KS og kommunesektoren har pågående prosesser og initiativer for å få til en tydeligere samstyring innad i kommunesektoren på digitaliseringsfeltet.

Direktoratet mener det ville være fordelaktig for effektiviteten i samstyringen om KS hadde innehatt et mer formelt mandat/formell posisjon på vegne av kommunene på digitaliseringsfeltet. Det er tydelig behov for at kommunene i økende grad samarbeider på digitalisering, for eksempel innenfor velferdsteknologi og på felles elektronisk pasientjournal. Dette vil imidlertid være opp til kommunesektoren selv å vurdere. En mer formell posisjon vil også gi kommunerepresentantene inklusiv KS en sterkere og tydeligere stemme i Nasjonalt e-helsestyre hvor porteføljeprioriteringer og kostnadsfordeling innenfor anslåtte rammer skal drøftes og anbefales. Dette har igjen stor betydning for tjenesteleverandørens oppgaveportefølje og prissystem.

Ved uenighet om prioriteringer i Nasjonalt e-helsestyre

Dersom det i Nasjonalt e-helsestyre ikke blir enstemmighet om anbefalinger, skal direktoratet likevel fremme en anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet. I anbefalingen skal synspunkter fra diskusjonen fremgå og innstillingen skal begrunnes. Helse- og omsorgsdepartementet vil drøfte saker som angår kommunene med KS når dette er aktuelt og må løpende vurdere behovet for å involvere Kommunal- og moderniseringsdepartementet i spørsmål som gjelder statens politikk overfor kommunesektoren.

Direktoratet vil normalt gi en anbefaling i tråd med anbefaling fra Nasjonalt e-helsestyre. Den endelige innstillingen som oversendes departementet skal alltid inneholde en balansert framstilling, og en klar anbefaling fra direktoratet. Direktoratet vil søke begrunnede, balanserte og transparente prosesser.

4.3.4 Styrke program-, prosjekt- og produkteierstyring

Alle programmer, prosjekter og løsninger som tjenesteleverandøren leverer, eller som samfinansieres, skal ha relevante sektorsammensatte styrer; henholdsvis program-, prosjekt- eller produktstyrer. Modellen med sektorsammensatte produktstyrer og programstyrer og ønskes videreført og styrket. Aktører i sektor kan gjennom deltakelse i produkt-, program-, prosjektstyrer påvirke prioriteringer innenfor overordnede rammer gitt av porteføljestyret (Nasjonalt e-helsestyre).

Med mindre særskilte forhold tilsier noe annet, skal direktoratet og tjenesteleverandøren være representert i alle styrer som inngår i samstyringen. Sektors behov for forvaltning håndteres gjennom løpende prioritering innenfor gitte rammer i produktstyret.

Det må være tydelig hvem som er løsningsseier for hver nasjonale løsning.

Forvaltningsmodeller og produktstyrer for nasjonale løsninger bør videreutvikles og gjelde for alle løsningsområder. Forvaltningen av de nasjonale løsningene må henge sammen med den nasjonale forvaltningsstyringsprosessen som skal etableres, som del av den nasjonale styringsmodellen.

Ved uenighet

Ved uenighet i produkt- eller programstyrer, eller ved behov for beslutninger ut over dette nivåets mandat, løftes diskusjonen opp gjennom de nasjonale prosessene i nasjonal styringsmodell.

Nasjonal styringsmodell gir direktoratet og aktørene i helse- og omsorgssektoren mulighet til å se sektorens behov samlet og dermed et grunnlag for å prioritere mellom ulike behov hvor målet er størst samlet verdi for sektoren og samfunnet. Samstyringsmodellen balanserer slik behovet for sektorinnflytelse med behovet for effektive beslutningsprosesser.

Løsningsseier

En løsningsseier har overordnet ansvar for en nasjonal løsning, med myndighet til å bestille endringer i løsningen innenfor gitte rammer. Løsningsseier skal ta ansvar for den nasjonale løsningen på vegne av sektoren og, sammen med sektoren, bestemme hva som skal leveres.

Løsningsseier skal angi strategisk retning for løsningen, eksempelvis gjennom løsningsstrategier og hvordan løsningen kan utvikle seg til å bli et økosystem for digitale tjenester. En representant fra løsningsseier kan være leder av produktstyrer. I dag er Direktoratet for e-helse for eksempel løsningsseier for e-resept og Helsenorge. Andre aktører i sektoren kan også være løsningsseiere.

4.4 Nærmere om kommunal sektors innflytelse

En nasjonal tjenesteleverandør skal levere et bredt spekter av løsninger, produkter og tjenester hvor kommunene, sammen med private og statlige aktører, vil utgjøre de største brukergruppene og betalerne (kundene).

I tilfeller der kommunene er kunder av private leverandører som konkurrerer i et marked, kan de bruke kundemakten ved å skifte ut leverandør eller forhandle om betingelser og rammevilkår. I en situasjon der en nasjonal statlig leverandør gis et leveranseansvar, må denne kundemakten ivaretas på andre måter.

Det er tre måter å ivareta kommunenes innflytelse på:

- Gjennom sterkere innflytelse på eierstyringen: I forbindelse med etableringen av tjenesteleverandøren anbefaler Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett at det gjennom lov eller forskrift etableres en formell struktur hvor Helse- og omsorgsdepartementet konsulterer KS i forbindelse med utarbeidelsen av de årlige oppdragsdokumentene for tjenesteleverandøren. KS gis på denne måten en *tilstrekkelig autoritativ rolle* i dialogen med Helse- og omsorgsdepartementet. Denne mekanismen bør reguleres i lov eller forskrift. Alternativt kan det inngås en formell avtale mellom staten og KS.
- Gjennom samstyringen i den nasjonale styringsmodellen: Kommunene har innflytelse gjennom en forsterket nasjonal styringsmodell, hvor Nasjonalt e-helsestyre er øverste prioriteringsorgan, og hvor NUFA og NUIT og de nasjonale prosessene inngår. Dette gir kommunene mulighet for å påvirke prioritering og nivå for hva en tjenesteleverandør skal levere.

- Gjennom innflytelse på selskapsledelsen: KS og kommunesektoren inklusive fastlegene utnevnes til å sitte i tjenesteleverandørens styre. Dette er en mekanisme for å sikre løpende innflytelse innenfor et styres mandat, og derigjennom oppfølging av at selskapet etterlever fastsatte vedtekter. Dette vil gi kommunal sektor adgang til å påvirke selskapets effektiviseringskrav.

KS – som er medlemsorganisasjon for alle landets kommuner og fylkeskommuner – har et klart interessepolitisk mandat på vegne av kommunesektoren. En formalisert konsultasjonsrolle i eierstyringen av tjenesteleverandøren vurderes å være innenfor dette interessepolitiske mandatet. Det er allerede prosesser og initiativer i gang (KommIT mv.) for å videreutvikle og styrke samhandlings- og samstyringen *innad* i Kommunesektoren på digitaliseringsfeltet. Her spiller ikke minst kompetansemiljøene i de store byene en vesentlig rolle. Disse prosessene vil samtidig bidra til å styrke det interessepolitiske grunnlaget til KS på strategiske IKT-spørsmål.

Det er likevel viktig å understreke at KS kun har et interessepolitisk mandat, og ikke kan forplikte eller beslutte på vegne av kommunesektoren. Unntaket er på tariffområdet, der KS er gitt fullmakter til å forplikte alle landets fylkeskommuner og kommuner – med unntak av Oslo – i forhandlinger med arbeidstakerorganisasjonene og staten). En videre utvikling og styrking av samstyringen innen digitaliseringsfeltet kan forandre at kommunesektoren selv vil vurdere å gi KS fullmakter også på dette området. Dette er et svært prinsipielt spørsmål som vil kreve grundige prosesser i kommunesektoren og som formelt vil måtte besluttes av KS' styrende organer/Landstinget i KS.

5 Finansieringsmodell for nasjonale e-helseløsninger

Forslag til prinsipper for finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak er utredet i direktoratets rapport *Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak (2017)*. Sektoren ved Nasjonalt e-helsestyre sluttet seg til anbefalingene i rapporten i møte 25. oktober 2017, under forutsetning av at samstyringsmodell og medbestemmelse fra sektoren i prioriterings- og finansieringsbeslutninger tydeliggjøres. Direktoratet har i utredningen lagt til grunn de overordnede prinsippene for finansieringen av nasjonale e-helsetiltak fra denne rapporten.. Forutsetningene fra Nasjonalt e-helsestyre om samstyring og involvering håndteres særskilt i kapitlet om samstyring gjennom den nasjonale styringsmodellen (se kapittel 4.3). Hovedprinsippene for finansieringsmodeller som legges til grunn er:

Finansiering av myndighetsoppgaver

Myndighetsoppgaver egenfinansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet fra Helse- og omsorgsdepartementet (årlig driftsbevilgning inkl. eventuelt satsingsforslag). Myndighetsoppgaver samsvarer med de oppgavene som tilligger direktoratet gjennom den nye organiseringen.

Finansiering av utføreroppgaver

Utføreroppgaver knyttet til anskaffelse/utvikling av nasjonale e-helseløsninger finansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet til direktoratet (årlige bevilgninger til utviklingsformål) og gjennom frivillig samfinansiering fra aktørene i sektor. Direktoratet bestiller årlig utvikling hos tjenesteleverandøren i henhold til prioriteringer og beslutninger i nasjonal styringsmodell, og direktoratet og/eller sektor betaler tjenesteleverandøren for de bestilte tjenestene.

Utføreroppgaver knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold av nasjonale e-helseløsninger finansieres som hovedregel av sektoren, det vil si brukerne av tjenestene, gjennom årlige betalinger til tjenesteleverandøren. Utføreroppgaver knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold av nasjonale e-helseløsninger samsvarer med de ansvarsoppgavene som tilligger den nye nasjonale tjenesteleverandøren gjennom den nye organiseringen, se nærmere omtale av tjenesteleverandørens samfunnsoppdrag, ansvar og oppgaver i kapittel 6.2.2.

Betalingen skjer enten i form av obligatorisk samfinansiering med avtalte fordelingsnøkler, eller i form av tjenestepriismodeller for tjenester som kjøpes frivillig. Obligatorisk samfinansiering innebærer en pålagt betaling. Tjenester som skal finansieres på denne måten må ha en tilhørende lov- og forskriftsfestet regulering av slike pålegg.

Det anbefales at innføringen av ny finansieringsmodell påbegynnes fra 2020 og skjer gradvis. Fra 2020 bør sektoren overta drifts-, forvaltnings- og vedlikeholdskostnader knyttet til e-resept, kjernejournal og grunndata i form av obligatorisk samfinansiering etter fordelingsnøkler. Hvilke andre løsninger som skal inngå i obligatorisk samfinansiering utredes videre, med sikte på at et endelig definert omfang kan innføres fra 2021. Det vil også bli arbeidet videre med tjenestepriismodeller for tjenester som kan kjøpes frivillig, med sikte

på innføring fra 2021. Inntil nye finansieringsmodeller er fullt ut implementert opprettholdes gjeldende finansieringskilder for oppgaver som ennå ikke omfattes av nye finansieringsmodeller. Det innebærer blant annet at direktoratet i en overgangsperiode beholder budsjettbevilgninger knyttet til oppgaver som er flyttet til tjenesteleverandøren. Tjenesteleverandøren fakturerer da direktoratet for disse oppgavene, inntil sektoren overtar finansieringsansvaret sammen med budsjettmidlene. For å sikre en sunn økonomisk drift i tjenesteleverandøren må aktivitetsnivået som skal finansieres til enhver tid stå i forhold til de samlede tilgjengelige økonomiske rammene. Aktørene i sektor vil gjennom de ulike styringsprosessene beskrevet i kapittel 4, ha mulighet til å bidra til dette.

Rammene for den obligatoriske samfinansieringen må fastsettes i lov/forskrift hvor det også kan reguleres hvordan den foreslåtte styringsmodellen (se kapittel 4) kan få innflytelse på fastsettelsen av årlige vederlag. Nivået på den obligatoriske samfinansieringen bør fastsettes i den foreslåtte styringsmodellen, inklusive formelle konsultasjonsordninger. Det endelige nivået på utviklings-, drifts-, forvaltnings- og vedlikeholdskostnader og fremtidig utviklingsbane for dette, vil avhenge av innretningen på drifts-, forvaltnings- og vedlikeholdsaktiviteter fremover, samt i hvilken grad planlagt investeringsnivå realiseres. Årlige økonomiske rammer for utvikling, drift, forvaltning og vedlikehold, vil bli behandlet i den nasjonale samstyringsmodellen og besluttet i eierstyringen. Veksten i drifts-, forvaltnings- og vedlikeholdskostnader som følge av ny- og videreutvikling, finansieres i sin helhet over sektorens budsjetter fra det tidspunktet hvor sektoren har overtatt finansieringsansvaret.

Samfinansiering av obligatoriske løsninger bør som hovedprinsipp skje gjennom faktura fra tjenesteleverandøren til aktørene i sektoren etter omforente nøkler. Tjenestepriksmodeller brukes for tjenester som er frivillige for sektoren å benytte. I tilfeller hvor tjenesteleverandøren skal utføre oppgaver som understøtter myndighetsrollen, bør betalingen til tjenesteleverandøren skje ved at tjenesteleverandøren fakturerer Direktoratet for e-helse, som i sin budsjettbevilgning har rammer for dette.

Den anbefalte finansieringsmodellen er i samsvar med overordnede anbefalinger om statlige fellesløsninger fra Digital agenda. Modellen skaper, gjennom samfinansiering, eierskapsfølelse hos kundene til de nasjonale tiltakene og gir sektor incentiver til å bidra til riktige prioriteringer.

6 Organisering

Ny organisering innebærer videreutvikling av Direktoratet for e-helses myndighetsrolle og etablering av en nasjonal tjenesteleverandør.

6.1 Direktoratets fremtidige samfunnsoppdrag og rolle

Direktoratet for e-helse skal sørge for strategisk styring og nasjonal koordinering på e-helseområdet. Oppdraget er å forenkle og forbedre helse- og omsorgstjenestene gjennom realisering av digitale nasjonale løsninger, i samarbeid med helseforetak, kommuner og myndigheter.

Direktoratet for e-helse er et fagdirektorat på e-helseområdet og skal bidra til en forutsigbar IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren. Direktoratet har nasjonal myndighet og premiss-giverrolle på e-helseområdet og skal være en pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

Direktoratets myndighetsrolle må styrkes for å møte behovet i sektoren, herunder

- Rollen som sektorens rådgivende fagorgan innen personvern og informasjonssikkerhet
- Den nasjonale rollen innen arkitektur, e-helsestandarder, kodeverk og terminologi.
- Pådriverrollen innen samstyringsmodellen

Nasjonal arkitekturstyring må formalisere sitt styringsgrunnlag og understøtte de øvrige nasjonale prosessene, herunder underlag i porteføljestyingsprosessen. Den nasjonale arkitekturfunksjonen i direktoratet skal være en pådriver og tilrettelegger, og sørge for at arkitekturbeslutninger som berører flere parter i sektoren tas på et godt nok grunnlag, og sees i sammenheng med øvrig nasjonalt arkitekturarbeid. Slik skal den nasjonale arkitekturfunksjonen bidra til at digitale løsninger samspiller på en god måte i innbyggernes liv, jf. Digital agenda ((Meld. St. 27 (2015–2016))) og nasjonal IKT-politikk. Dette forutsetter et nært samarbeid med sektoren for å avklare behov, og forankre og kommunisere styringsgrunnlaget.

Helsefaglig standardisering får økt betydning gjennom digitalisering. Området krever et tett samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og sektoren. Området bør utredes for å tydeliggjøre innhold, roller og ansvar. Dette bør gjøres i tett samarbeid med utviklingen av nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Direktoratet for e-helse bør styrke sin rolle innenfor strategiområdet og innenfor samfunnsøkonomisk analyse, blant annet for å sikre at sammenstilt kunnskap og analyser i større grad kan legges til grunn for strategiske beslutninger.

E-helseområdet generelt bør i større grad integreres i eierstyringen i den statlige delen av sektoren. Direktoratet for e-helse og andre kan bidra med utredninger og analyser som kan utgjøre faglige grunnlag for beslutninger i formelle styringslinjer. Eksempler på dette er faglige innspill i forberedelsen av foretaksmøter og oppdragsdokument til de regionale helseforetakene. Konkrete krav kan inkluderes i foretaksprotokollene. Direktoratet for e-helses hovedinstruks bør gjennomgås og utvides, slik at direktoratets rolle som fagorgan tydeliggjøres når det gjelder å gi innspill til departementets ordinære linjestyring.

All myndighetsutøvelse innenfor e-helsefeltet (rollen som premissgiver, fagorgan og pådriver/tilrettelegger) vil ligge i direktoratet. Leveranseoppgaver som utvikling, forvaltning og drift vil ligge i nasjonal tjenesteleverandør.

6.2 Forretningsmodell for tjenesteleverandøren

Direktoratet og Norsk Helsenett anbefaler at det etableres en nasjonal tjenesteleverandør for e-helse, med utgangspunkt i Norsk Helsenett.

Etableringen anbefales gjennomført med virkning fra 1. januar 2020. Etableringen antas å innebære overføring av om lag 200 ansatte fra Direktoratet for e-helse til Norsk Helsenett. Dette er ansatte som arbeider med utvikling, test, forvaltning og drift av de nasjonale e-helse-løsningene. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til anslaget, og dette vil det arbeides med i videre prosess. Oppgaver og ansatte anbefales overført på samme tidspunkt. Alternative modeller kan vurderes. Dersom det besluttes å opprette en tjenesteleverandør, vil direktoratet i samarbeid med Norsk Helsenett arbeide med den praktiske implementeringen av tiltaket. Det er viktig at det gjennomføres grundige risikovurderinger med tilhørende tiltak.

6.2.1 Elementer i forretningsmodellen

Anbefalt forretningsmodell for tjenesteleverandøren må ses i sammenheng med departementets, direktoratets og sektoraktørens roller, ansvar og oppgaver, for å skape en helhetlig organisering av e-helseområdet. Forretningsmodellen besvarer fire hovedspørsmål:

Tema	Spørsmål
Tjenesteleverandørens samfunnsoppdrag, ansvar og oppgaver	Hva er tjenesteleverandørens samfunnsoppdrag, ansvar og oppgaver? Hvilke oppgaver har tjenesteleverandøren ved etablering og hvordan må virksomheten utvikles for å kunne levere i henhold til sektorens forventninger?
Markeder, kunder og bestiller-utførerrelasjonen	Hvem er tjenesteleverandørens kunder, hvordan bestiller kundene fra tjenesteleverandøren? Hvordan vil virksomheten operere innenfor regelverk for anskaffelser?
Selskapsform, eierskap og selskapsstruktur	Hvordan bør tjenesteleverandøren organiseres, hvem bør eie tjenesteleverandøren og hvordan bør virksomheten struktureres?
Finansiering av tjenesteleverandøren	Hvordan skal aktiviteter, oppgaver og leveranser fra tjenesteleverandøren finansieres?

6.2.2 Tjenesteleverandørens samfunnsoppdrag, ansvar og oppgaver

Tjenesteleverandørens samfunnsoppdrag

Tjenesteleverandørens samfunnsoppdrag bør være å levere helhetlige nasjonale e-helse-løsninger til sektoren, pasienter og innbyggere. Helse- og omsorgsdepartementet beslutter, etter råd fra sektoren, hva som bør løses i fellesskap på nasjonalt nivå.

Tjenesteleverandøren skal være en profesjonell teknologiaktør og tjenesteintegrator, som innenfor rammen av nasjonale føringer omdanner behov til e-helsetjenester på en mest mulig effektiv måte, blant annet gjennom aktiv bruk av markedet. Tjenesteleverandøren vil være en teknologisk spydspiss med organisatoriske og finansielle virkemidler, handlingsrom og fleksibilitet til å gjennomføre helhetlige investeringer, og levere nasjonale løsninger stabilt og kostnadseffektivt. Dette er løsninger som tas i bruk på tvers av sektoren, hvor det er behov for at en eller flere offentlige virksomheter tar et helhetsansvar for sektoren.

Tjenestene som sektoren skal bruke, vil være kombinasjoner av løsninger og tjenester som anskaffes eksternt, utvikles av sektorens IKT-virksomheter eller utvikles av tjenesteleverandøren. Disse tjenestene må integreres slik at de effektivt støtter opp om sektorens prosesser og verdikjeder. I prinsippet kan svært mye løses med bruk av markedet, men for å oppnå reell økt gjennomføringskraft og god samfunnsøkonomi, må én sentral aktør ha som oppgave å integrere for å skape en helhet.

Digitaliseringskompetanse er en knapphetsfaktor, og tjenesteleverandøren verken skal eller bør satse på å bli "god på alt". Definisjon av kjerneoppgaver bidrar til å presisere hva tjenesteleverandøren eksplisitt bør utføre selv, og omvendt, hvilke oppgaver andre aktører kan utføre. Tjenesteleverandørens kjerneoppgaver blir å styre *hvordan* nasjonale e-helseoppgaver bør løses, anskaffe (source) innovative tjenester i markedet, integrere og forvalte disse slik at de understøtter prosesser og verdikjeder på tvers av helse- og omsorgssektoren, og i noen grad på tvers av sektorer. Fokus på, og effektiv utførelse av kjerneoppgaver, vil bidra til effektivisering. Utvikling av insentivmodeller basert på kundetilfredhetsmålinger, benchmarking, osv. kan hjelpe til med dette.

Kjerneoppgavene og overordnede insentivmekanismer bør diskuteres og besluttes som en del av etableringsplanleggingen for å sikre at tjenesteleverandøren får en organisering, ledelse og virksomhetsutvikling som er tilpasset samfunnsoppdraget og kjerneoppgavene. Samfunnsoppdrag og kjerneoppgaver bør også beskrives i selskapets vedtekter.

Tjenesteleverandørens oppgaver og virksomhetsutvikling:

Hvilke nasjonale løsninger som bør inngå i tjenesteleverandørens portefølje må vurderes nærmere og kan endre seg over tid. Som et utgangspunkt anbefales det at leveranseoppgavene og løsningene som i dag tilligger Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse utgjør tjenesteleverandørens portefølje ved etablering. Det må imidlertid gjøres en vurdering av løsninger og tjenester som i dag leveres av Norsk Helsenett og direktoratet, opp mot kriterier for hva som bør utgjøre nasjonale løsninger. Det må også vurderes om leveransmodellene er i henhold til statsstøtteregelverket. En slik gjennomgang vil avdekke om deler av porteføljen bør forvaltes av andre aktører enn nasjonal tjenesteleverandør, og om det er nødvendig å håndtere enkelte løsninger regnskapsmessig adskilt fra resten for å oppfylle statsstøtteregelverket.

Tjenesteleverandørens mulighet til å levere i henhold til sektorens forventninger og bidra til effektivisering (se kapittel 7.2), vil avhenge av den oppdragsporteføljen tjenesteleverandøren til enhver tid får og utøver ansvaret for. Typen, antall og størrelse på oppdrag vil avgjøre hvilken kompetanse, kapasitet og modenhet (grad av konsistent høy kvalitet på leveranser) tjenesteleverandøren må utvikle.

Det er viktig at tjenesteleverandøren involveres i definering av den nasjonale porteføljen, og i utviklingsprogrammer og arbeid med veikart for kommende nasjonale løsninger. Dette gir tjenesteleverandøren mulighet til å utvikle den kompetansen, kapasiteten og modenheten disse oppdragene krever for å levere på sektorens behov.

Personvernrettslige vurderinger:

Tjenesteleverandørens forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene og bruk av underleverandører skal skje i tråd med personvernregelverket. Det skal gjøres tilstrekkelige risikovurderinger, slik at personopplysninger ikke eksponeres for en uakseptabel risiko. Det må avklares hvilken virksomhet som er dataansvarlig for hver løsning. Dataansvaret er funksjonelt definert i regelverket, og plasseringen må vurderes konkret ut fra de faktiske forholdene ved hver løsning.

Begrepet "dataansvarlig" er definert i pasientjournalloven § 2 bokstav e):

"e) dataansvarlig: ansvarlig for behandling av helseopplysninger etter personvernforordningen artikkel 4 nr. 7."

EUs personvernforordning artikkel 4. nr. 7 definerer "behandlingsansvarlig" som:

"en fysisk eller juridisk person, en offentlig myndighet, en institusjon eller ethvert annet organ som alene eller sammen med andre bestemmer formålet med behandlingen av personopplysninger og hvilke midler som skal benyttes; når formålet med og midlene for behandlingen er fastsatt i unionsretten eller i medlemsstatenes nasjonale rett, kan den behandlingsansvarlige, eller de særlige kriteriene for utpeking av vedkommende, fastsettes i unionsretten eller i medlemsstatenes nasjonale rett"

Dataansvaret for løsningene reseptformidleren (e-resept) og nasjonal kjernejournal er i dag plassert hos Direktoratet for e-helse, i kraft av forskriftene som regulerer de to løsningene. Det anbefales at dataansvaret for disse løsningene flyttes fra direktoratet til tjenesteleverandøren. Formålet for løsningene er fastsatt i forskriftene, og anbefalingen er derfor særlig basert på en vurdering av hvilken av virksomhetene

Dataansvarlig

Rollen som dataansvarlig er i pasientjournal-loven § 2 og personvernforordningen artikkel 4 nr. 7 definert som den som "bestemmer formålet med behandlingen av personopplysninger og hvilke midler som skal benyttes".

Der personopplysningene behandles elektronisk, vil det være den som bestemmer utformingen av IT-løsningene, eventuelt velger hvilken standardløsning som skal benyttes, som reelt bestemmer "midlene". Det må gjøres en konkret vurdering av hvem som reelt treffer disse avgjørelsene for hver løsning.

Oppgaver som ligger til rollen som dataansvarlig omfatter blant annet å holde oversikt over den faktiske databehandlingen, påse at det etableres internkontroll og at informasjonssikkerheten til enhver tid er tilfredsstillende ivaretatt, inngå databehandleravtaler ved tjenesteutsetting og følge opp den registrertes personvernrettigheter, herunder krav om retting og sletting.

Den dataansvarlige kan forestå behandlingen av personopplysningene selv eller sette oppgaver til en underleverandør, som da vil utgjøre en databehandler i regelverkets forstand. Det må da inngås en databehandleravtale som regulerer databehandlers oppgaver og ansvar.

som vil være den som reelt bestemmer midlene for behandlingen. Det er også lagt vekt på hvilken virksomhet som vil være best i stand til å ivareta oppgavene som ligger til dataansvaret. Dataansvaret omfatter blant annet ansvar for å holde oversikt over den faktiske databehandlingen, påse at det etableres internkontroll og at informasjonssikkerheten til enhver tid er tilfredsstillende ivaretatt, inngå databehandleravtaler ved tjenesteutsetting og følge opp den registrertes personvernrettigheter, herunder krav om retting og sletting. Det følger av beskrivelsen av direktoratets og tjenesteleverandørens roller at tjenesteleverandøren skal ha det operasjonelle ansvaret for løsningene. Ansvarsfordelingen er også formulert som at direktoratet skal gi føringer for *hva* tjenesteleverandøren skal levere, mens tjenesteleverandøren skal ha ansvaret for *hvordan*. Tjenesteleverandøren vil da være den som "bestemmer midlene" og i realiteten treffer de fleste valgene av betydning for personvern og informasjonssikkerhet. Også dette er i det alt vesentlige operasjonelle oppgaver, hvilket tilsier at ansvaret plasseres hos tjenesteleverandøren. Rollefordelingen vil altså tilsi at dataansvaret plasseres hos tjenesteleverandøren.

For øvrige løsninger, der plasseringen av dataansvaret ikke er regulert, vil også vurderingen måtte baseres på en konkret vurdering for hver løsning. For disse løsningene vil det være definisjonen av dataansvaret som alene blir avgjørende. Vurderingene må gjøres når tjenesteleverandørens portefølje og ansvarsfordelingen for de enkelte løsningene er endelig avklart. For flere av løsningene vil analysen av hvem som reelt bestemmer midlene for databehandlingen antagelig bli tilsvarende som angitt ovenfor.

For noen av løsningene som vil inngå i tjenesteleverandørens portefølje, er det i dag andre virksomheter enn direktoratet og Norsk Helsenett som er dataansvarlige. Etableringen av tjenesteleverandøren vil ikke i seg selv gjøre det nødvendig å endre på denne ansvars plasseringen. Men plasseringen av dataansvaret hos disse virksomhetene vil gjøre det nødvendig at disse beholder tilstrekkelig operasjonell beslutningsmyndighet over de aktuelle løsningene til å kunne ivareta dataansvaret overfor tjenesteleverandøren. Det må også inngås databehandleravtaler som regulerer tjenesteleverandørens oppfølging av disse løsningene. Dette bør utredes i videre prosess.

6.2.3 Tjenesteleverandørens kunder og bestiller-utfører relasjonen

Tjenesteleverandørens kunder er aktørene i helse- og omsorgssektoren. Kundene tegner avtaler med tjenesteleverandøren om bruk av eksisterende tjenester, og den løpende kundeoppfølgingen vil foregå direkte mellom tjenesteleverandøren og kundene. Tjenesteleverandøren bør ha den nødvendige kontakten og dialogen med sektoren (kundesiden) slik at utformingen av nasjonale løsninger tar hensyn til kundelandskapet og tjenstlige behov. Program- og produktstyrer som felles arena for sektoren (kunde) og tjenesteleverandøren skal bidra til dette.

Dersom sektoren ønsker at nye e-helsetjenester skal leveres av tjenesteleverandøren, må dette skje gjennom den nasjonale styringsmodellen og ved at direktoratet administrerer bestillingen til tjenesteleverandøren (se kapittel 4.3). Direktoratets rolle vil derfor være å bestille nye tjenester som skal inngå i tjenesteleverandørens tjenestekatalog, eller større endringer i eksisterende tjenester.

Direktoratets oppgave blir å fasilitere beslutninger for *hva* tjenesteleverandøren bør gjøre gjennom den nasjonale styringsmodellen. Tjenesteleverandørens oppgave blir å definere *hvordan* oppgavene bør løses, og deretter løse dem. På et operasjonelt, og dels taktisk nivå

har tjenesteleverandøren stor frihet til å ta egne valg, innenfor de strategiske og økonomiske rammene som er gitt.

Tjenesteleverandøren bør ha ansvaret for å etablere de operasjonelle løsningene på alle behov der det besluttes at det skal etableres nye nasjonale løsninger, men bør benytte markedet i utstrakt grad. Direktoratet vil derfor kun bestille fra tjenesteleverandøren. Hvordan oppgavefordelingen utformes i praksis vil konkretiseres i avtaler.

Den anbefalte ansvars- og oppgavedelingen gir et mest mulig tydelig og ensartet grensesnitt mellom direktoratet og tjenesteleverandøren, og organiseringen gir mulighet for profesjonalisering og stordriftsfordeler.

Konkurranserettslige vurderinger

Offentlige kunder av tjenesteleverandøren vil være omfattet av anskaffelsesregelverket, og vil i utgangspunktet være forpliktet til å konkurranseutsette alle anskaffelser. Det er få anskaffelsesrettslige utfordringer ved *dagens* tjenesteleveranser, da det i begrenset grad er knyttet betaling til de tjenestene som leveres. Leveransene utgjør da ikke anskaffelser for brukerne i rettslig forstand. Tjenesteleveranser fra Norsk Helsenett til virksomheter i den statlige helseforvaltningen og til HF/RHF er, der det er knyttet betaling til tjenestene, i dag basert på unntaket for egenregi.

Ved innføring av brukerbetaling for nye tjenester, vil disse tjenesteleveransene bli omfattet av anskaffelsesregelverket og, i utgangspunktet, et krav for offentlige kjøpere om konkurranseutsetting. Skal statlige og kommunale virksomheter kunne kjøpe tjenester direkte fra den nasjonale tjenesteleverandøren uten å gjennomføre konkurranse, vil det være nødvendig å finne dekkende unntaksbestemmelser.

Utfordringen og mulighetsrommet er vurdert av Kluge Advokatfirma i notat av 31. august 2018 (se vedlegg 2). Vurderingen er gjort for de to konseptene prosjektet har sett som mest aktuelle, herunder direktoratets forslag til ny e-helseorganisering. Kluge har vurdert unntakene for egenregi, forskjellige enerettsmodeller og unntaket for offentlig-offentlig samarbeid med flere, og konkluderer med at ingen av unntakene på dette stadiet av prosessen kan sies å gi et sikkert grunnlag for å unnta samtlige tjenester fra konkurransekravet. Dette skyldes tjenestenes forskjellige karakter og at det er usikkerhet knyttet til tolkningen av flere av unntaksbestemmelsene. Videre er anbefalingen fortsatt utformet på et så vidt overordnet nivå at det på noen punkter er utfordrende å gjøre konkrete vurderinger. Dette gjelder særlig spørsmål knyttet til finansieringen av tjenesteleverandørens portefølje. Spørsmålene må følgelig utredes videre.

Kluge legger til grunn at tjenesteleverandørens tjenester i hovedsak vil være av en karakter som samsvarer godt med hensynene bak unntaksbestemmelsene i anskaffelsesregelverket. For tjenester som ytes til helseforvaltningen og statlig eide virksomheter, herunder helseforetak, vil leveransene antagelig fortsatt kunne baseres på unntaket for egenregi. Dette vil imidlertid avhenge av at tjenesteleverandørens aktivitet rettet mot virksomheter som ikke er statlige eller statseide er, og fortsetter å være, begrenset til mindre enn 20 % av tjenesteleverandørens totale aktivitet. Det er videre usikkerhet på flere punkter knyttet til hvordan beregningen faktisk skal skje.

Basert på en overordnet vurdering, vil det antagelig kunne etableres enerettsmodeller for flere av tjenestene, for eksempel ved at de gjøres obligatoriske. Videre peker Kluge på at

unntaket for offentlig-offentlig samarbeid, under noen forutsetninger, vil kunne passe godt på flere av tjenestene. Grunnlaget for å benytte denne unntaksbestemmelsen vil kunne styrkes gjennom justeringer i regelverket, og alternativet bør utredes videre.

Det finnes også andre unntak som vil kunne være relevante for utvalgte tjenester, som unntaket for innkjøpssentraler. Dersom det for enkelte tjenester viser seg at ingen av unntaksbestemmelsene er dekkende, vil det på kort sikt være mulig å unnta disse tjenestene helt fra anskaffelsesregelverket, blant annet ved at tjenestene finansieres gjennom sentrale bevilgninger. Ved behov, vil det på lenger sikt kunne være en løsning å omdanne selskapet til et aksjeselskap der kommunene blir medeiere i tjenesteleverandøren. En slik eierskapsmodell vil antagelig gi trygghet for at både statlige og kommunale virksomheter kan kjøpe tjenester fra tjenesteleverandøren i egenregi. En slik modell vil imidlertid kunne være krevende å etablere og administrere, grunnet det store antallet kommuner.

I tråd med forslaget om nye finansieringsmodeller, er det gjort en konkret vurdering av den sentrale e-resepttjenesten (reseptformidleren) og nasjonal kjernejournal. Det legges til grunn at det å gjøre tjenestene obligatoriske er et nærliggende alternativ, som i så fall vil kunne gi unntak fra anskaffelsesregelverket. E-resepttjenesten er langt på vei en obligatorisk tjeneste allerede i dag. For nasjonal kjernejournal antar Kluge at også unntaket for offentlig-offentlig samarbeid vil kunne gi grunnlag for unntak fra anskaffelsesregelverket.

Vurderingene i notatet viser ellers at overføringen av ansvar for tjenester fra direktoratet til tjenesteleverandøren antagelig ikke vil medføre statsstøtterettslige utfordringer. Overføringen vil gi en klarere rollefordeling mellom myndighetsutøvelse og tjenesteytelser. Dette vil også legge forholdene bedre til rette for å kunne håndtere eventuelle støtterettslige utfordringer.

Innføring av brukerbetaling vil kunne påvirke vurderingen av om tjenestene som ytes av tjenesteleverandøren vil utgjøre økonomisk aktivitet eller ikke, og følgelig om de vil falle innenfor støtteregelverket eller ikke. Det er, i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og direktoratet, innledet en prosess for å avklare den støtterettslige statusen for tjenestene som i dag forvaltes av Norsk Helsenet og direktoratet og betydningen av eventuell brukerbetaling.

6.2.4 Selskapsform, eierskap og selskapsstruktur

Et sentralt spørsmål i tjenesteleverandørens forretningsmodell er spørsmålet om hvordan tjenesteleverandøren formelt bør organiseres, hvem som bør eie tjenesteleverandøren og hvordan virksomheten bør struktureres.

For å understøtte vurderingene av valg av selskapsform har Kluge Advokatfirma i notat av 22. mars 2018 utarbeidet en oversikt over de viktigste forskjellene mellom selskapsformene statsforetak (SF) og aksjeselskap (AS), samt en oversikt over hva en eventuell omdanning til AS vil innebære (vedlegg 3).

Valget av *selskapsform* for tjenesteleverandøren og hvem som bør *eie* denne må ses i sammenheng. Et SF kan ikke eies av aktører utenfor staten, og forutsetter at staten eier hele foretaket. Dersom andre aktører skal inn på eiersiden, må virksomheten være et AS. Et AS kan også være heleid av staten (statsaksjeselskap).

Det er i praksis liten forskjell på et statsforetak og et statsaksjeselskap. Vedtektene i et AS kan utformes slik at det i praksis blir svært små eller ingen forskjeller mellom styringen av et statsaksjeselskap og et SF, selv om AS gir noe større frihet til å utforme rapporteringsplikten til eier gjennom vedtektene.

Oppdragsbrevet fra departementet gir føringer om at tjenesteleverandøren skal bygge videre på Norsk Helsenett. Norsk Helsenett er organisert som et SF. Det er naturlig å videreføre dette, med mindre det foreligger konkrete argumenter for umiddelbart å omdanne foretaket til et aksjeselskap. Hensynet til fremdrift og etablering av tjenesteleverandøren i 2020 tilsier også at det tas utgangspunkt i det etablerte statsforetaket.

Spørsmålet om *selskapsstruktur* er i stor grad betinget av hvilke oppgaver tjenesteleverandøren skal løse. Dersom tjenesteleverandøren skal levere til andre porteføljer enn den nasjonale, vil det oppstå behov for å etablere strukturer som skiller mellom de ulike porteføljene. I en slik situasjon vil en konsernstruktur kunne være aktuell; et morselskap med flere datterselskap som betjener ulike porteføljer. Dette kan være hensiktsmessig for å sikre at det ikke oppstår konkurranse mellom ulike porteføljer hos tjenesteleverandøren. Kun ved en ytterligere utvidelse av tjenesteleverandørens rolle og ansvar, med stadig flere bestillere av komplekse og omfattende tjenester, fremstår en konsernorganisering som nyttig/nødvendig.

På bakgrunn av dette er anbefalingen fra direktoratet og Norsk Helsenett at selskapsformen for tjenesteleverandøren i første omgang blir statsforetak, organisert som ett selskap med Helse- og omsorgsdepartementet som eier.

6.2.5 Finansiering av tjenesteleverandøren

Finansieringen av de nasjonale løsningene som tjenesteleverandøren leverer til sektor, skjer som nevnt i kapittel 5 ved at tjenesteleverandøren fakturerer kundene (sektor) og den som har bestillingsmyndighet (direktoratet).

Drifts-, forvaltnings- og vedlikeholdskostnadene for nasjonale løsninger faktureres i hovedsak direkte fra tjenesteleverandøren til kundene (sektor), enten som obligatorisk samfinansiering (andel definert gjennom nøkler), eller som betaling for frivillig kjøp av tjenester (tjenestepris-modeller). Dette vil også gjelde i tilfeller der sektoren finansierer utvikling. Obligatorisk samfinansiering må reguleres. I noen tilfeller vil staten via Direktoratet for e-helse være kunde og betale faktura for drifts-, forvaltnings- og vedlikeholdskostnader ved et mindre utvalg løsninger. Innføring av sektorbetaling påbegynnes fra 2020 og bør skje gradvis. Inntil nye finansieringsmodeller er fullt ut implementert, opprettholdes gjeldende finansieringskilder for oppgaver som ennå ikke omfattes av nye finansieringsmodeller. Det innebærer blant annet at direktoratet i en overgangsperiode beholder budsjettbevilgninger knyttet til oppgaver som er flyttet til tjenesteleverandøren. Tjenesteleverandøren fakturerer da direktoratet for disse oppgavene, inntil sektoren overtar finansieringsansvaret sammen med budsjettmidlene.

Mindre utviklingstiltak finansieres fra 2020 gjennom at direktoratet (bestiller) og sektor stiller utviklingsmidler til disposisjon, for felles prioritering og fordeling ved hjelp av samstyringsmodellen. Det innebærer at direktoratets årlige budsjettbevilgning bør inneholde en stabil, årlig ramme til utviklingsformål. Større utviklingstiltak vil antagelig kunne finansieres gjennom satsningsforslag eller særskilte tildelinger.

Låneordninger er en mekanisme for å håndtere svingninger i kostnader knyttet til utviklingstiltak. Norsk Helsenett har i dag en (begrenset) låneordning som innebærer at de kan låne i det kommersielle markedet. Det kan vurderes nærmere om tjenesteleverandøren har behov for tilgang til lån med staten som långiver. Dette bør utredes nærmere. Det å gi tjenesteleverandøren lånemuligheter vil gi finansiell fleksibilitet og dermed mulighet til å planlegge investeringer i et langt perspektiv. Langsiktige planer vil kunne gi mer effektiv

prosjektgjennomføring, uten uønsket start-stopp av prosjekter, som følge av usikker tilgang på finansiering. En eventuell lånemekanisme vil kunne brukes til å ta pukkelkostnader ved utviklingstiltak.

Nødvendig egenkapital for å kunne gjøre låneopptak må tilføres gjennom særskilte bevilgninger over statsbudsjettet, eller bygges opp i selskapet over tid. Tjenesteleverandøren må ved låneopptak tilbakebetale gjennom årlige renter og avdrag. Ved en eventuell låneordning i staten kan midler til årlige renter og avdrag finansieres gjennom at tjenesteleverandøren fakturerer Direktoratet for e-helse og/eller sektoren for disse kostnadene. For direktoratet vil dette i praksis bety at den årlige budsjetttrammen som direktoratet ellers stiller til disposisjon for felles nasjonale utviklingstiltak, bindes opp til betaling av renter og avdrag, inntil lånet er tilbakebetalt. Det vil si at sektor gir avkall på deler av rammen, som sektor gjennom den nasjonale styringsmodellen "disponerer" til nasjonal utvikling. Det betyr at rammen som er tilgjengelig for nye utviklingstiltak blir mindre fordi deler av rammen går til å tilbakebetale lån som har finansiert tidligere utviklingstiltak. Direktoratet kan ikke omdisponere denne delen av budsjetttrammen til andre formål. På denne måten vil sektor, gjennom den nasjonale styringsmodellen, ha ansvar for å prioritere langsiktig og helhetlig innenfor gitte, stabile rammer som i praksis er til sektors disposisjon. Hvordan bindingen av direktoratets budsjetttramme formelt sett gjøres må vurderes nærmere.

Tjenesteleverandøren må ha forutsetninger for sunn økonomisk drift. Det innebærer at tjenesteleverandøren bør ha mulighet for å gå med overskudd for noen år for, å finansiere større løft senere år. Tjenesteleverandøren fakturerer direktoratet og/eller sektoren for utviklingskostnader og eventuelle renter og avdrag på lån brukt til utvikling.

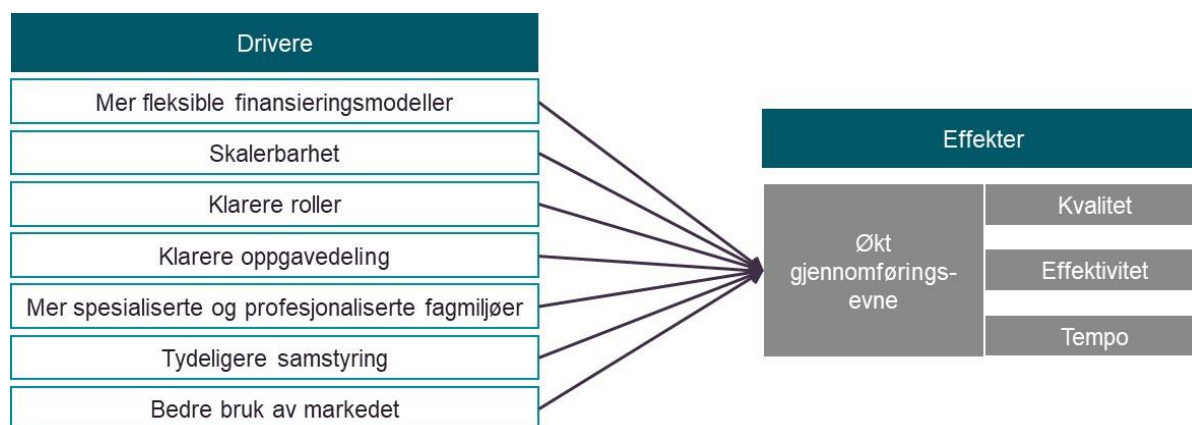
7 Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er gjennomført analyser av økonomiske og administrative konsekvenser. Analysene omfatter analyse av gevinster og kostnader, vurdering av samfunnsøkonomisk lønnsomhet samt utredning av budsjettmessige konsekvenser. Analyser av gevinster og kostnader er ytterligere dokumentert i vedlegg 4.

7.1 Gevinster ved ny organisering, finansiering og styring

Direktoratet og Norsk Helsenett mener at den samlede potensielle gevinsten av etablering av en nasjonal tjenesteleverandør med nye styrings- og finansieringsmodeller er økt gjennomføringsevne i e-helseutviklingen. Med økt gjennomføringsevne menes økt kvalitet, effektivitet og tempo i både leveranseoppgaver og myndighetsoppgaver.

Økt gjennomføringsevne kan oppstå som følge av flere drivere: mer fleksible finansieringsmodeller, økt skalerbarhet, tydeligere skille i ansvars- og oppgavedeling, mer spesialiserte og profesjonaliserte fagmiljøer, tydeligere samstyring og økt bruk av markedet. Det antas at disse elementene over tid vil medføre økt oppslutning om arbeidet med nasjonale e-helseløsninger og vilje til å prioritere nasjonale tiltak. Drivere for økt gjennomføringsevne er illustrert i Figur 7-1.



Figur 7-1: Drivere for effektene av ny organisering på e-helseområdet

Utvikling av e-hesløsninger vurderes å stå sentralt for å løse eksisterende og fremtidige utfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Sektoren er stor og viktig; SSBs helseregnskap viser at utgiftene til samlede helsetjenester i 2017 utgjorde mer enn 340 mrd. kroner. Økt gjennomføringsevne i produksjon av e-helsetjenester, gjennom økt kvalitet, økt effektivitet og økt tempo, vurderes å være av stor betydning for samfunnet.

Tydeligere ansvars- og oppgavedeling med avstand mellom myndighetsutøvelse og forretning, antas å øke gjennomføringsevnen og bidra til mer spesialiserte og profesjonaliserte fagmiljøer. Økt bruk av markedet og bedre utnyttelse av stordriftsfordeler, vil forventningsvis styrke gjennomføringsevnen ytterligere. Kombinert med profesjonalisering,

mer fleksible finansieringsmodeller og økt skalerbarhet vil e-helseutviklingen kunne styrkes ved gjennomføring av tiltaket. Direktoratet for e-helse får økte muligheter til å fasilitere en helhetlig digitalisering av helsesektoren, ved å styrke innsatsen innen nasjonal arkitektur, juridiske virkemidler, økonomiske analyser og strategisk analyse. Dette vil kunne gi Helse- og omsorgsdepartementet en tydeligere rådgiver enn i dag.

Gevinstene av tiltakene knytter seg til den samlede porteføljen av løsninger som i dag ligger i henholdsvis direktoratet og Norsk Helsenett. Gevinstene vil kunne forsterke seg dersom porteføljen til tjenesteleverandøren i fremtiden utvides med nye tjenester. En slik utvidelse er sannsynlig ettersom store pågående prosjekter vil ha behov for en tjenesteleverandør. Denne typen potensiell gevinst er omtalt særskilt, se kapittel 7.4.

7.2 Kostnader ved etablering av ny nasjonal tjenesteleverandør

I denne omgangen er primært kostnader knyttet til etableringen av ny nasjonal tjenesteleverandør vurdert. Kostnader ved etablering av ny styrings- og finansieringsmodell er kun vurdert helt overordnet i den foreliggende analysen.

7.2.1 Kostnader og budsjettmessige konsekvenser

Etableringen av en nasjonal tjenesteleverandør gir ikke økte varige kostnader over tid

Omstilling og organisasjonsutvikling medfører kostnader. Disse kostnadene er å anse som en investering i fremtidige gevinster.

Tiltaket gir endret bemanningsbehov som følger av nye arbeidsprosesser og aktiviteter i en ny ansvars- og oppgavefordeling, ny finansieringsmodell og endret modell for samstyring. Direktoratet skal utvikle seg videre som myndighet, og tjenesteleverandøren skal konsolidere utvikling- og driftsmiljøer samt utvikle seg for å kunne håndtere større og mer komplekse oppgaver og en tett kundedialog. Det legges imidlertid til grunn at merbehov for bemanning i nødvendige prosesser og aktiviteter motsvares av et mindrebehov som følge av konsolidering av miljøer. Det vil likevel ta noe tid før disse effektiviseringsgevinstene kan tas ut. Det vil derfor oppstå en midlertidig merkostnad (estimert til 10-30 mill. kroner) de første to årene etter at tiltaket er gjennomført. Det legges til grunn at denne merkostnaden de første to årene motsvares av reduserte kostnader de neste åtte årene (effektivisering), slik at tiltaket ikke gir samlede økte varige kostnader over tiårsperioden.

Tiltaket gir også en endring i pensjonsutgiftene (økning estimert til 5,5 mill. kroner årlig for tjenesteleverandøren) som følge av forventet harmonisering av pensjonsordningen for årsverk som flyttes. Det legges til grunn at også denne kostnaden finansieres gjennom effektivisering og «nulles ut» over en tiårsperiode, på samme måte som de midlertidig økte merkostnadene som følge av endret bemanningsbehov. Det er ikke identifisert andre forskjeller i lønn eller medarbeidergoder som antas å ville medføre økte kostnader.

Merkostnaden knyttet til økt bemanning og økt pensjonskostnad i 2020 og 2021 (estimert til 15,5-35,5 mill. kroner hvert år) dekkes innenfor eksisterende rammer, og får således ingen budsjettmessige konsekvenser. Det vil være nødvendig å nedprioritere og utsette enkelte oppgaver for å skaffe nødvendig inndekning. Fra og med år 2022, når gevinstene av tiltaket er realisert, vil det være mulig å øke oppgavemengden tilsvarende.

Etableringen av nasjonal tjenesteleverandøren gir noen etableringskostnader

Tiltaket gir forbigående kostnader knyttet til selve etableringen av en tjenesteleverandør. Direktoratet har estimert engangskostnadene ved tiltaket. Følgende er lagt til grunn:

Engangskostnadene knyttet til utredningen, planleggingen og den praktiske implementeringen av tiltaket, dekkes over gjeldende budsjetter i 2018 og 2019. Disse kostnadene gir ingen budsjettmessige konsekvenser

I 2020 oppstår regnskapstekniske kostnader knyttet til likviditetsbehovet ved overføring av årsverk mellom to virksomheter med ulike regnskapsprinsipper. Ved overgang fra kontantprinsipp i staten til periodiseringsprinsipp i foretak endres system for avsetning og utbetaling av feriepengar. Dette er resultat av at regnskap etter periodiseringsprinsippet krever regnskapsføring av feriepengeforpliktelser, mens regnskap etter kontantprinsippet ikke krever det. Staten pådrar seg feriepengeforpliktelsene uansett, men i regnskaper ført etter kontantprinsippet er ikke disse synlige før de utbetales. "Kostnaden" gjør staten hverken fattigere eller rikere. Dette er en teknisk disposisjon som innebærer å flytte kapital fra sentral stat til statsforetakets egenkapital, slik at foretaket kan bære forpliktelsen (skyldige feriepengar) regnskapsmessig. Avsetningene er estimert til 24,9 mill. kroner og må enten dekkes inn gjennom tilføring av friske midler på direktoratets budsjett (tjenesteleverandøren fakturerer direktoratet for avsetningene), gjennom styrking av egenkapitalen hos tjenesteleverandøren eller gjennom redusert aktivitetsnivå. Alternativet med å belaste tjenesteleverandørens egenkapital er vurdert, men anses ikke å være forsvarlig. Direktoratet og Norsk Helsenett anbefaler at denne kostnaden samt øvrige engangskostnader i 2020 (estimert til 6,9 mill. kr) dekkes inn gjennom en engangstilføring av friske midler til direktoratet gjennom et satsingsforslag.

Flytting av ansvar med tilhørende kostnader gir budsjettmessige konsekvenser

Flyttingen av oppgaver mellom direktoratet og tjenesteleverandøren (Norsk Helsenett), og endring av finansieringsansvaret innebærer budsjettmessige konsekvenser.

Det anbefales at sektoren skal finansiere drifts-, forvaltnings- og vedlikeholdskostnadene for de nasjonale løsningene. Dette er midler som i dag bevilges over statsbudsjettet til henholdsvis direktoratet og Norsk Helsenett. Disse midlene må flyttes i budsjettprosessen, fra direktoratets og Norsk Helsenetts budsjetter til sektorens budsjetter. Dette innebærer at samtidig som sektoren overtar drifts-, forvaltnings- og vedlikeholdskostnader, får sektoren fra 2020 økte bevilgninger til å håndtere kostnadene. Fordelingen mellom de ulike aktørene i sektoren må vurderes nærmere. Som nevnt bør direktoratet i en overgangsperiode beholde budsjettbevilgninger knyttet til oppgaver som er flyttet fra direktoratet til tjenesteleverandøren. Tjenesteleverandøren fakturerer da direktoratet for disse oppgavene, inntil sektoren overtar finansieringsansvaret sammen med budsjettmidlene.

7.2.2 Samfunnsøkonomisk nåverdi

De prissatte samfunnsøkonomiske kostnadene er behandlet i en nåverdianalyse. Direktoratet har lagt til grunn en levetid for tiltaket på 15 år, 4 prosent diskonteringsrente og 0,8 prosent reallønnsvekst. Det er lagt til grunn netto-årsverkskostnader og netto-pensjonskostnader, slik at de økte kostnadene i 2020 og 2021 motsvares av reduserte kostnader de neste åtte årene (som en følge av effektivisering). De varige kostnadene samlet over en tiårsperiode øker derfor ikke.

Basert på dette er den samfunnsøkonomiske netto nåverdikostnaden beregnet til 15 mill. 2018-kroner (inkludert 20 prosent skattefinansieringskostnad og relativt til nullalternativet).

Det er svært krevende å gi et anslag på kroneverdien av de identifiserte nyttevirkningene. Det regnes likevel som sannsynlig at tiltaket over tid medfører tilstrekkelig effektivisering til at tiltak får positiv netto nåverdi. Dette innebærer en effektivisering på 0,3 prosent. Effektivisering på 0,3 prosent betyr her at det utløses synergier som tilsvarer 0,3 prosent av den kostnaden som flyttes fra direktoratet til tjenesteleverandøren. Det antas at det vil være økt etterspørsel etter tjenesteleverandørens tjenester over tid, slik at denne effektiviseringen ikke gir overtallighet, men redusert behov for oppbemanning/konsulentbruk.

Dersom effektiviseringen skulle bli større enn dette, vil tiltakets lønnsomhet øke. Som et eksempel vil 2 prosent effektivisering gi en positiv nettonåverdi på om lag 100 mill. kroner.

I tillegg til nytten som følger av effektivisering, antas det at tiltaket vil realisere ikke-prissatte virkninger i form av økt kvalitet på leveransene og økt gjennomføringstempo. Det kan argumenteres for at disse nyttevirkningene alene er tilstrekkelig til at tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt.

7.3 Fordelingsvirkninger

Ny finansieringsmodell vil medføre at sektoren, herunder kommunene, finansierer en større del av de nasjonale løsningene enn i dag. Dersom dette ikke kompenseres med økte bevilgninger til sektoren, vil dette være en fordelingsvirkning.

Ansatte som overføres fra direktoratet til tjenesteleverandøren vil få noe økt pensjonsparing, på bekostning av staten.

Utover dette vil ikke tiltaket medføre vesentlige fordelingsvirkninger. Dersom tiltaket finansieres av helsesektoren, vil kostnadene og nytten treffe i samme sektor.

7.4 Fremtidige muligheter (opsjoner)

I tillegg til de identifiserte gevinstene av tiltaket vil den nye organiseringen, samstyringen og finansieringsmodellen gi fremtidige muligheter som har verdi (opsjon). En slik fremtidig mulighet er at tjenesteleverandøren kan utgjøre et drifts-, forvaltnings- og anskaffelsesmiljø for fremtidige nasjonale e-helseløsninger som i dag er under planlegging. Hvorvidt planlagte eller fremtidige løsninger skal inngå i tjenesteleverandørens ansvarsområde, bør være en konkret vurdering i hvert tilfelle. Det tas ikke endelig stilling til dette i denne rapporten.

Særskilt vurdering av Helsedataprogrammet, Helseplattformen og Nasjonal kommunal løsning med tilhørende helhetlig samhandling

Ved etableringstidspunktet skal tjenesteleverandøren ha ansvar for eksisterende nasjonale løsninger i Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse.

For Helsedataprogrammet er det anbefalt å anskaffe en nasjonal plattform som tilgjengeliggjør data fra helseregistrene i Norge. Denne plattformen kan benyttes av helseaktørene i Norge, leverandører, industri og forskning, og er planlagt plassert hos den nasjonale tjenesteleverandøren. I dette tilfellet finnes det heller ingen andre aktuelle organisasjoner å plassere dette ansvaret hos, og det er følgelig dette som anbefales.

Når det gjelder Helseplattformen i Midt-Norge anbefales det at denne løsningen ikke inngår i porteføljen til tjenesteleverandøren i denne omgang. Norsk Helsenett og direktoratet har, gitt dagens tjenesteportefølje, begrenset erfaring med kliniske løsninger, prosess og beslutningsstøttetjenester for helsepersonell, og det vil ta for lang tid å bygge nødvendige kapabiliteter som møter Helseplattformens krav innenfor deres tidsplan. Helseplattformen planlegger å inngå kontrakt med én leverandør for en felles elektronisk pasientjournal for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Planen er å etablere/benyttte en lokal tjenesteleverandør i regionen med nærhet til spesialisthelsetjenesten spesielt og helse- og omsorgstjenesten generelt, med utgangspunkt i HEMIT, Trondheim kommune og aktørene som deltar i programmet. Hvorvidt det er behov for at en nasjonal tjenesteleverandør overtar ansvaret for en slik løsning i fremtiden, er ikke en vurdering i denne rapporten.

Det samme gjelder for Nasjonal kommunal løsning (NKL) og tilhørende løsninger for helhetlig samhandling. Her anbefaler direktoratet at spørsmål knyttet til anskaffelse, forvaltning og drift vurderes særskilt på beslutningstidspunktet. Anskaffelsen ligger noen år frem i tid, og beslutninger knyttet til tjenesteleverandørens eventuelle rolle og ansvar kan derfor tas på et senere tidspunkt. Det pekes i konseptvalgutredningen på at en nasjonal tjenesteleverandør skal ha en sentral rolle i anskaffelse og etablering av en NKL og samhandlingsløsning, og direktoratet anbefaler derfor at eier av NKL-programmet følger dette opp.

Generelt vil plasseringen av flere større nasjonale løsninger kreve en betydelig videreutvikling av dagens organisasjoner for å få på plass nødvendige kapabiliteter. Det antas at etableringen av en tjenesteleverandør vil legge et grunnlag som gjør det enklere og mindre kostbart å realisere disse store kommende tjenestene, sammenlignet med dagens situasjon, samtidig som det understrekes at utviklingen av en nasjonal tjenesteleverandør ikke bør skje i et for høyt tempo.

7.5 Prinsipielle spørsmål og avveininger

Etableringen av en nasjonal tjenesteleverandør reiser, med de tjenestene som inngår fra start, i liten eller ingen grad prinsipielle spørsmål som kan være til hinder for realisering. De ansattes rettigheter vil ivaretas, og det skjer ingen endring i fordelingen av oppgaver mellom privat og offentlig sektor.

7.6 Administrative konsekvenser

Det er behov for å gjennomføre noen eieroppgaver knyttet til overgangen til nasjonal tjenesteleverandør, blant annet å påse at selskapet har den nødvendige kompetansen til å ivareta selskapets nye oppgaver, samt gjøre endringer i vedtekter.

Videre arbeid med detaljering av styrings- og finansieringsmodell vil kreve tett involvering av Helse- og omsorgsdepartementet og involvering fra sektoren, og kan medføre behov for lovarbeid.

Videre bør direktoratets nye roller formaliseres. Tjenesteleverandøren må pålegges å forholde seg til direktoratets roller knyttet til innholdsstyring, da direktoratet ikke vil ha annet styringsgrunnlag overfor denne så lenge virksomheten eies av departementet.

8 Gjennomføringsrisiko

Det knytter seg lav gjennomføringsrisiko til selve organiseringstiltaket, det vil si å samle IKT-kompetansemiljøene i dagens NHN og Direktoratet for e-helse, slik det etableres fra start. Det er i stor grad hele avdelinger/seksjoner som flyttes fra én virksomhet til en annen. Arbeidssted og de mest vesentlige arbeidsbetingelsene forblir uendret. Dette gir en begrenset risiko for at nøkkelansatte sier opp, og en begrenset risiko for at kvaliteten på arbeidet blir skadelidende i overgangsperioden. Risikoen for at e-helsetjenestene blir utilgjengelige eller at informasjonssikkerheten ikke ivaretas, anses som lav og akseptabel.

En prosess med etablering av en nasjonal tjenesteleverandør vil være en god foranledning for en helhetlig statsstøtterettslig gjennomgang av løsningsporteføljen, for å vurdere om det er juridisk risiko knyttet til noen av tjenestene.

Implementering av nye modeller for styring og finansiering vil for aktørene i sektor kunne oppleves som en større endring enn selve etableringen av tjenesteleverandøren. Nye modeller for styring og finansiering vil i stor grad være reverserbare. Dersom det oppstår uønskede virkninger, vil det være mulig å gå tilbake til tidligere modell, uten vesentlig kostnad. Endrede finansierings- og styringsmodeller gir i liten grad risiko for tjenesteleverandørens daglige drift. Det knytter seg således svært begrenset risiko også til denne delen av tiltaket.

Det vil imidlertid alltid være noe risiko tilknyttet en omorganisering av denne typen, og det er derfor viktig at arbeidet med omorganiseringen er grundig, basert på erfaringer og med god ledelse. Et gjennomføringsprosjekt må baseres på anerkjent prosjektmetodikk og gjennomføres i tråd med beste praksis for risikohåndtering, herunder direktoratets anbefalinger knyttet til informasjonssikkerhet.

Det knytter seg risiko til gevinstrealiseringen, blant annet knyttet til effektivisering. Selv om det antas at det vil være mulig å effektivisere tilstrekkelig til at tiltaket blir samfunnsøkonomisk lønnsomt og provenynøytralt, vil det være en risiko for at det ikke identifiseres tilstrekkelige synergier til at dette lar seg gjennomføre. Da vil det i så fall oppstå en situasjon der ambisjonsnivået må reduseres, enten i volum eller kvalitet på det som produseres av direktoratet og tjenesteleverandøren. Et aktivt forhold til gevinstrealisering vil bidra til å redusere denne risikoen.

Også en videreføring av dagens situasjon innebærer risiko. Utfordringene ved dagens situasjon kan bli tydeligere over tid, som en følge av økende oppgavevolum og mer komplekse e-helsetjenester. Det kan derfor argumenteres for at risikoen ved å videreføre dagens samlede modell er vel så høy som risikoen i det anbefalte tiltaket.

9 Veien videre

9.1 Arbeid frem til iverksetting av tiltakene

Direktoratet og Norsk Helsenett vil arbeide videre med iverksetting av tiltakene, dersom de besluttes gjennomført, i nært samarbeid med sektor. Arbeidet omfatter oppgaver innenfor tre sentrale områder; videreutvikling av samstyrings- og finansieringsmodellene, virksomhetsutvikling av tjenesteleverandøren og direktoratet, samt forberedelser i forbindelse med selve virksomhetsoverdragelsen. Det er lagt til grunn en etablering fra 1. januar 2020 for tjenesteleverandøren. Dersom hele eller deler av tiltakene skal realiseres tidligere må dette arbeidet fremskyndes. Direktoratet og Norsk Helsenett anbefaler at arbeidet igangsettes så raskt som mulig, basert på anbefalingene i dette dokumentet.

9.2 Mulig overgang til alternativt konsept

Når tjenesteleverandøren får nye oppgaver, må det alltid vurderes om de eksisterende styringsmodellene er egnet for forvaltningen av det nye tiltaket. Endringer i tjenesteleverandørens portefølje vil kunne gjøre det nødvendig å videreutvikle styringsmodellene eller å etablere særskilte modeller for enkelte tjenester.

Direktoratet har også gjort en overordnet utredning av et konsept der tjenesteleverandøren organiseres som et aksjeselskap med datterselskaper. Tjenesteleverandøren kan ved behov videreutvikles i retning av dette. Konseptet innebærer at aktører i sektoren er medeiere i tjenesteleverandøren og at selskapet innrettes som et konsern med datterselskaper. Konseptet åpner også for at tjenesteleverandøren kan ha flere bestillere, men slik at ett datterselskap alltid har direktoratet som eneste bestiller av nye e-helsetjenester. En slik konsernmodell gjør det mulig for andre aktører å benytte tjenesteleverandøren, også for tjenester som ikke skal inngå i den nasjonale samstyringen. Konsernmodellen gjør det mulig å skille mellom porteføljer og å etablere datterselskaper med tilpassede styringsmodeller. Modellen vil også potensielt kunne avhjelpe eventuelle anskaffelsesrettslige utfordringer, som nevnt ovenfor. Dette må imidlertid være gjenstand for grundige analyser og vurderinger og tas ikke stilling til her.

Begrepsoversikt

Begrep (alfabetisk)	Forklaring av begrepet
Forretningsmodell	Forretningsmodellen beskriver hva som er oppdraget til en virksomhet, hva den skal ha ansvar for, hva den skal levere til hvem, og hvordan den skal styres, organiseres og finansieres.
Forvaltning	Vedlikehold og videreutvikling av IKT-løsninger. Brukes om IKT-forvaltning, så lenge annet ikke er spesifisert.
Løsning/produkt	Løsning og produkt benyttes med samme meningsinnhold. Løsning/produkt er en logisk komponent, når den er satt sammen med andre logiske komponenter og realiserer en tjeneste. En løsning samvirker med arbeidsprosesser, organisatoriske og styringsmessige strukturer, kompetanse og kultur.
Løsningseier	En løsningseier har overordnet ansvar for en nasjonal løsning, med myndighet til å beslutte endringer i løsningen innenfor gitte rammer. En løsningseier skal ta ansvar for den nasjonale løsningen på vegne av sektoren og som, sammen med sektoren, bestemmer hva som skal leveres gjennom god forankring. Løsningseier skal angi strategisk retning for løsningen, eksempelvis gjennom løsningsstrategier og hvordan løsningen kan utvikle seg til å bli et økosystem for digitale tjenester. Løsningseier kan være ledere av produktstyrer.
Nasjonal portefølje	Oversikt over IKT-tiltak i helsetjenesten som understøtter nasjonal e-helsestrategi. Har avhengigheter til prosjekter i den nasjonale e-helsestrategien eller er avhengig av nasjonal innsats.
Nasjonal styringsmodell for e-helse	Styringsmodellen for e-helse er et sett med prosesser som sikrer riktig og effektiv bruk av digitalisering som verktøy for å oppnå helsepolitiske mål. For å sikre god påvirkning og forankring i prosessene er det etablert flere sektorsammensatte utvalg med tilhørende mandater.
Nasjonale løsninger	Nasjonale løsninger er løsninger som tas i bruk på tvers av sektoren, hvor det er behov for at en eller flere offentlige virksomheter tar et helhetsansvar for sektoren. Nasjonale løsninger er løsninger som oppfyller kriterier knyttet til stordriftsfordeler, samfunnsverdier, fordelingshensyn og fellesgoder (jf. Rapport om IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren (2017)). Forslag til nye nasjonale løsninger besluttes av Nasjonalt e-helsestyre. Eksempel på en nasjonal løsning i dag er helsenorge.no.
Portefølje	En portefølje består av tiltak som gjennom en prosess (definering) er lagt inn i porteføljen av et porteføljestyre. Tiltakene kan være i form av prosjekter, programmer, eller oppgaver (for eksempel forvaltningsoppgaver). Felles for tiltakene er at de til sammen bidrar til å realisere en strategi og at de har avhengigheter til hverandre. Avhengighetene kan skyldes at de deler knappe ressurser som finansiering, kompetanse, utviklingskapasitet e.l.
Porteføljestyring	Porteføljestyring er et verktøy for å realisere en strategi. Rammeverket for beste praksis for porteføljestyring er MoP (Management of Portfolios, Axelos), anbefalt av Difi og DFØ. MoP deler porteføljestyring inn i to

	separate sykluser; definering og leveranse. Gjennom definering velger man ut de riktige tiltakene for gjennomføring og gjennom leveranse følges tiltakene opp slik at man gjennomfører tiltakene riktig. Tiltakene som velges gjennom definering utgjør en portefølje.
Program	Et program er en samling av prosjekter med et felles overordnet mål, som sammen skal bidra til forandringer og gevinster i en eller flere virksomheter eller sektorer.
Program- og prosjektstyring	Prosjekter styres i henhold til prosjektveiviseren.no (Difi), som er en modell for overordnet prosjektstyring. Prosjektveiviseren baserer seg på PRINCE2 (Axelos). Programmer styres i henhold til MSP (Axelos). Begge rammeverkene er internasjonale og basert på beste praksis. Prosjekteier og programeier er ansvarlige for leveransene fra henholdsvis prosjekt og program innenfor rammene som er gitt av for eksempel et porteføljestyre. For å sikre god forankring vil de viktigste interessentene inviteres inn som deltagere i program- /prosjektstyrer for å delta i styringen innenfor programmets-/ prosjektets mandat.
Prosjekt	Et prosjekt er en midlertidig organisasjon etablert med den hensikt å levere ett eller flere produkter som bidrar til å realisere den avtalte Prosjektbegrunnelsen. Prosjekter kjennetegnes ved at oppgaven er av unik karakter, har gitte mål, med en avgrenset ramme for omfang-, tid- og kostnad. Bruk av prosjekt som arbeidsform gir ofte en positiv effekt for linjeorganisasjonen i form av større vekt på oppgaven, bedre styring av oppgaven og en god arena for tverrfaglig samarbeid.
Sourcing	Sourcing er en strategisk beslutning om hvorvidt en oppgave skal løses med interne ressurser, eller om hele eller deler av oppgaven skal kjøpes fra en annen virksomhet.
Tjeneste	Summen av IT-produkter og -løsninger som koblet sammen leveres for å dekke et behov. ITIL-definisjon: "Et middel for å levere verdi til kunden ved å fremme resultat som kunden ønsker å oppnå uten å ha eierskap i visse kostnader og risikoer".
Tjenesteintegrasjon (Service Integration)	Integrasjon handler om å integrere flere perspektiver (kunde, ressurs, support, osv.), prosesser (kjerne-, støtte- og styringsprosesser) og verdikjeder (egne og partneres) for å skape optimale tjenester for brukerne.
Tjenesteleverandørens portefølje	Alle IKT-investeringer innen utvikling, forvaltning, infrastruktur og drift i hele helse- og omsorgstjenesten som bestilles gjennom samstyringsmodellen.
Veikart	Et veikart er en langtidsplan på høyt nivå som viser hvordan virksomheten eller løsningen utvikler seg strategisk mot et definert mål bilde
Virksomhetsutvikling	Virksomhetsutvikling er oppgaver og aktiviteter som gjør at en virksomhet (enhet, selskap) fungerer på etableringstidspunktet, om ett år og om fem år; dvs. det samlede settet av aktiviteter og oppgaver som gjør at virksomheten kan implementere sin strategi og nå sine mål. Dette kan være forbedringer innen organisasjon, kultur og ledelse samt utviklings-/forbedringsprosesser relatert til kompetanse, løsninger og tjenester.

Roller i verdikjeden	Eksempler	Beskrivelse
Bruker	Innbyggere eller helsepersonell eller forskere, byråkrater og andre brukere av e-helseløsninger i og utenfor sektoren	Har behov for digitale tjenester. Bruker e-helseløsninger og -tjenester.
Kunde	Helsevirksomheter, kommuner og virksomheter i helseforvaltningen.	Kjøper digitale tjenester for å dekke behovet til brukere. En virksomhet, en kommune eller andre rettssubjekter som også har ansvar for gevinstrealisering.
Behovseier	Virksomheter i helseforvaltningen, NEHS Helsevirksomheter og kommuner	Representerer kundene og brukerne. Har ansvar for å kartlegge, koordinere og definere behovet for e-helsetjenester innen et helsefaglig område. Definerer mål for tjenestene.
Bestiller	Direktoratet for e-helse	Samler og koordinerer behov fra flere behovseiere. Forvalter løsningseierskapet for digitale tjenester på vegne av staten («sørger for»).
Tjenesteleverandør	Ny aktør: en nasjonal tjenesteleverandør (Navn NN)	Etablerer digitale tjenester i henhold til overordnede bestillinger fra Direktoratet for e-helse. Forvalter nasjonale løsninger på vegne av eier. Leverer digitale tjenester til kundene. Bruker markedet til å produsere (sourcer til private leverandører).
Underleverandør	Leverandører i markedet Andre offentlige tjenesteleverandører (Difi m.fl.)	Produserer og leverer tjenester løsninger og arbeidskraft til tjenesteleverandøren

Oversikt over vedlegg

- Vedlegg 1: Analyse av behov, mål og krav som ligger til grunn for tiltaket
- Vedlegg 2: Etablering av nasjonal tjenesteleverandør – anskaffelses- og statsstøtterettslige spørsmål (Kluge, notat av 31.08.2018)
- Vedlegg 3: Organisasjonsformer – aksjeselskap vs. statsforetak (Kluge, notat av 22. mars 2018)
- Vedlegg 4: Analyse av gevinster og kostnader

 Direktoratet for e-helse

Besøksadresse

Verkstedveien 1
0277 Oslo

Postadresse

Postboks 6737
St. Olavs plass
0130 OSLO