



Direktoratet for
e-helse

Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak



Kolofon

Publikasjonens tittel:

Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak

Utgitt:

15.11.2017

Publikasjonsnummer:

IE-1011

Utgitt av:

E-helse

Kontakt:

postmottak@ehelse.no

Postadresse:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130 OSLO

Innhold

1	Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse	7
1.1	Oppdraget	7
1.2	Bakgrunn for oppdraget.....	8
1.3	Forutsetninger og avgrensninger	9
2	Bærekraftig finansiering av digitalisering i helsesektoren må sikres.....	10
2.1	Finansiering av nasjonale e-helsetiltak; myndighetsoppgaver	10
2.2	Finansiering av nasjonale e-helsetiltak; leveranseoppgaver	13
2.3	Midlertidige finansieringsløsninger i en overgangsfase.....	27
3	Bruk av finansiering som virkemiddel.....	28
4	Behov for videre arbeid med finansieringsmodeller for e-helse	29
	VEDLEGG.....	30
	Vedlegg 1 Oversikt over eksterne leveranser.....	30

Sammendrag

Denne rapporten gir oversikt over overordnede anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet for hvordan bærekraftig finansiering av digitalisering i helsesektoren kan sikres. Rapporten omfatter både anbefalinger for hvordan nasjonale e-helsetiltak kan finansieres, og hvordan myndighetsrollen kan styrkes når det gjelder finansiering som virkemiddel.

Hovedanbefalingene er:

- *Myndighetsoppgaver bør som hovedregel løses av Direktoratet for e-helse og egenfinansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet fra Helse- og omsorgsdepartementet (årlig budsjettfinansiering inkl. eventuelt satsingsforslag).*
- *Leveranseoppgaver (utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold av e-helseløsninger) bør som hovedregel løses av nasjonal leverandørfunksjon og fullt ut samfinansieres av sektoren. For store nasjonale utviklingsprosjekter bør det likevel vurderes om staten skal sikre deler av investeringskostnadene ved overføringer over statsbudsjettet, jf. Meld. St. 27 (2015-2016) Digital agenda for Norge. Dette kan særlig være aktuelt i tilfeller der e-helseløsningene primært gir kvalitative gevinster.*
- *Leveranseoppgaver for felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basis-tjenester finansieres gjennom obligatorisk samfinansiering:*

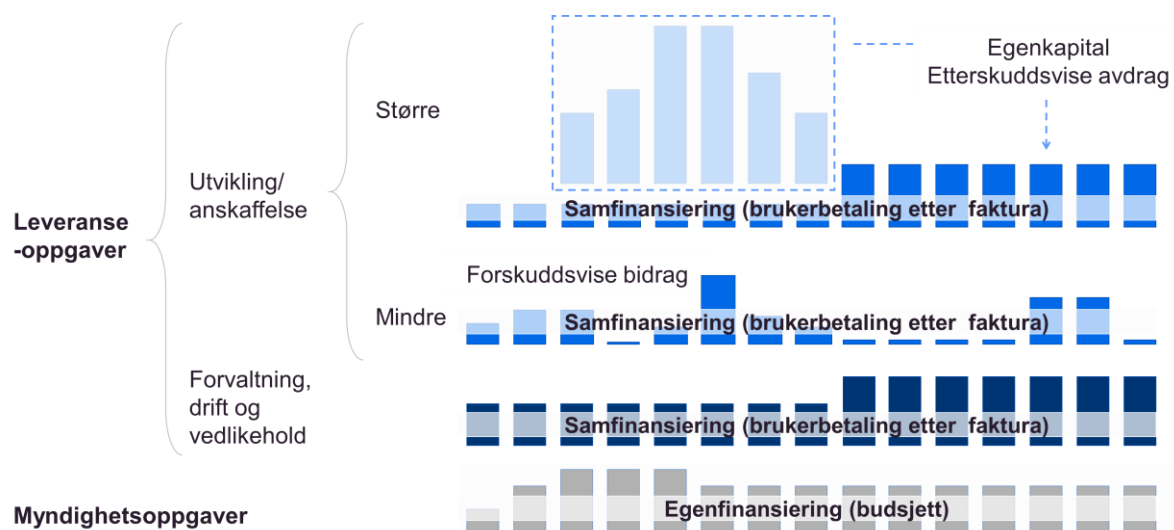
	Store utviklingsprosjekter	Mindre utviklingsprosjekter
Likviditetsbehov	Behov for likviditet knyttet til store leveranseoppgaver (for eksempel deler av Én innbygger én journal) bør som hovedregel løses gjennom at en nasjonal leverandørfunksjon får innskutt egenkapital, subsidiært en statlig låneadgang. Størrelsen på egenkapitalen eller lånemuligheten bør fastsettes nærmere etter en gjennomgang av hvilke utviklingsprosjekter som bør omfattes av en slik ordning.	Mindre leveranseoppgaver finansieres løpende over sektorens budsjetter. Satsingsforslag kan benyttes for å redusere sektorens bidrag der det er hensiktsmessig.
Utviklingskostnaden	Samfinansiering fra sektoren gjennom årlige investeringsavdrag etterskuddsvis over løsningsenes levetid (slik at egenkapitalen opprettholdes eller lånet nedbetales).	Samfinansiering fra sektoren gjennom årlige investeringsbidrag i forkant av investeringene.
Kostnader til FDV	Samfinansiering av forvaltning, drift og vedlikehold (100 prosent).	

Innretning	<p>Samfinansiering bør som hovedprinsipp skje gjennom faktura fra nasjonal leverandørfunksjon til aktørene i sektoren. Det kan alternativt åpnes for nedtrekk over rammene til virksomhetene og kommunesektoren der dette er hensiktsmessig.</p> <p>Innbyggerantall benyttes som fordelingsnøkkel for kostnadene som fordeles til kommunene og spesialisthelsetjenesten (RHF-ene). For en gitt e-helseløsning bør fordelingen av kostnader mellom kommunene på den ene siden og spesialisthelsetjenesten på den andre siden, reflektere bruk. Dette innebærer at kostnad per innbygger for kommunene kan være lavere enn kostnad per innbygger i spesialisthelsetjenesten, og motsatt. Private aktører betaler i henhold til egen nøkkel.</p>
Prioritering og styring	<p>Den nasjonale styringsmodellen bør brukes som mekanisme for prioritering av e-helsetiltak. Det må gjøres en gjennomgang av hvordan prioriteringsbeslutninger i de nasjonale foraene skal samordnes med andre beslutningsprosesser og -arenaer. Det bør også gjøres en gjennomgang av sammensetningen av de nasjonale foraene for å sikre at kommuneperspektivet og kommunal innflytelse er tilstrekkelig ivarettatt i prioritering og finansiering av e-helsetiltak</p>
Implementering	<p>Det anbefales å innfase nye finansieringsprinsipper og -modeller gradvis over fem år. Modellen kan implementeres gjennom forskrift eller øremerking av midler i årlige budsjetter.</p> <p>I påvente av at nye modeller er fullt implementert, må det etableres midlertidige løsninger i en overgangsfase. Midlertidige løsninger bør, så langt det lar seg gjøre, være steg på veien til de anbefalte nye finansieringsmodellene.</p> <p>Det bør vurderes å etablere tilskuddsordninger som avlaster, stimulerer og gir insentiver til (rask) implementering i sektoren.</p>

- *Leveranseoppgaver utenfor felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester finansieres gjennom frivillig kjøp.* Prisene må fastsettes for hver enkelt løsning slik at de fulle kostnadene dekkes over tid. Betaling skjer gjennom faktura fra nasjonal leverandørfunksjon.

Hovedprinsippene i det fremtidige målbildet for finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak kan illustreres som følger:

Figur 1-1: Hovedprinsipper i framtidig målbilde for finansieringsmodeller



1 Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e-helse

1.1 Oppdraget

I tildelingsbrevet til Direktoratet for e-helse for 2017 gir Helse- og omsorgsdepartementet følgende oppdrag:

«Innen 1. oktober utarbeide forslag til en modell for fordeling av kostnader ved utvikling av fellesløsninger, jf. oppdrag i tildelingsbrev for 2016 om å levere forslag til modeller for felles finansiering av nasjonale e-helsetiltak.»

Direktoratet for e-helse har også i tilleggsoppdrag til tildelingsbrev blitt bedt om å:

«...vurdere en styrking av myndighetsrollen til Direktoratet for e-helse.»

Denne rapporten gir oversikt over overordnede anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet for hvordan bærekraftig finansiering av digitalisering i helsesektoren kan sikres, herunder både anbefalinger for hvordan nasjonale e-helsetiltak kan finansieres, og hvordan myndighetsrollen kan styrkes når det gjelder finansiering som virkemiddel. De to oppdragene er samlet i denne rapporten for å kunne gi helhetlige anbefalinger. Vurderinger av myndighetsrollen for øvrig, er gjort i egen leveranse om IKT-organisering i helse- og omsorgssektoren. Anbefalingene for finansiering må ses i sammenheng med andre relaterte oppdrag som direktoratet rapporterer på til departementet, herunder blant annet vurderinger knyttet til IKT-organisering.

Vurderingene må ses som et første steg på veien med å etablere bærekraftige finansieringsordninger for nasjonale e-helsetiltak. Det er flere uavklarte punkter som krever nærmere utredning og vurdering. Det er imidlertid behov for å få tilslutning til hovedprinsipper for det langsiktige målbildet og avklaringer av sentrale veivalg på et overordnet nivå, før det jobbes videre med detaljeringen. Denne rapporten legger grunnlaget for nødvendige avklaringer, og vil være plattformen for det videre arbeidet.

Arbeidet med å utarbeide anbefalinger til finansieringsmodeller og -virkemidler for nasjonale e-helseløsninger har foregått dels som interne prosesser i direktoratet, og dels som eksterne oppdrag/ leveranser. Det er utarbeidet flere underlagsrapporter (se vedlegg 1). Temaet har også vært diskutert i flere omganger på møter i de nasjonale foraene, senest i Nasjonalt e-helsestyre 25. oktober 2017. NEHS ga i møtet sin tilslutning til rapportens innhold, med enkelte merknader til vedtaket. Merknader knyttet seg i hovedsak til videre arbeid og behov for detaljering av blant annet styringsmekanismer, innholdsmessig avklaring av begreper og delelementer i finansieringsmodellen. Det ble dessuten i vedtak vist til et tidligere vedtak nr 26/17 – nr. 3 fra NEHS-møte 22. juni 2017.

1.2 Bakgrunn for oppdraget

Ambisjonsnivået for nasjonale e-helseløsninger er høyt. Kostnadene knyttet til investering i nye løsninger og forvaltning, drift, vedlikehold og videreutvikling av eksisterende løsninger vil øke betydelig fremover dersom ambisjonene skal virkeliggjøres.

Dagens finansieringsmodell, der en stor del av kostnadene finansieres gjennom Helse- og omsorgsdepartementets årlige budsjettbevilgninger til Direktoratet for e-helse, anses ikke å være skalerbar over tid. For å realisere ambisjonene og tiltak det er tilslutning til, vil det være nødvendig at sektoren i større grad bidrar til finansieringen fremover.

En slik utvikling er også i tråd med Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge, der det i kapitlet om digitalisering i helsesektoren (kapittel 10) blant annet fastslås følgende:

Økt bruk av fellesløsninger og felles bestillinger krever også nye styrings- og finansieringsmodeller.

[...]

Som omtalt i kapittel 9, vil det i liten grad være slik at staten kan fullfinansiere løsninger som har store gevinster for kommunene eller for selvstendig næringsdrivende innenfor sektoren. Kommunene og de selvstendige aktørene må bidra i finansiering og styring av felles IKT-løsninger, slik som fastlegene har gjort i EPJ-løftet. Som et ledd i dette, kan det også vurderes om staten bør ta et større ansvar for å sikre koordinerte bestillinger på vegne av kommunene og andre aktører som mangler et overordnet samarbeidsorgan for utvikling av IKT. Gjennom sin pådriverrolle, kan det vurderes om Direktoratet for e-helse kan ivareta en slik rolle.

I helsesektoren bør investeringskostnadene for løsninger som skal brukes av flere finansieres gjennom bidrag fra aktørene. Det kan lages en nøkkel for fordeling av investeringskostnader mellom sentrale myndigheter, regionale helseforetak, kommuner og eventuelle andre brukere av fellesløsningene. For store nasjonale investeringer kan det være nødvendig at staten dekker investeringskostnadene ved overføringer over statsbudsjettet.

Regjeringen vil jobbe for økt bruk av felles IKT-løsninger mellom aktørene og nivåene i helse- og omsorgssektoren. Styrings- og finansieringsmodeller som kan understøtte utviklingen skal prøves ut.

[...]

Kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold av nye løsninger kan finansieres gjennom en aktivitets- og tjenestepriking til virksomhetene som bruker en ny løsning

En mer langsiktig, forpliktende finansieringsmodell, der hele sektoren bidrar, vil være et viktig bidrag til arbeidet med de nasjonale e-helseporteføljene. Det er derfor svært viktig at det avklares hva som er det langsiktige målbildet for finansieringsmodeller, og at det iverksettes et arbeid for å konkretisere og realisere dette målbildet.

1.3 Forutsetninger og avgrensninger

Følgende forutsetninger og avgrensninger er lagt til grunn i arbeidet med finansieringsmodeller:

- Organisering av de samlede oppgavene på e-helseområdet er et viktig premiss for valg av hensiktsmessige finansieringsmodeller. Det er lagt til grunn at direktoratet i andre oppdrag anbefaler at det på sikt vil være slik at;
 - i. Myndighetsoppgaver på e-helsefeltet løses av direktoratet for e-helse.
 - ii. Leveranseoppgaver løses i en nasjonal leverandørfunksjon organisert som et statsforetak.
- Direktoratet vil komme tilbake til en endelig avklaring av hva som er myndighetsoppgaver og hva som er leveranseoppgaver, se også leveranse om IKT-organisering.
 - i. I hovedsak omfatter myndighetsoppgaver regulatoriske og strategiske oppgaver knyttet til å være premissgiver, fagorgan, tilrettelegger og pådriver innenfor e-helsefeltet.
 - ii. I hovedsak omfatter leveranseoppgaver utvikling av nye nasjonale e-helseløsninger og ny funksjonalitet i eksisterende løsninger, samt forvaltning, drift og vedlikehold av løsningene.
- De nasjonale e-helseløsningene skal utgjøre en felles grunnmur for digitale tjenester med basistjenester som er obligatoriske i bruk. Omfanget av dette defineres nærmere i andre leveranser.
- Arbeidet med finansieringsmodeller har omfattet direkte kostnader tilknyttet nasjonale e-helseløsninger (myndighets- og leveranseoppgaver). Modellene omfatter ikke hvordan implementeringskostnader lokalt skal håndteres.
- Selv om modeller for å støtte innføring av nasjonale e-helseløsninger (hos virksomhetene i sektoren) ikke er utredet og vurdert i denne omgang, påpekes det likevel at det er behov for tilskuddsordninger som stimulerer og gir insentiver til (rask) implementering i sektoren. Dette for å bygge opp under sektorens gevinstrealisering, da særlig i forbindelse med de større e-helseprosjektene. Det bør gjøres et selvstendig arbeid for å utrede mulige ordninger for dette. Som en del av arbeidet bør blant annet mulighetene for omdisponering av midler i eksisterende tilskuddsordninger i sektoren vurderes. Dette kan være en måte å få denne typen finansieringsordninger raskt på plass.
- Anbefalingene for finansieringsprinsipper har ikke innebyggede omfordelingsmekanismer i de tilfellene der kostnader oppstår hos andre enn dem som høster gevinster ved implementering av en løsning (fordelingseffekter). Denne typen forhold tenkes løst ved ulike tiltaksspesifikke omfordelingsmekanismer som må besluttes før investeringer gjøres. Detaljer for hvordan dette gjøres bør utredes nærmere, for å unngå at slike kostnadsforhold hindrer implementering av hensiktsmessige løsninger.
- E-helseløsninger gir gevinster både for sektoren og for pasienter/innbyggere. Pasientbetaling er diskutert i arbeidet med finansieringsmodeller, men dette er ikke særskilt utredet. Arbeidet er i denne omgang konsentrert om finansieringsmodeller som omfatter betaling fra virksomhetene i sektoren. Dette utelukker ikke at pasientbetaling kan være aktuelt å introdusere på et senere tidspunkt.

2 Bærekraftig finansiering av digitalisering i helsesektoren må sikres

Et av målene i nasjonal e-helsestrategi 2017-2022 er å sikre at det finnes finansielt handlingsrom til å realisere Nasjonalt e-helsestyres tilrådninger for realisering av den nasjonale porteføljen.

I dag benyttes kombinasjoner av egenfinansiering over budsjett og frivillig og obligatorisk samfinansiering fra sektoren for å finansiere myndighetsoppgaver og leveranseoppgaver i arbeidet med nasjonale e-helseløsninger. Finansieringen avgjøres i hvert enkelt tilfelle, og det er ikke nødvendigvis like finansieringsmodeller for likeartede oppgaver eller tjenester.

På lang sikt er det et mål å få på plass omforente og tydelige finansieringsprinsipper og -modeller for ulike kategorier av oppgaver og tjenester. Slike prinsipper og modeller krever klargjøring av juridiske og organisatoriske forhold. Dette innebærer at finansieringsprinsippene og -modellene må implementeres over tid, og at man i en overgangsfase må håndtere midlertidige løsninger.

I det følgende redegjøres det for anbefalinger til sentrale finanseringsprinsipper og -modeller for ulike typer oppgaver og tjenester i det langsiktige målbildet (kapittel 2.1 og 0). Deretter redegjøres det for anbefalinger for finansieringsløsninger i en overgangsfase (kapittel 0). Vurdering av direktoratets rolle i bruk av finansiering som virkemiddel i arbeidet med digitalisering av sektoren adresseres i et eget kapittel (kapittel 3).

2.1 Finansiering av nasjonale e-helsetiltak; myndighetsoppgaver

Myndighetsoppgaver omfatter ulike regulatoriske og strategiske oppgaver i arbeidet med nasjonale e-helseløsninger. I hovedsak innebærer dette å være:

- Premissgiver med 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 budsjetttrammer.
- Fagorgan med 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 å kommunisere denne effektivt til relevante interessenter, eller benytte den som grunnlag for å være premissgiver på et felt.

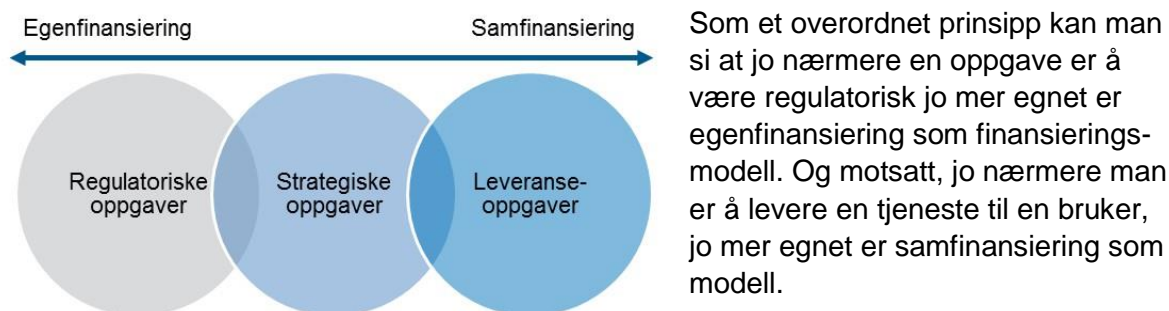
- Pådriver og tilrettelegger med ansvar for å fasilitere prosesser som bidrar til at sektorens øvrige aktører opptrer samordnet og i henhold til strategi, og å legge til rette for samarbeid rundt felles beslutninger og aktiviteter. Virkemidlene som ligger til denne rollen er prosesseierskap, koordinering og kommunikasjon.

I dag finansieres myndighetsoppgaver dels gjennom egenfinansiering (bevilgninger over statsbudsjett) og dels gjennom frivillig samfinansiering fra sektoren.

2.1.1 Hovedprinsipp for finansiering av myndighetsoppgaver

Et hovedskille i finansieringsmodeller går mellom egenfinansiering over statsbudsjettet eller samfinansiering fra sektoren. Egenfinansiering og samfinansiering har ulike egenskaper og det er ikke nødvendigvis gitt hvilken modell som er den beste. På et generelt grunnlag vil det være en sammenheng mellom hvilke oppgaver som skal finansieres og finansieringsmodellen, jf. illustrasjon i Figur 2-1.

Figur 2-1: Oppgaver og finansieringsmodeller



Myndighetsoppgaver bør gjennomføres på en nøytral og uavhengig måte uten sektorbindinger eller sektorføringer. Samfunnet og sektoren skal forholde seg lojale til reguleringer, nasjonale retningslinjer og føringer som utarbeides. Det skal i liten grad være rom for at særgrupper påvirker myndighetsutøvelse, og det må ikke være slik at myndighetsutøvelse påvirkes av måten disse oppgavene finansieres på.

Behovet for å sikre uavhengighet og habilitet i myndighetsoppgavene, at oppgavene har nytte for hele sektoren, samt at oppgavene har en forholdsvis stabilt løpende kostnadsprofil, taler for at denne typen oppgaver som hovedregel bør egenfinansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet (egenfinansiering).

Egenfinansiering kan også motiveres ut fra et argument om å styrke gjennomføringsevnen. Dersom det innføres en kostnad (samfinansiering) for å ta del i arbeidet med prioritering og porteføljeforvaltning (for eksempel i NUFA, NUIT, NEHS), vil det kunne medføre at viktige aktører ikke prioriterer å delta i arbeidet. Uten en nasjonal styringsmodell er det en risiko for at prosjekter og interessenter ikke koordineres og samordnes på en hensiktsmessig måte, og at prosjekter dermed ikke realiseres, eller realiseres på en lite optimal måte.

2.1.2 Finansieringsmodell for myndighetsoppgaver

Myndighetsoppgaver (regulatoriske og strategiske oppgaver) løses av direktoratet, jf. leveranse fra Direktoratet for e-helse til Helse- og omsorgsdepartementet om IKT-organisering.

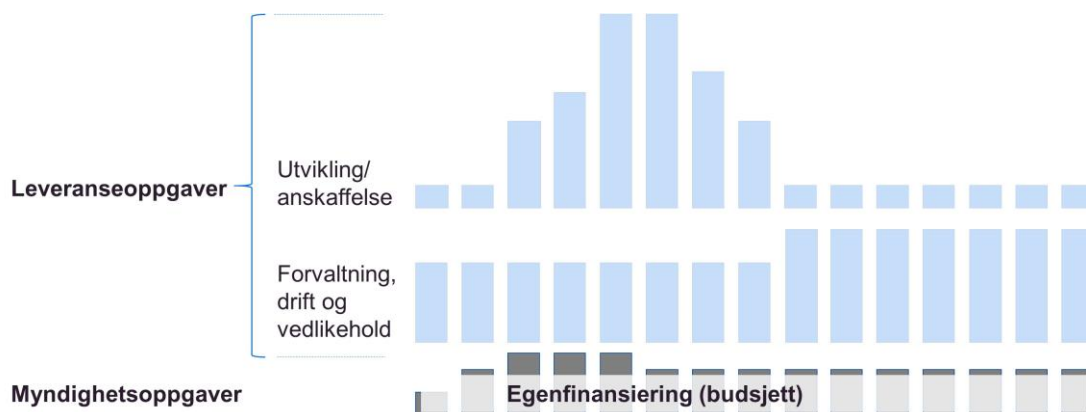
Basert på vurderingene over er anbefalingen knyttet til finansiering av direktoratets myndighetsoppgaver som følger:

Anbefaling:

<i>Langsiktig målilde, finansiering av myndighetsoppgaver:</i>	Myndighetsoppgaver bør som hovedregel egenfinansieres gjennom bevilgninger over statsbudsjettet. Forbigående økt kostnadsnivå i forbindelse med store løft (som for eksempel programledelse) kan søkes finansiert særskilt gjennom satsingsforslag.
--	---

Modellen kan illustreres som i Figur 2-2.

Figur 2-2: Illustrasjon av betalingsmodell for myndighetsoppgaver



2.2 Finansiering av nasjonale e-helsetiltak; leveranseoppgaver

Leveranseoppgaver omfatter på den ene side utvikling av nye nasjonale e-helseløsninger og ny funksjonalitet i eksisterende løsninger, og på den andre side forvaltning, drift og vedlikehold av løsningene. I dag finansieres nasjonale leveranseoppgaver i hvert enkelt tilfelle dels gjennom egenfinansiering over statsbudsjettet og dels gjennom frivillig og/eller obligatorisk samfinansiering fra sektoren. Det bør etableres felles prinsipper og modeller for like løsninger, avhengig av karakteristika ved løsningene.

2.2.1 Hovedprinsipper for finansiering av leveranseoppgaver

2.2.1.1 Egenfinansiering (over statsbudsjettet) eller samfinansiering fra sektoren

Finansieringsmodeller for leveranseoppgaver må være egnet til å stimulere utvikling og drift av sikre, nødvendige og prioriterte e-helseløsninger, som gir god samfunnsøkonomisk lønnsomhet og dermed mer effektiv bruk av samfunnets ressurser. I motsetning til myndighetsoppgaver, er det i leveranseoppgaver et større behov for å skape nærhet mellom tjenesteutviklere og finansieringskilde. Egenfinansiering og samfinansiering har ulike egenskaper som finansieringskilde for denne typen oppgaver.

I Meld. St. 27 (2015–2016) Digital agenda for Norge legges det til grunn at utvikling, drift, forvaltning og vedlikehold av nasjonale felleskomponenter som hovedregel skal egenfinansieres.¹ Per 2017 er det definert syv nasjonale felleskomponenter som omfattes av dette finansieringsregimet.

Det er mulig å argumentere for at nasjonale e-helseløsninger har tilsvarende karakteristika og egenskaper som nasjonale felleskomponenter, avgrenset til én sektor. Dette skulle i så fall tilsi at leveranseoppgaver innenfor nasjonale e-helseløsninger egenfinansieres over statsbudsjettet. En slik modell gir lave barrierer for implementering og bruk av e-helseløsningene som utvikles, fordi det er «gratis» for brukerne (utover egne implementeringskostnader). I tillegg er modellen administrativ enkel. Egenfinansiering har imidlertid svakheter knyttet til flere sentrale forhold:

- Modellen vil kunne virke begrensende på utvikling av e-helseløsninger, fordi utviklingen i budsjettbevilgningene ikke nødvendigvis vokser i takt med behovet. Direktoratet har en klar oppfatning av at en fremtidig budsjettvekst til nasjonale fellesløsninger i den størrelsesorden som ambisjonsnivået innen e-helse tilsier, ikke er sannsynlig. Modellen er slik sett lite skalerbar.
- Modellen har i utgangspunktet få innebygde insentivmekanismer for å sikre riktig prioritering av tjenester og kvalitetsnivå, kostnadseffektivitet i utvikling og drift, samt gevinstrealisering fordi brukerne ikke eksponeres for kostnader. Selv om dette til dels kan ivaretas gjennom andre styringsmekanismer (produktstyrer etc.), vil ikke dette fullt ut kompensere for denne svakheten.

¹ Registerkomponenter egenfinansieres i sin helhet. Løsningskomponenter egenfinansieres med unntak av variable kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold.

- Det kan også argumenteres med at sektoren bør ha et helhetlig ansvar for alle kostnader som kreves for å levere helsetjenestene, herunder kostnader til e-helseløsninger. Egenfinansiering av e-helseløsninger («gratistjenester») bryter med ved et slikt prinsipp.

Det er gode argumenter for å benytte samfinansiering fra sektoren for leveranseoppgaver. Dersom kundene eller brukerne finansierer, vil de også ha insentiver til å etterspørre riktige, behovsorienterte og kostnadseffektive løsninger i utvikling og drift. Dette hindrer overinvesteringer sammenlignet med en situasjon hvor tjenester oppfattes som gratis, og vil kunne gi et riktigere bilde av en virksomhetenes faktiske kostnader til drift. Det fremste argumentet synes likevel å være hensynet til gevinstrealisering (særlig dersom løsningene er obligatoriske i bruk). Dersom brukerne eksponeres for kostnadene ved løsningene vil de ha insentiver til å realisere gevinstene, gjennom å avvikle eventuelle eksisterende systemer og tilpasse virksomheten til nye løsninger. Slik gevinstrealisering vil kunne være en nødvendig forutsetning for å frigjøre midlene som skal benyttes til å betale for bruken av e-helseløsningen.

Samfinansiering innebærer mer krevende inndrivingsprosesser enn egenfinansiering og dermed administrasjonskostnader som egenfinansiering ikke har. Det er imidlertid slik at det i dag allerede finnes etablerte og tilgjengelige løsninger som gjør det mulig å håndtere kundeadministrasjon, uten betydelige merkostnader. Gjennom Norsk Helsenett eksisterer det kundeavtaler og faktureringsystemer som inkluderer de langt fleste aktørene i sektoren. Samfinansieringens positive egenskaper vurderes å gi nyttegevinster som forsvarer de ekstra administrasjonskostnadene.

Leveranseoppgaver for de nasjonale e-helseløsningene bør som hovedregel samfinansieres av sektoren. Dette vil sikre gevinstrealisering i sektoren, og øke sannsynligheten for at ambisjonene i e-helsestrategien kan oppfylles. Samfinansieringen bør omfatte kostnader til utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold.

2.2.1.2 Obligatorisk eller frivillig samfinansiering

Samfinansiering av leveranseoppgaver for de nasjonale e-helseløsningene kan enten være obligatorisk eller frivillig.

- Obligatorisk samfinansiering betyr at alle virksomhetene i en definert gruppe må betale. Denne gruppen kan variere fra tilfelle til tilfelle. To hovedtyper av obligatorisk samfinansiering er samfinansiering der alle potensielle brukere av en løsning må betale, og samfinansiering der bare de faktiske brukerne betaler. Samfinansiering kan gjøres obligatorisk gjennom ulike virkemidler; for eksempel gjennom forskrift, vedtekter, tildelingsbrev o.l. Obligatorisk samfinansiering der bare de faktiske brukerne av løsningen betaler, kan etableres som et kunde-leverandørforhold, uten ytterligere regulering/styring.
- Frivillig samfinansiering betyr at hver enkelt aktør kan velge hvorvidt de vil betale for tjenesten eller ikke. Det vil si at brukere av en tjeneste kan velge å ikke betale, mens en aktør som ikke bruker en tjeneste, i teorien kan velge å likevel betale for tjenesten.

Obligatorisk finansiering er generelt administrativt enkelt og forutsigbart for de som omfattes av betalingen. Det kan likevel oppleves som urimelig dersom tjenesten ikke benyttes av aktørene som pålegges å betale. Frivillig samfinansiering er mer ressurskrevende å administrere og gir liten forutsigbarhet for tjenesteeier. Ved frivillig samfinansiering vil det ofte være mye arbeid for å få aktørene til å bidra med midler, og det er krevende å binde aktørene til å bidra over tid. Det vil være en betydelig risiko for at ordningen forvitrer dersom ikke alle involverte aktører bidrar i samme grad. Manglende forutsigbarhet gjør at frivillig samfinansiering er mindre egnet for forvaltning, drift og vedlikehold av en løsning over tid. Frivillig samfinansiering kan, som obligatorisk samfinansiering, også oppleves som urimelig fordi noen bærer en større kostnad enn andre.

Hvem som bør være omfattet i en modell for obligatorisk samfinansiering er nært knyttet til om de nasjonale e-helseløsningene er obligatoriske eller frivillige i bruk. I direktoratets leveranse om IKT-organisering har direktoratet anbefalt hvilke leveranseoppgaver som bør inngå i en obligatorisk «felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester». Obligatorisk bruk av leveranseoppgaver i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester bør følges av obligatorisk betaling fra alle de potensielle brukerne, uavhengig av om brukerne faktisk har implementert (etter en frist). Dette vil sikre at løsningene implementeres og brukes, at alternative løsninger avvikles og at gevinster kan realiseres.

Leveranseoppgaver som ikke er definert som en del av felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester bør være frivillige i bruk. Dette vil typisk være tjenester hvor behovene varierer mellom aktørene, eller hvor det finnes alternative løsninger i markedet. Leveranseoppgaver som ikke er definert som en del av felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester (ikke obligatoriske i bruk) men som likevel er egnet for samfinansiering, bør finansieres tjeneste for tjeneste gjennom obligatorisk samfinansiering for faktiske brukere, basert på tjenestekjøp med tilhørende prising.

Leveranseoppgaver som er definert som del av felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester bør som hovedregel finansieres gjennom obligatorisk samfinansiering fra virksomhetene i sektoren. I forbindelse med etablering av felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester må det formelle grunnlaget for at innholdet er obligatorisk i bruk og i finansiering sikres. Dette må utredes nærmere.

Leveranseoppgaver som ikke er definert som del av felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester bør som hovedregel finansieres gjennom tjenestekjøp med tilhørende prising, det vil si en modell med obligatorisk samfinansiering for faktiske brukere.

2.2.1.3 Betaling gjennom faktura eller nedtrekk på budsjettammer justering av satser

Betalingen i samfinansieringsmodeller (uavhengig av om det er frivillig eller obligatorisk samfinansiering) kan innrettes på flere måter:

- Samfinansiering kan skje ved at aktørene får redusert sine budsjettammer (der det er mulig) eller ved at det skjer en form for sentralt oppgjør (justering i satser eller lignende). Dette innebærer at de som finansierer aldri hverken «ser pengene» eller eksponeres for en faktura for de tjenestene de betaler for. De reduserte rammene for brukerne overføres til den som har kostnadene ved e-helseløsningene.
- Samfinansiering kan skje ved at brukerne eksponeres for en faktura for løsningene de betaler for. Fakturaen betales over brukernes egne budsjetter til den aktøren som har kostnadene ved e-helseløsningene.

Generelt vil betaling etter faktura medføre en større administrativ byrde enn nedtrekk på rammer. Betaling gjennom faktura synliggjør imidlertid en kunde-leverandørrelasjon (også selv om betalingen er obligatorisk) og gir mulighet for transparens. I en betalingsmodell som omfatter både budsjettfinansierte aktører og privatfinansierte aktører vil det uansett være behov for at deler av brukergruppen mottar fakturaer. Den administrative kostnaden ved fakturering kan i dette tilfelle begrenses, fordi sektoren allerede er eksponert for fakturering for Helsenettet. Denne faktureringen bør samordnes med fakturering for andre e-helseløsninger.

Betalingen i en samfinansieringsmodell bør som hovedregel skje gjennom faktura. Dersom særlige hensyn tilsier det kan det åpnes for nedtrekk på budsjettammer eller justering i relevante satser.

2.2.1.4 En rekke tjenestespesifikke finansieringsmodeller eller én felles finansieringsmodell

Individuelle finansieringsmodeller for hver enkelt løsning gir størst mulighet til å utarbeide optimale modeller. Samtidig gir mange modeller opphav til administrative kostnader, og det kan også oppleves som lite transparent for brukerne.

Én felles modell for mange løsninger er administrativ enkel og forutsigbar når den først er etablert. Én modell vil også være skalerbar i betydningen at lignende nye løsninger enkelt kan tas opp i modellen, dersom oppgaven eller løsningen har fellestrekk med løsningene som allerede inngår i modellen. Én modell vil også være transparent, dersom det synliggjøres hvilke spesifikke tjenester og kostnader som omfattes av betalingen i modellen. Så lenge løsningene som er omfattet har felles egenskaper knyttet til hvordan og av hvem de brukes, vil det ikke være en betydelig ulempe at finansieringsmodellen ikke blir helt optimal for enkeltløsningene.

Leveranseoppgavene som defineres inn i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester vil ha en rekke fellestrekk; alle løsningene vil bære preg av å være en felles infrastruktur for sektoren, som alle aktører i helsevesenet skal benyttes seg av. For obligatorisk samfinansiering av leveranseoppgaver i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester ligger det derfor til rette for å etablere én felles

betalingsmodell som gjelder hele det aktuelle tjenestespekteret for alle obligatoriske brukere.

Leveranseoppgaver som ikke er en del av felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester (ikke er obligatoriske i bruk) vil i hovedsak måtte dekkes av obligatorisk samfinansiering for faktiske brukere (*frivillig kjøp*), og prises særskilt i hvert enkelt tilfelle. Riktig prising er avgjørende for å gi riktig implementering og bruk, og prisingen må derfor avgjøres enkeltvis for hver enkelt tjeneste. Det bør fastsettes priser som gjør at kostnadene dekkes over tid. Dersom tjenestene også selges til aktører utenfor statlig sektor, må prisene være satt på markedsmessige vilkår. Dersom bruken av tjenesten ikke er tilstrekkelig til å forsvare kostnadene, bør tjenesten avvikles.

Det bør etableres én felles betalingsmodell for alle obligatoriske brukere av leveranseoppgaver som omfattes av felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester, for å unngå for mange parallelle modeller med tilhørende administrative kostnader.

Leveranseoppgaver utenfor felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester som hovedregel bør prises på selvstendig grunnlag i ordinære tjenestekjøpsmodeller.

2.2.1.5 Ulike fordelingsnøkler ved samfinansiering

I utgangspunktet kan kostnader i en (felles) samfinansieringsmodell fordeles etter en rekke ulike nøkler. Følgende fordelingsnøkler kan være aktuelle:

- Udifferensiert fordelingsnøkkel; det vil si at alle betaler det samme (flat sats)
- Differensierte fordelingsnøkler; det vil si at betalingen reflekterer forskjeller mellom brukerne for eksempel:
 - i. Størrelsesfordelt: For eksempel budsjettstørrelser, pasientgrunnlag eller lignende.
 - ii. Bruksfordelt: Faktisk/antatt bruk (input/output), for eksempel antall transaksjoner, meldinger eller lignende.
- Kombinasjoner av de to ovennevnte

Ideelt sett bør en fordelingsnøkkel være så robust at det er mulig å ta inn nye oppgaver og tjenester uten at nøkkelen må endres. Dette gjør modellen skalerbar, forutsigbar og enkel å administrere når den først er etablert. Det finnes ikke en fordelingsnøkkel som enkelt kan skalere mellom alle obligatoriske brukere, på tvers av forvaltningsnivåer, private og offentlige tjenesteleverandører og ulike tjenestetilbydere. Fordelingsnøkkelen som ligger bak medlemskapsavgiften i Norsk Helsenett ivaretar dels størrelse, ved at det er lavere avgift for mindre brukere (for eksempel betaler et RHF mer enn en fysioterapeut). Likevel er avgiften dels lite differensiert innenfor én og samme gruppe (for eksempel betaler et lite fastlegekontor like mye som et stort fastlegekontor).

Å fordele kostnader basert på innbyggerantall i kommuner og RHF (innbyggerantall i opptaksområdet) er en enkel modell som ivaretar størrelsesforskjeller. Fordelingsnøkkelen

er mer krevende å anvende på andre brukere, som fastleger, avtalespesialister, private sykehus og apotek. For slike aktører bør det søkes å finne enkle nøkler som tar utgangspunkt i størrelsen på pasientgrunnet. Dette må utredes nærmere. For å forenkle modellen og redusere administrasjonskostnaden, er det en mulighet at kommunene betaler på vegne av hele primærhelsetjenesten (inkludert fastleger) og RHF-ene betaler på vegne av hele spesialisthelsetjenesten (inkludert avtalespesialister). Det kan videre etableres løsninger for at kommuner og RHF kan fordele kostnaden videre. For eksempel kan det gjøres justeringer i basistilskuddet til fastlegene. Tilsvarende kan det gjøres justeringer i avtalene RHF-ene har med avtalespesialistene.

En slik fordelingsnøkkel er også fleksibel i den forstand at den kan tilpasses ulike e-helse-løsningers bruksmønster. Dersom en nasjonal løsning for eksempel utelukkende omfatter bruk i kommunesektoren, kan finansieringsandelen til spesialisthelsetjenesten settes til null. Kommunesektoren fordeler da kostnadene seg imellom etter innbyggere. Tilsvarende gjelder for løsninger som kun omfatter bruk i spesialisthelsetjenesten, eller for løsninger som har «skjevt» bruksmønster mellom sektorene (for eksempel 30-70 fordeling av bruk/kostnader).

Fordelingsnøkkelen i én felles betalingsmodell for leveranseoppgaver bør være differensiert, og reflektere variasjon mellom brukerne og bruksmønstre. Hensynet til enkelhet, transparens og rimelig økonomisk fordeling bør tillegges vekt ved valg av fordelingsnøkkel.

Innbyggerantall er den mest egnede fordelingsnøkkelen mellom RHF-ene og kommunene. Private aktører bør betale etter egne nøkler, som må utredes særskilt når det er avklart hvilke oppgaver og tjenester som inngår i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester.

Fordelingsnøkkel basert på innbyggertall avviker fra den fordelingsmodellen som i dag ligger bak medlemskapsavgiften i Norsk Helsenett. Det bør over tid skje en harmonisering av fordelingsnøkklene.

2.2.1.6 Anvendelse av prinsippene

I hvilken grad finansieringsprinsippene kan etterleves vil være avhengig av organisasjonsformen til den virksomheten som utfører leveranseoppgavene. Et direktorat har et begrenset økonomisk handlingsrom enn sammenlignet med et foretak.

Et utgangspunkt for vurderingen av finansieringsmodeller for leveranseoppgaver er at leveranseoppgaver som hovedregel skal løses av nasjonal leverandørfunksjon organisert i foretaksform, jf. direktoratets leveranse om IKT-organisering. Direktoratet anbefaler i leveransen om IKT-organisering at nasjonal tjenesteleverandør i et langsiktig perspektiv bør være den profesjonelle tjenesteintegratoren som utvikler, forvalter og drifter alle nasjonale løsninger. Finansieringsprinsippene slik de er drøftet over bør så langt som mulig legges til grunn for leveranseoppgaver som tilligger nasjonal leverandørfunksjon.

I det følgende beskrives anbefalinger til finansieringsmodeller for leveranseoppgaver fra nasjonal leveransefunksjon basert på anvendelse av de anbefalte finansieringsprinsippene. Oppsummert er prinsippene som legges til grunn følgende:

- Leveranseoppgaver for de nasjonale e-helseløsningene bør som hovedregel samfinansieres av sektoren.
- Leveranseoppgaver som er definert som *del av felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester* bør som hovedregel finansieres gjennom obligatorisk samfinansiering fra virksomhetene i sektoren.
 - i. Det bør etableres én felles betalingsmodell for alle obligatoriske brukere av leveranseoppgaver som omfattes av felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester.
 - ii. Fordelingsnøkkelen i én felles betalingsmodell bør være differensiert, og reflektere variasjon mellom brukerne.
 - iii. Betalingen i én felles betalingsmodell bør som hovedregel skje gjennom faktura.
- Leveranseoppgaver som *ikke er en del av felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester* (ikke er obligatoriske i bruk) vil i hovedsak måtte dekkes av obligatorisk samfinansiering for faktiske brukere (frivillig kjøp), og prises særskilt i hvert enkelt tilfelle.

2.2.1.7 Implikasjoner for nasjonal styringsmodell

Den nasjonale styringsmodellen bør brukes som mekanisme for prioritering av e-helse tiltak. Finansieringsbehov og -finansieringsmodell bør avklares som en del av behandlingen i de styrende organer. Dette sikrer sammenheng mellom prioritering og finansiering.

Når det foreslås at finansiering skal inngå som en del av en prioriteringsbeslutning medfører det et behov for å videreutvikle den nasjonale styringsmodellen, blant annet gjennom følgende arbeid:

- Det må gjøres en gjennomgang av hvordan prioriteringsbeslutninger i de nasjonale foraene skal samordnes med andre beslutningsprosesser og -arenaer, både for kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten og andre berørte aktører. Den nasjonale styringsmodellen for e-helsetiltak bør så langt som mulig støtte seg på etablerte prosesser og arenaer, og bidra til å sikre effektive og gode beslutninger.
- Det bør i gjøres en gjennomgang av sammensetningen av de nasjonale foraene for å sikre de ulike aktørene innflytelse i prioriteringen av e-helsetiltak.

Det anbefales at det iverksettes et arbeid med å videreutvikle den nasjonale styringsmodellen parallelt med arbeidet med finansieringsmodeller. Dette arbeid må ses i sammenheng med oppfølgingen av arbeidet knyttet til IKT-organisering.

2.2.2 Finansieringsmodeller for leveranseoppgaver i felles grunnmur for digitale tjenester med tilhørende basistjenester

Finansieringsmodeller for leveranseoppgaver omfatter finansiering av utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold av e-helseløsninger.

2.2.2.1 Finansiering av store utviklingsprosjekter²

Noen forestående store utviklingsprosjekter innenfor e-helse (for eksempel deler av Én innbygger én journal) krever betydelig finansiell kapasitet. For å opprettholde et tempo i digitaliseringen av sektoren og kunne bære store løft, må finansieringsmodellene håndtere slike store engangskostnader som gjerne oppstår tidlig i et livsløp (pukkelkostnader).

Det kan være utfordrende for sektoren å samfinansiere utvikling av store e-helseløsninger før det er mulig å realisere gevinster (likviditetsutfordringer). Jo større denne utfordringen er, desto større er behovet for å finne andre finansieringsmekanismer enn dagens. Finansieringsmodellene i det langsiktige målbildet må derfor ivareta likviditetsbehov ved utvikling av e-helseløsninger med særlig omfattende investeringskostnader. Det er videre slik at e-helseløsninger i mange sammenhenger utløser kvalitative gevinster, og ikke nødvendigvis effektivitetsgevinster. Selv etter innføring av løsningen vil det da ikke frigjøres midler i sektoren som kan benyttes til å betale for løsningen. Slike forhold kan få betydning for hvor stor andel av løsningen sektoren bør finansiere (kan settes mindre enn 100 prosent), og hvilket bidrag staten sentralt bør stå for. Alternativt kan budsjettene til virksomhetene styrkes.

Finansiering av likviditetsbehov

Likviditetsbehov for store utviklingsprosjekter som tilligger en nasjonal leverandørfunksjon bør håndteres ved å gi leverandørfunksjonen tilstrekkelig egenkapital eller en form for låneordning i statskassen. Slik låneordning er for eksempel etablert i tilsvarende virksomheter som Norsk Helsenett SF og RHF-ene/HF-ene.

Dette forutsetter at nasjonal leverandørfunksjon organiseres i en foretaksform (selvstendig rettssubjekt), slik direktoratet anbefaler i leveransen om IKT-organisering. Selvstendige rettssubjekt omfattes ikke av Stortingets bevilgningsmyndighet, og kan uavhengig av reglene i statens bevilgnings- og budsjettssystem disponere over midler det har fått tilført fra staten eller selv har tjent. Generelt vil en slik organisasjonsform gi tiltakseier mer fleksibilitet gjennom å kunne disponere overskudd og underskudd på tvers av budsjettår, aktivere og avskrive i regnskapet og ta opp lån. Dette er egenskaper som er fordelaktige i finansieringsøyemed.

Egenkapitalen eller lånemuligheten bør fastsettes etter en nærmere gjennomgang av hvilke utviklingsprosjekter som bør omfattes av en slik ordning. Tiltak i forbindelse med realisering av Én innbygger én journal er eksempler på investeringer som kan tenkes å omfattes av slik ordning. Egenkapitalen eller lånemuligheten bør både kunne brukes til investeringer i forbindelse med nyutvikling, og til å «kjøpe ut» lokale løsninger som viser seg å være egnet som nasjonale løsninger. Det siste for å sikre at lokale initiativ ikke

² Utviklingsprosjekter omfatter alle former for anskaffelser av e-helseløsninger.

hindres som følge av en sentral finansieringsmodell. Slike «utkjøp» må besluttes på lik linje med og etter samme prosesser som nyinvesteringer.

Det er i kommunesektoren og i regi av KS etablert et «Kommunalt digitaliseringsfond». Fondet brukes til å dekke utviklingskostnader for kommunale IKT-prosjekter av nasjonal betydning, og det er et kriterium at løsningene som prosjektene utvikler i utgangspunktet vil være tilgjengelig for alle kommuner og fylkeskommuner. Kapital tilbakeføres i takt med realisering av prosjekter. Betalingsmekanismen er innrettet slik at den hindrer at et fåtall kommuner og fylkeskommuner alene bærer utviklingskostnader på vegne av fellesskapet. Dette kommunale fondet har mange likhetstrekk med ordningen som her foreslås for finansiering av e-helseløsninger. Som et ledd i arbeidet med å operasjonalisere finansieringsmodeller for e-helseløsninger vil det innhentes erfaringer fra etableringen av dette fondet og se på hvordan disse to ordningene kan virke sammen..

Helse- og omsorgsdepartementet beslutter investeringer i nasjonal portefølje for e-helsetiltak og gir oppdrag til nasjonal leverandørfunksjon. Formelt sett vil egenkapital ligge til nasjonal leverandørfunksjon (foretaket). Den nasjonale styringsmodellen bør brukes som mekanisme for prioritering og fordeling av midler til e-helsetiltak som finansieres gjennom denne modellen. Eventuelle behov for styringsmessige endringer i de nasjonale foraene for at disse skal kunne ha en slik funksjon, må utredes nærmere. For å sikre nasjonal styring er det antagelig hensiktsmessig at nasjonal leverandørfunksjon gjennom vedtektene er begrenset til å benytte egenkapitalen til investeringer i tjenester som er prioritert gjennom den nasjonale styringsmodellen. De styringsmessige detaljene for å ivareta styringen og disponeringen av midlene må utredes nærmere.

Samfinansiering av utviklingskostnaden gjennom årlige investeringsavdrag

Ettersom utviklingsoppgaver obligatorisk skal samfinansieres av sektoren, innebærer dette at sektoren tilbakebetaler til foretakets egenkapital (eventuelt nedbetaler foretakets lån) over løsningsenes levetid. Med andre ord samfinansieres utviklingskostnaden i disse tilfellene etterskuddsvis gjennom årlige investeringsavdrag.

Sektoren samfinansierer som hovedregel hele utviklingskostnaden (100 prosent). Dette betyr at sektoren tilbakebetaler til foretakets egenkapital eller nedbetaler foretakets lån over løsningsenes levetid. Det bør vurderes om staten skal dekke deler av investeringskostnadene ved overføringer over statsbudsjettet for store nasjonale utviklingsprosjekter, jf. Meld. St. 27 (2015-2016) Digital agenda for Norge. Det innebærer at tilbakebetalingen til egenkapitalen settes lavere enn 100 prosent. De årlige investeringsavdragene samordnes med betalingen for forvaltning, drift og vedlikehold (se punkt 2.2.2.3).

Anbefaling

<i>Langsiktig målbidde, finansiering av likviditetsbehov og utviklingskostnader i store leveranseoppgaver i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte</i>	Finansiering av <i>likviditet</i> knyttet til store utviklingsprosjekter (pukkelkostnader) bør som hovedregel løses gjennom at nasjonal leverandørfunksjon (foretaksorganisert) får statlig innskutt egenkapital, subsidiært statlig lånemulighet, som benyttes til utvikling av nasjonale e-helseløsninger. <ul style="list-style-type: none">• Størrelsen på egenkapitalen eller lånemuligheten bør fastsettes etter en nærmere gjennomgang av hvilke utviklingsprosjekter som bør omfattes av en slik ordning.
---	---

basistjenester:

- Den nasjonale styringsmodellen bør brukes som mekanisme for prioritering og fordeling av midler til e-helsetiltak der likviditeten finansieres gjennom denne modellen. Finansieringsbehov og -finansieringsmodell avklares som en del av behandlingen i de styrede organer. Dette sikrer sammenheng mellom prioritering og finansiering.
- Det må gjøres en gjennomgang av hvordan prioriteringsbeslutninger i de nasjonale foraene skal samordnes med andre beslutningsprosesser og -arenaer.
- Det bør gjøres en gjennomgang av sammensetningen av de nasjonale foraene for å sikre de ulike aktørene innflytelse i prioriteringen av e-helsetiltak.

Utviklingskostnaden i store utviklingsprosjekter bør som hovedregel fullfinansieres gjennom en obligatorisk samfinansieringsmodell:

- Utviklingskostnadene finansieres over tjenestenes levetid. Det vil si at sektoren tilbakebetaler utviklingskostnadene gjennom etterskuddsvise investeringsavdrag, og slik at egenkapitalen i nasjonal leverandørfunksjon i utgangspunktet opprettholdes (lånet nedbetales).
- Det bør likevel vurderes om staten skal dekke deler av investeringskostnadene ved overføringer over statsbudsjettet for store nasjonale utviklingsprosjekter, jf. Meld. St. 27 (2015-2016) Digital agenda for Norge. Det betyr at tilbakebetalingen til egenkapitalen settes lavere enn 100 prosent. I forbindelse med nye, større tiltak kan satsingsforslag brukes til å øke egenkapitalen i leveranseforetaket.
- Det bør også vurderes om stort omfang av kvalitative gevinster tilsier at deler av kostnadene bør bæres av staten sentralt.
- Innbyggerantall benyttes som fordelingsnøkkel for kostnadene, slik at både RHF-ene og kommunene betaler et gitt beløp per innbygger de har ansvar for. Private aktører betaler i henhold til egen nøkkel. Betaling skjer enten gjennom faktura fra nasjonal leverandørfunksjon eller gjennom nedtrekk på ramme, avhengig av hva som er mest hensiktsmessig.

2.2.2.2 Finansiering av mindre utviklingsprosjekter

Noen utviklingsprosjekter medfører mindre omfattende investeringskostnader (for eksempel videreutvikling av tjenester i dagens portefølje). For mindre prosjekter er det

enkler for sektoren å samfinansiere engangskostnadene gjennom dagens finansieringsmekanismer, for eksempel ved omprioritering innenfor de årlige budsjettene.

Finansiering av likviditetsbehov

Likviditetsbehov for mindre utviklingsprosjekter som tilligger en nasjonal leverandørfunksjon bør håndteres ved at sektoren samfinansierer over egne budsjetter i forkant av at investeringskostnaden påløper. Den nasjonale styringsmodellen bør, som for store utviklingsprosjekter, også brukes som mekanisme for prioritering av hvilke e-helsetiltak som finansieres gjennom denne modellen. Det bør årlig besluttes en prosjektportefølje som skal gjennomføres, og fastsettes størrelsen på investeringsbidraget som er nødvendig for å realisere denne porteføljen.

Samfinansiering av utviklingskostnaden gjennom årlige investeringsbidrag

Sektoren samfinansierer som hovedregel hele utviklingskostnaden (100 prosent). Sektoren samfinansierer utviklingskostnader forskuddsvis gjennom årlige investeringsbidrag. Der det er hensiktsmessig kan satsingsforslag benyttes til å redusere innsatsen fra sektoren. De årlige investeringsbidragene samordnes med betalingen for forvaltning, drift og vedlikehold (se punkt 2.2.2.3).

I motsetning til modellen for store og komplekse investeringsprosjekter finansieres utviklingskostnaden dermed over en mye kortere tidsperiode, og i forkant av investeringen.

Anbefaling

<i>Langsiktig målbilde, finansiering av likviditetsbehov og utviklingskostnader i mindre leveranseoppgaver i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester:</i>	<p>Utviklingskostnaden i mindre utviklingsprosjekter finansieres løpende over sektorens årlige budsjetter:</p> <ul style="list-style-type: none">• Utviklingskostnadene finansieres forskuddsvis gjennom årlige investeringsbidrag.• Den nasjonale styringsmodellen bør brukes som mekanisme for prioritering av hvilke e-helsetiltak som finansieres gjennom denne modellen. Det bør årlig besluttes en prosjektportefølje som skal gjennomføres, og fastsettes størrelsen på investeringsbidraget som er nødvendig for å realisere denne porteføljen. Dette sikrer sammenheng mellom prioritering og finansiering.• Det må gjøres en gjennomgang av hvordan prioriteringsbeslutninger i de nasjonale foraene skal samordnes med andre beslutningsprosesser og -arenaer.• Det bør i gjøres en gjennomgang av sammensetningen av de nasjonale prioriteringsforaene for å sikre de ulike aktørene innflytelse i prioriteringen av e-helsetiltak.• Innbyggerantall benyttes som fordelingsnøkkel for kostnadene, slik at både RHF-ene og kommunene betaler et gitt beløp per innbygger de har ansvar for. Private aktører
--	---

	<p>betaler i henhold til egen nøkkel. Betaling skjer enten gjennom faktura fra nasjonal leverandørfunksjon eller gjennom nedtrekk på ramme, avhengig av hva som er mest hensiktsmessig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satsingsforslag kan brukes til å redusere investeringsbidragene der det er hensiktsmessig.
--	--

2.2.2.3 Finansiering av forvaltning, drift og vedlikehold

Samfinansiering av forvaltning, drift og vedlikehold

I henhold til finansieringsprinsippene etableres det en obligatorisk samfinansieringsmodell for forvaltning, drift og vedlikehold knyttet til leveranseoppgaver i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester. Modellen omfatter som hovedregel fullfinansiering (100 prosent) av kostnadene, og kostnadene fordeles etter innbyggerantall for kommuner og RHF-er og selvstendige nøkler for andre aktører. Dette betyr i praksis at totalkostnadene først fordeles slik at RHF-ene samlet og kommunene samlet betaler like mye, og deretter at RHF-enes totalbetaling og kommunenes totalbetaling fordeles på henholdsvis RHF-ene og kommunene basert på antall innbyggere de har ansvar for. Samtlige RHF-er og samtlige kommuner inngår i finansieringen. Den initielle fordelingen mellom sektorene bør likevel (som for utviklingskostnadene) reflektere det overordnede bruksmønsteret ved den aktuelle løsningen. Dersom løsningen utelukkende omfatter bruk i kommunesektoren, bør kostnaden i sin helhet fordeles mellom kommunene, og motsatt.

Forvaltning, drift og vedlikehold faktureres sektoren løpende sammen med det årlige investeringsavdraget eller investeringsbidraget.

Anbefaling

<i>Langsiktig målilde, finansiering av forvaltning, drift og vedlikehold av leveranse-oppgaver</i>	Som hovedregel bør det være obligatorisk samfinansiering av forvaltning, drift og vedlikehold (100 pst) av nasjonale tjenester i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester. Samtlige RHF-er og samtlige kommuner inngår i finansieringen. I tillegg bør private virksomheter som bruker løsningene bidra med
--	---

i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester

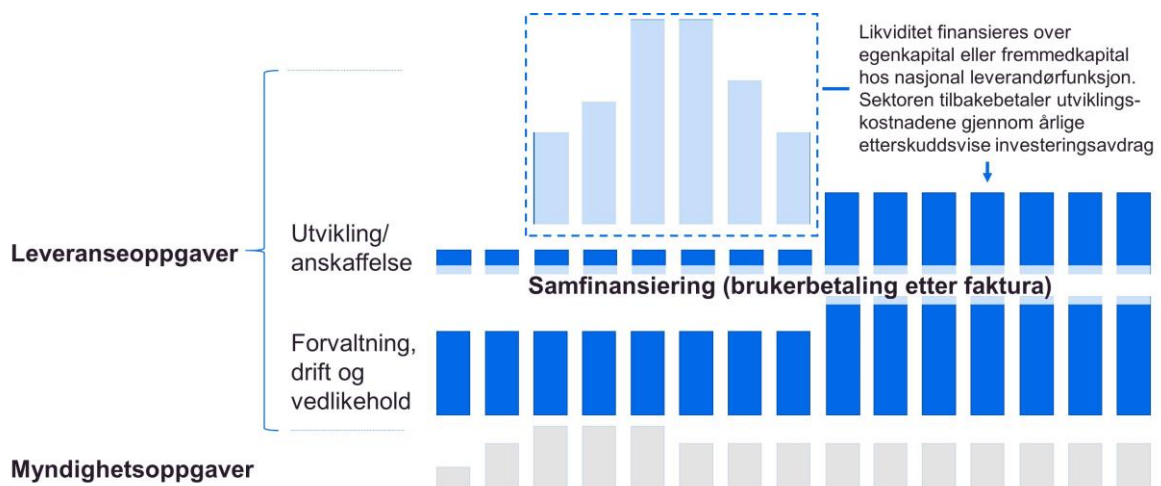
finansiering.

Innbyggerantall benyttes som fordelingsnøkkel. Private aktører betaler i henhold til egen nøkkel. Betaling skjer enten gjennom faktura fra nasjonal leverandørfunksjon eller gjennom nedtrekk på ramme, avhengig av hva som er mest hensiktsmessig.

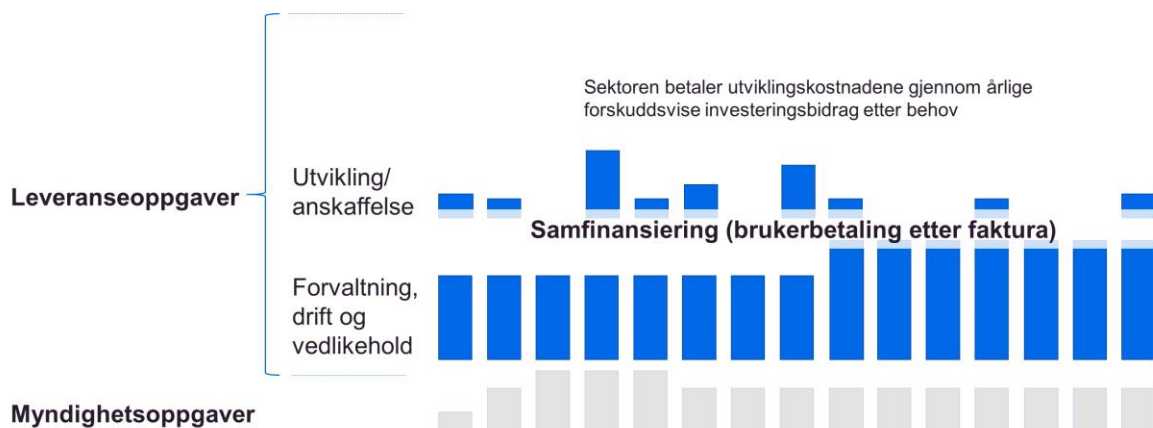
2.2.2.4 Implementering

Oppsummert kan det langsiktige målbildet for finansieringsmodeller av leveranseoppgaver i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester illustreres som i **Feil! Fant ikke referanseilden.** og **Feil! Fant ikke referanseilden..**

Figur 2-3: Illustrasjon av samfinansieringsmodell for store utviklingsprosjekter



Figur 2-4: Illustrasjon av samfinansieringsmodell for mindre utviklingsprosjekter



Det anbefales at det langsiktige målbildet med obligatorisk samfinansiering av utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold av leveranseoppgaver i felles grunnmur for digitale tjenester implementeres gjennom en femårsperiode.

De konkrete beløpene til investeringsavdragene eller -bidragene samt tilhørende kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold avklares årlig. Et vesentlig premiss med den obligatoriske samfinansieringsmodellen er at den må være forpliktende å følge opp. Dette for å skape en gjensidig forutsigbarhet og trygghet for alle parter om at finansieringen er sikret for de prioriterte prosjektene. En slik forpliktelse kan implementeres på flere måter. En mulighet er å utarbeide en forskrift som regulerer partenes forpliktelser. Alternativt kan de årlige budsjettprosessene brukes til å øremerke midler til investeringsavdragene eller -bidragene samt tilhørende kostnader til forvaltning, drift og vedlikehold for de aktuelle prosjektene.

Forslagene til samfinansieringsmodeller for utviklingsprosjekter kan gi noen praktiske implikasjoner for hvordan kommuner fører sine utgifter (driftsbudsjett vs. investeringsbudsjett). Det bør gjøres en nærmere avklaring av de praktiske implikasjonene, herunder omfang og potensielle tiltak for å minimere eventuelle ulemper.

Forslaget til samfinansieringsmodeller for e-helseløsningene innebærer videre at kommunenes midler til dette trekkes ut av kommunenes samlede digitaliseringsportefølje. Dette utfordrer kommunenes mulighet til å tenke helhetlig om digitaliseringsløsninger på tvers av sektorer og fagområder. Det bør søkes å finne samarbeidsmetoder som ivaretar at kommunene må vurdere investeringene i e-helseløsningene i en større sammenheng.

2.2.3 Finansieringsmodeller for leveranseoppgaver utenfor felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester

Leveranseoppgaver som ikke er en del av felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester (ikke er obligatoriske i bruk) vil i hovedsak måtte dekkes av obligatorisk samfinansiering for faktiske brukere (frivillig kjøp), og prises særskilt i hvert enkelt tilfelle.

Det bør fastsettes priser som gjør at kostnadene dekkes over tid. Dersom tjenestene også selges til aktører utenfor statlig sektor, må prisene være satt på markedsmessige vilkår. Dersom bruken av tjenesten ikke er tilstrekkelig til å forsvare kostnadene, bør tjenesten avvikles. En slik prisingsmodell gir incentiver til utvikling og implementering av tjenestene hos brukere som har behov for tjenestene.

Anbefaling

Langsiktig målbilde, finansiering av utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold av leveranseoppgaver utenfor felles grunnmur

Full samfinansiering (frivillig kjøp) av utvikling, drift, forvaltning og vedlikehold for tjenesteleveranser som ikke inngår i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester, gjennom at aktører som benytter løsningene eksponeres for en pris, som er satt slik at de fulle kostnadene dekkes over tid.

*for digitale tjenester
med utvalgte
basistjenester*

Betaling skjer gjennom faktura fra nasjonal leverandørfunksjon.

2.3 Midlertidige finansieringsløsninger i en overgangsfase

Prinsippene og modellene i det langsiktige målbildet for finansiering bør implementeres gradvis over tid. Det anbefales som nevnt at det langsiktige målbildet implementeres gjennom en femårsperiode. I påvente av beslutninger og utforming av nye modeller bør det etableres midlertidige løsninger i en overgangsfase. Midlertidige løsninger bør, så langt det lar seg gjøre, både bygge på eksisterende strukturer og være steg på veien til finansieringsmodellene som inngår i målbildet. Dette for å gjøre overgangen så smidig som mulig, samt å minimere administrasjonskostnader for alle parter knyttet til endringene.

Dette innebærer at finansieringen av både myndighetsoppgaver og leveranseoppgaver i en overgangsfase vil være sammensatt av egenfinansiering, frivillig og obligatorisk samfinansiering, men utvikle seg i retning av økt grad av egenfinansiering for myndighetsoppgaver og obligatorisk samfinansiering for leveranseoppgaver.

Det anbefales at det igangsettes kortsiktige tiltak for å nærme seg det langsiktige målbildet, og samtidig ivareta behovet for tempo i utviklingen av nasjonale e-helseløsninger. Slike tiltak kan for eksempel være samfinansiering gjennom å bruke styringsdialogen til å øremerke midler i budsjett, eller videreutvikling av konsepter for å øke frivillig samfinansiering med flere. Direktoratet for e-helse vil komme nærmere tilbake til dette i forbindelse med videre dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.

Nasjonale løsninger som allerede er utviklet og utvikles av direktoratet i en overgangsfase, bør som en hovedregel leveres over til nasjonal leverandørfunksjon når løsningen er i en driftsfase, og følge deres etablerte betalingsmodeller.

Overgangsfasen må benyttes til å klargjøre oppgaver og tydeliggjøre hvilke kostnader som tilhører hvilke oppgaver, da dette er en forutsetning for å rendyrke ulike modeller for ulike oppgavetyper.

3 Bruk av finansiering som virkemiddel

Finansielle virkemidler (insentiver og sanksjoner) brukes i dag i liten grad for å stimulere digitalisering. Ordninger som finansierer virksomhetene i sektoren kan imidlertid vurderes tilpasset slik at de har gode insentivstrukturer også for digitalisering. Direktoratet for e-helses rolle i å ivareta e-helseperspektivet i utforming av sektorens finansieringsordninger er i dag for svak.

Anbefalinger:

- Direktoratet for e-helse bør bidra aktivt i gjeldende prosesser for utforming av finansieringsordninger som treffer virksomhetene^[1] for å synliggjøre konsekvenser for e-helseområdet. Den gjeldende ansvars plasseringen for forvaltningen av disse ordningene foreslås ikke endret, men Direktoratet for e-helse bør få definert en aktiv rolle inn i de pågående prosessene på direktoratsnivå. Dette for å ivareta e-helseperspektivet i utformingen, og når det er formålstjenlig bruke ordningene til å gi virksomhetene finansielle insentiver til digitalisering.
- Direktoratet for e-helse bør gis anledning til å bidra aktivt inn i prosessen med å prioritere og utforme tilskuddsordninger for å ivareta e-helseperspektivet

^[1] Normaltariffen, tilskuddsordninger

4 Behov for videre arbeid med finansieringsmodeller for e-helse

Dersom Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å realisere målbildet som er anbefalt i dette notatet, er det flere oppgaver som må gjennomføres. Oppgavene må løses dels av departementet og dels av Direktoratet for e-helse. Arbeidet bør til dels skje i nært samarbeid mellom departementet og direktoratet.

Følgende oppgaver er sentrale:

- Konkretisering av innholdet i myndighetsoppgaver og leveranseoppgaver, konkretisering av hvilke leveranseoppgaver som inngår i felles grunnmur for digitale tjenester med utvalgte basistjenester.
- Vurdering av hvorvidt tjenester skal være obligatoriske i bruk og hvordan i så fall dette skal implementeres, med bruk av virkemidler som forskrift og målstyring.
- Eventuelt utforming av nødvendige lover og forskrifter.
- Vurdere hvordan en nasjonal leverandørfunksjon kan tilføres likviditet, enten i form av egenkapital eller tilgang på fremmedkapital, og hvordan risiko knyttet til kapitalen skal håndteres.
- Vurdere hvilke investeringer som har behov for slik likviditet, blant annet for å identifisere forventet behov for størrelse på egenkapitalen eller fremmedkapitalen.
- Konkretisering av hvordan den nasjonale styringsmodellen skal samordnes med andre beslutningsprosesser og -arenaer, både for kommunesektoren, spesialisthelsetjenesten og andre berørte aktører.
- Konkretisering av hvordan styring av en nasjonal leverandørfunksjon kan ivareta god kobling mellom nasjonal styringsmodell (herunder prioritering av nasjonal portefølje) og den nasjonale leverandørfunksjonens disponering av egenkapital til investeringer.
- Utarbeidelse av et «veikart» for arbeidet med finansieringsmodeller som detaljerer en plan for veien til det avklarte langsiktige målbildet. Dette arbeidet må skje i nært samarbeid med pågående prosesser om organisering av nasjonal leverandørfunksjon. Utarbeidelse av konkret fremdriftsplan for arbeid med implementering av likviditet for utviklingsoppgaver, arbeid med implementering av obligatorisk samfinansiering av leveranseoppgaver og arbeid med implementering av egenfinansiering for myndighetsoppgaver.

VEDLEGG

Vedlegg 1 Oversikt over eksterne leveranser

Konsulentselskapet Oslo Economics AS og Agenda Kaupang AS har vært engasjert for å bistå i direktoratets analyser av finansieringsmodeller. Det er så langt levert tre analysearbeider:

- Finansieringsmodeller e-helse. (Rapport 2017-6, mars 2017): Etablering av mulighetsrommet for finansieringsmodeller og et rammeverk for å vurdere egenskaper ved e-helseløsninger og finansieringsmodeller. Anvendelse av rammeverket til vurdering av og forslag til tjenestespesifikke finansieringsmodeller for e-reseptløsningene.
- Finansieringsmodeller e-helse. Generell modell. (Rapport 2017-29, juni 2017): Etablering av prinsipper for en generell finansieringsmodell for forvaltning, drift og vedlikehold av e-helseløsninger med like karakteristika.
- Tjenestespesifikke finansieringsmodeller for e-helse. (Rapport 2017-35, juni 2017): Vurdering av og forslag til tjenestespesifikke finansieringsmodeller for løsningene kjernejournal, grunndataplattformen, meldingsutveksling og Helsenorge. Basert på rammeverket utarbeidet i rapport 2017-6 (jf. over).

I tillegg har Oslo Economics og Agenda Kaupang bistått/bistår i arbeidet med finansieringsmodeller i velferdsteknologiprogrammet og helsedataprogrammet samt i direktoratets øvrige prosesser knyttet til finansieringsmodeller.