

# Referat fra møte teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger

<i>Møte</i>	2/2020
<i>Dato</i>	02.04.2020
<i>Tid</i>	10:00 – 15.00
<i>Sted</i>	Direktoratet for e-helse, Verkstedveien 1 Skøyen, Oslo Skype
<b>Medlemmer</b>	Anne-Lise Härter, Apotekforeningen Sidsel Nordhagen, Lørenskog kommune Linn Mydland, Bergen kommune Martin Fjordholm, KS Bjørn Nilsen, Helse Nord RHF Erik M. Hansen, Helse Vest IKT Hanne Gaaserød, Helse Sør Øst RHF Egil Johannesen, Legeforeningen Johan Ronæs, Norsk Helsenett SF Karl Vestli, Direktoratet for e-helse Jon Helge Andersen, Direktoratet for e-helse
<i>Sekretariat</i>	Hilde Lyngstad, Norsk Helsenett SF Fredrik Glorvigen, Norsk Helsenett SF Frode Johansen, Norsk Helsenett SF Marit Albinson, Norsk Helsenett SF Anne Merete Crosby, Direktoratet for e-helse Anne Kristin Einarsrud, Direktoratet for e-helse Karen Lima, Direktoratet for e-helse Kjersti Skavik, Direktoratet for e-helse Ole Bryøen, Direktoratet for e-helse
<i>Ikke til stede</i>	Monica Larssen, Harstad kommune
<b>Øvrige</b>	Harald Storbekkrønning, Helse Sør-Øst RHF (tilhører) Frank Ivar Aarnes, Helse Sør-Øst RHF (tilhører) Terje Wistner, KS (tilhører) Pål Alm-Kruse, Legeforeningen (tilhører)

Sak	Tema	Sakstype
1/20	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
2/20	Beslutningsstruktur	Orientering
3/20	Vurdere tallgrunnlaget som ligger til grunn for samfinansiering av nasjonale e-helseløsninger i 2020-budsjettet	Drøfting
4/20	Vurdere tallgrunnlaget som ligger til grunn for endring i 2021-budsjettet	Drøfting
5/20	Vurdere kostnadsfordelingen mellom aktørene som grunnlag for departementets arbeid med forskriftsbestemmelser	Drøfting
6/20	Veien videre og møtedatoer i september	Drøfting
	Eventuelt	

Sak	Tema	Sakstype
<b>1/20</b>	<b>Godkjenning av innkalling og dagsorden</b>	<b>Godkjenning</b>
	Karl Vestli ønsket velkommen. Teknisk beregningsutvalg skal lage en rapport som leveres Helse- og omsorgsdepartementet 8. mai.  Innspill:	

	<p>Flere av medlemmene ga uttrykk for at tidspunktet for møtet er uheldig. På grunn av koronapandemien har flere av medlemmene ikke fått tilstrekkelig tid til å lese og forankre saksunderlag i sine virksomheter.</p> <p>Utvalgets leder uttalte at de vil være i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om videre prosess etter påske, gitt usikkerheten rundt Corona-situasjonen. Det var likevel enstemmighet i møtet om å gjennomføre møtet på de oppgitte premisser. I møtet ble det avtalt oppfølgingsmøter frem mot rapportlevering i mai som tiltak for å holde avtalt fremdriftsplan.</p>	
<b>2/20</b>	<b>Beslutningsstruktur</b>	<b>Orientering</b>
	<p>Direktoratet for e-helse presiserte innledningsvis at teknisk beregningsutvalg kommer i tillegg til og vil supplere den nasjonale styringsmodellen for e-helse, jf. mandat for beregningsutvalget. Sektorens forslag til prioriteringer vil foregå gjennom den nasjonale styringsmodellen, mens beregningsutvalget vil vurdere og kvalitetssikre kostnader knyttet til forvaltning og drift av disse prioriteringene.</p> <p>En oversikt over eksisterende sektorsammensatte utvalg for de nasjonale e-helseløsningene ble presentert. Dette inkluderer produktstyrer, endringsråd og endringsforum som NHN har ansvar for, i tillegg til det mer overordnede områdeutvalget som Direktoratet for e-helse har ansvar for.</p> <p>Det ble stilt spørsmål om de ulike utvalgene fatter beslutninger eller om de kun er rådgivende. Dette fremkommer ikke fra saksunderlaget. Det ble presisert at utvalgene er konsensusbaserte og at det ikke fattes beslutninger. Det ble også presisert at det er dagens modell som ble presentert, og at denne vil bli videreutviklet.</p> <p>Det kom innspill på at modellen bør innrettes etter framtidige finansieringsmodeller, og at dette blir førende for hvem som deltar i de ulike utvalgene. Hvilke beslutninger som eventuelt kan fattes av de ulike utvalgene må komme tydelig fram.</p> <p>NHN og Direktoratet for e-helse vil i det videre arbeidet sikre at nye drifts- og forvaltningskostnader som utløses av utvikling, blir synliggjort når utviklingstiltakene prioriteres i den nasjonale styringsmodellen. Eventuelle økte drifts- og forvaltningskostnader blir med dette en del av beslutningsgrunnlaget, når utvikling besluttes.</p> <p>Oppfølging: Direktoratet for e-helse og NHN videreutvikler modellen i videre prosess i 2020.</p>	
<b>3/20</b>	<b>Vurdere tallgrunnlaget som ligger til grunn for samfinansiering av nasjonale e-helseløsninger i 2020-budsjettet</b>	<b>Drøfting</b>
	Jon Helge Andersen fra Direktoratet for e-helse gjennomgikk Helse- og omsorgsdepartementets disponeringer i statsbudsjettets kapittel 701.72 for 2020 vedrørende de nasjonale e-helseløsningene, samt departementets forslag til ramme for 2021-budsjett. Det ble	

	<p>presisert at departementet ikke legger til grunn vekst i budsjettet fra 2020 til 2021, kun en justering basert på generell prisvekst.</p> <p>Fredrik Glorvigen fra NHN gjennomgikk to endringer som er foretatt i kostnadsmodellen for de nasjonale e-helseløsningene (unntatt Helsenettet) siden forrige møte:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enkelte kostnader er flyttet fra posten <i>Forbedring</i> til posten <i>Vedlikehold</i>. <i>Forbedring</i> inneholder nå kun større tiltak som skal være gjenstand for prioritering.</li><li>• Posten <i>Idé og konsept</i> er lagt inn under posten <i>Produktstyring</i>. NHN presiserte et dette egentlig omhandler idé og behov, ikke konsept, og at dette gjøres som en del av produktstyringen.</li></ul> <p>Det ble kommentert at disse endringene i kostnadsmodellen kan gjøre det enklere å skjule tiltak som det burde være mulig å prioritere og påvirke. Det derfor er viktig å følge med på utviklingen innen disse to postene framover, og at det er transparens på hva som inngår i alle postene.</p> <p>Fredrik Glorvigen og Frode Johansen fra NHN presenterte deretter budsjettet per løsning.</p> <p><b>Helsenorge</b> Ingen spørsmål eller kommentarer fra utvalget.</p> <p><b>Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (FNSP)</b> RHF-ene presiserte at FNSP ikke er en felles nasjonal e-helseløsning, men en tjeneste for spesialisthelsetjenesten, som RHF-ene kjøper av NHN. FNSP bør således tas ut av kostnadsberegningene som teknisk beregningsutvalg behandler.</p> <p>Flere av medlemmene uttrykte at NHN må sikre at det ikke foregår en kryssfinansiering mellom ulike løsninger. Dette er spesielt viktig for de som skal være med å finansiere kun enkelte løsninger. NHN bekreftet at budsjett/kostnader for FNSP kan behandles separat fra helsenorge.</p> <p><b>E-resept</b> Apotekforeningen påpekte at staten historisk sett har finansiert utvikling av forskrivningsmodulen for rekvirentene, mens apotekene selv har finansiert utvikling av funksjonalitet på utleverer-siden. Fordelingen av framtidige kostnader kan derfor synes urimelig sett fra apotekenes side.</p> <p>RHF-ene påpekte at de på sin side også selv har finansiert utvikling av rekvirent-delen i sine systemer.</p> <p>Apotekforeningen påpekte også at de er den eneste aktøren som ikke får tilbakeført midler, dvs. ikke kun betale for veksten innen forvaltning og drift slik de andre aktørene skal. Direktoratet for e-helse presiserte at dette ikke er korrekt, da de andre aktørene allerede har fått trekk i sine rammer.</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>På spørsmål om det er foretatt avsetninger for å ta høyde for modernisering av e-resept, svarte NHN at det på sikt er det behov for modernisering av Reseptformidleren, og at det er ønske om et forprosjekt for dette i 2021. Sentral forskrivningsmodul er under utvikling.</p> <p><b>Kjernejournal</b> Ingen spørsmål eller kommentarer fra utvalget.</p> <p><b>Grunndata</b> Ingen spørsmål eller kommentarer fra utvalget.</p> <p><b>HelseID</b> På spørsmål om hvorfor selvbetjeningsløsning er en del av vedlikehold, svarte NHN at dette er et effektiviseringstiltak. De opplever en stor økt bruk av HelseID. Utvalget kommenterte at dette tiltaket bør ta bort noe vekst i fremtidige kostnader for HelseID.</p> <p><b>Helsenettet</b> Det ble stilt spørsmål om sektoren har anledning til å delta i prioritering av forbedringsposten i Helsenettet. Slik det er i dag finansieres forbedringer i Helsenettet basert på NHN sine egne strategiske prioriteringer. I tillegg til medlemsavgiften har NHN en egen strategisk tiltakspott, inkludert prosjektmidler. Slike forbedringsprosjekter kostnadsføres i sin helhet.</p> <p>Oppfølging: NHN lager oversikt over hvem og hvor mange de øvrige aktørene som betaler medlemsavgift er. Dette tas inn i rapportutkast 23 april.</p>	
4/20	<b>Vurdere tallgrunlaget som ligger til grunn for endring i 2021-budsjettet</b>	Drøfting
	<p>Fredrik Glorvigen og Frode Johansen fra NHN presenterte utviklingen av kostnader fra 2020 til 2021.</p> <p><b>E-resept, kjernejournal, helsenorge, grunndata og HelseID</b> For e-resept, kjernejournal, helsenorge, grunndata og HelseID er det lagt til grunn en ramme på 504 mill. kroner i 2021 (samme nivå som i 2020, men justert for 3,5 % prisvekst).</p> <p>Budsjettet behov er ca. 100 mill. kroner høyere enn rammen. Dette er i all hovedsak 63 mill. kroner til forbedringer og 44 mill. kroner som følge av investeringer (utvikling) i 2020.</p> <p>NHN er i dialog med programmene og prosjektene om hvordan de 44 mill. kroner som følge av investeringer kan dekkes inn. Direktoratet for e-helse tydeliggjorde at en løsning der programmene og prosjektene finansierer forvaltning og drift det første året, kun utsetter en vekst i kostnadene.</p> <p>Forbedringstiltakene (63 mill. kroner) er rapportert inn fra de produktansvarlige for løsningene, og har så langt ikke vært gjenstand for prioritering i NHN, eller i endringsråd eller produktstyre. Teknisk gjeld på helsenorge er anslått til 40 mill. kroner, noe av dette er tatt inn som en del av vedlikehold. NHN vil også vurdere om det</p>	

	<p>kan være rom for å ta noen flere forbedringstiltak innenfor rammen. I tillegg informerte NHN at de vil melde inn noen av forbedringstiltakene til prioriteringsutvalget i den nasjonale styringsmodellen, NUIT.</p> <p>Det ble stilt spørsmål ved hvorfor dette skal løftes til NUIT, ettersom NUIT ikke har en pott med penger og det ikke er et utvalg for å skaffe samfinansiering. Direktoratet for e-helse informerte at de benytter NUIT for å sikre at direktoratets midler blir brukt i henhold til sektorens prioriteringer.</p> <p>På spørsmål om hvem som tar risikoen dersom effektiviseringen på 61 mill. kroner ikke innfris, svarte NHN at de må gjøre interne prioriteringer dersom de ser at de ikke når budsjettet.</p> <p>Kommunene ønsket avslutningsvis å få bekreftet at budsjetttrammen er på 504 mill. kroner, og at de ikke skal dekke noe utover dette. Utvalgets leder bekreftet dette.</p> <p>Utvalget ba om at budsjettet for 2021 også fordeles per løsning.</p> <p><b>Helsenettet</b>        NHN foreslår å inkludere operativ cybersikkerhetsmonitorering og hendelseshåndtering i medlemsavgiften. Kostnadene med denne løsningen utgjør ca. 10 mill. kroner per år. I tillegg foreslår NHN å inkludere robust mobilt helsenett i medlemsavgiften. Dette gir en kostnadsøkning på ca. 3 mill. kroner, som NHN foreslår at RHF-ene, som brukere av løsningen, dekker ved økt medlemsavgift.</p> <p>NHN foreslår videre å inkludere videoløsningen i medlemsavgiften. Det kom innspill om at før man gjør dette må man vurdere konsekvensene, spesielt for andre leverandører.</p> <p>Det ble stilt spørsmål av flere om innretningen på medlemsavgiften; dagens innretning som består av flat avgift vs. andre innretninger basert på volum/bruk. Det er ønskelig at det kommuniseres hvilke vurderinger som ligger til grunn for valg av dagens løsning.</p>	
	<p>Oppfølging:        Budsjettene må fremstilles per løsning også for 2021. NHN tar dette med til møtet i september 2020.</p>	
<p>5/20</p>	<p><b>Vurdere kostnadsfordelingen mellom aktørene som grunnlag for departementets arbeid med forskriftsbestemmelser</b></p>	<p>Drøfting</p>
	<p>Jon Helge Andersen fra Direktoratet for e-helse innledet med å presentere forslag til kostnadsfordeling mellom aktørene, fra høringsnotatet til ny lov om e-helse.</p> <p>Det ble deretter en gjennomgang av status på innføring av kjernejournal, e-resept og helsenorger.</p> <p>Både kommuner og RHF-ene uttrykte bekymring over at de som har vært tidlig ute med å ta i bruk løsningene må bære en stor andel av kostnadene. Det er behov for mye forbedringer i løsningene, og de</p>	

	<p>som venter med å innføre unngår å måtte ta del i disse ekstra kostnadene.</p> <p>Kommunene kommenterte at det ikke står på viljen til å innføre, men kapasiteten. RHF-ene mente at de er i en tilsvarende situasjon, men at de prioriterte innføringen.</p> <p>RHF-ene uttrykte at dersom en løsning er klar til å tas i bruk for en aktør, bør de være med å betale, selv om de ikke har satt seg selv i stand til å ta løsningen i bruk. Dette gir incentiver for å faktisk ta løsningene i bruk, til beste for pasient og innbygger. Kjernejournal ble nevnt som eksempel. Dette synet ble også støttet av Apotekerforeningen.</p> <p>På spørsmål om e-resept er klar for innføring i resterende deler av kommunene, svarte NHN at e-resept kan tas i bruk med Forskrivningsmodulen. Larvik kommune har tatt dette i bruk. Sentral forskrivningsmodul er under utvikling.</p> <p>Kommunene påpekte at det også er en forutsetning at leverandørene er klare med løsningene. Dette er ikke tilfelle for alle leverandører, da disse også har mange oppgaver de må prioritere mellom. Kommunene påpekte også at de ikke vil investere i gamle løsninger. Det finnes små kommuner som ikke har økonomi til alt. I tillegg vil Akson komme.</p> <p>RHF-ene uttrykte at de ønsker å få kommunene med på å dele kostnadene. Her må alle virksomheter tenke pasientens beste, og hvordan formålet med ny e-helselov skal oppnås. Akson er langt fram i tid, og bør ikke tas i med betraktning nå.</p> <p>Det ble stilt spørsmål ved nyttebetraktningene som ligger til grunn for en 50 % / 50 % fordeling. RHF-ene påpekte at det alltid vil være en asymmetri i nyttebetraktninger. Kostnader og nytte er ikke alltid like. Dokumentdeling i kjernejournal ble nevnt som eksempel. Her tar RHF-ene alle kostnadene, men kommunene får også nytte. Dette er til pasientens beste.</p> <p>Legeforeningen påpekte at det burde være unødvendig å diskutere nytten av de nasjonale e-helseløsningene etter så mange år med disse løsningene. Nyten av disse løsningene bør være udiskutabel. RHF-ene støttet dette synet. De ønsket også at teknisk beregningsutvalg har strategiske diskusjoner til pasientenes beste slik e-helseloven legger opp til, og ikke bruker "millimetermål" for bruk og betaling.</p> <p>Apotekerforeningen stilte spørsmål ved de 11 % som det er foreslått at de skal betale, og viste til at nyttevurderingen der dette fremkommer er gammel. I tillegg ble det påpekt at apotekene ikke bruker forskrivningsmodulen, kun reseptformidler av e-resept løsningen. Det ble også stilt spørsmål om hvorvidt man har tenkt på de kostnadene som apotekene har knyttet til utleveringsdel av e-resept, som ikke er del av den nasjonale løsningen. Sekretariatet vil i</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>rapporten ta med underlag som ligger til grunn for forslaget om 11 %.</p> <p><b>Helsenett med grunndata og HelseID</b>          Jon Helge Andersen gikk gjennom prinsippene for hvordan fordeling av kostnader er foreslått i høringsnotat vedrørende grunndata og HelseID. Dette ble forklart gjennom en figur som viser at disse to løsningene inngår i Helsenettet, og at kommunene og RHF-ene fordeler 50 % mellom seg. For de øvrige medlemsfinansierte tjenestene, er fordelingsnøkkelen en tredjedel RHF, en tredjedel kommuner og en tredjedel øvrige aktører.</p> <p>Kommunene hadde i forkant diskutert en annen fordeling av deres andel av kostnadene enn den som er inkludert i høringsnotatet. De foreslår en fordeling basert på inntektsgrunnlaget i stedet. Dette forslaget vil bli sendt til sekretariatet, slik at det kan innarbeides i rapporten til departementet.</p>	
	<p>Oppfølging:          Sekretariatet må i rapportutkast som sendes 23. april synliggjøre tilgjengelig underlag, som ligger til grunn for forslag om fordelingsnøkler.</p>	
<b>6/20</b>	<b>Veien videre og møtedatoer i september</b>	<b>Drøfting</b>
	<p>Sekretariatet vil starte å utarbeide rapporten som skal leveres til departementet 8. mai. Tallgrunnlaget, innspill, kommentarer og refleksjoner fra møtet innarbeides i rapporten. Rapportutkast sendes til medlemmene for kvalitetssikring senest 23. april.</p> <p>Medlemmene får en (1) uke til gi tilbakemeldinger (innen 30. april).</p> <p>Sekretariatet ferdigstiller rapporten og sender den tilbake til medlemmene for eventuelle siste tilbakemeldinger 6. mai. Oversendelse til departementet 8. mai.</p> <p>Det ble avtalt følgende møter i utvalget:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 29. april etter kl. 12 (tilbakemeldinger på rapport)</li> <li>• 6. mai kl. 08.30-09.30 (siste gjennomgang før oversendelse)</li> <li>• 13. oktober (tidlig) – et par timer.</li> </ul>	
	<b>Eventuelt</b>	