



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår referanse: 19/02424-12  
Arkivkode: 0  
Saksbehandler: Øyvind Renslo,  
Deres referanse: 19/4485  
Dato: 13.12.2019

## Høring ny e-helselov med endring av forskrift - KS' høringsuttalelse

Vi viser til brev av 28. oktober 2019 der departementet ber om høringsinstansenes syn på forslagene til ny e-helselov med forskrifter, med høringsfrist 15. januar 2020. Med dette avgis KS' høringsuttalelse.

KS har inngitt en egen høringsuttalelse til den delen av forslaget som gjelder flytting av dataansvar som følge av virksomhetsoverdragelse med høringsfrist 9. desember.

Høringssaken ble behandlet i Hovedstyrets møte den 13. desember.

Hovedstyret vedtok enstemmig følgende hovedpunkter:

«

Hovedstyret ber administrasjonen utarbeide høringsuttalelse i tråd med punktene nedenfor:

1. KS støtter behovet for sterkere samordning på e-helseområdet, og at en lovfesting av plikt til å ta i bruk standarder for å støtte samhandling kan være hensiktsmessig. KS støtter imidlertid ikke den loven som nå er sendt på høring.
2. KS mener at nasjonale e-helseløsninger for samhandling mellom ulike aktører er en del av samfunnets kritiske infrastruktur som i likhet med annen samfunnskritisk infrastruktur bør bekostes av staten. Pålegg om å ta i bruk, implementere og betale for nasjonale e-helseløsninger er en ny oppgave for kommuner, som skal kompenseres på vanlig måte. KS er også uenig i at kommunene skal dekke kostnadsveksten i statlig virksomhet fra 2021.
3. KS mener et forslag om ny e-helselov må utsettes til nasjonale e-helseløsninger er ferdig utviklet og forsøkt i kommuner ved prøveordninger. Videre bør følgende utredes nærmere:
  - a. Hvilke prinsipper som skal legges til grunn for finansiering av kommunens merkostnader, og grunnlaget for disse.
  - b. Det må foretas forsvarlige utredninger av hva som er de sannsynlige innføringskostnader og følgeskostnader i kommunene, og sannsynlige kostnadsvekst for Norsk Helsenett SF utover 2021.
  - c. Det må utredes hvilke forutsetninger som må foreligge for at et pålegg

om bruke av e-helseløsninger kan gis kommuner, herunder hva som er realistisk innføringstidspunkt. Prosessen for dette, herunder tidspunktet for ikrafttredelse av det enkelte pålegg, reguleres i forskrift.

4. Fordeling av betaling mellom kommuner og helseforetak må basere seg på et prinsipp om at kommunene skal betale for de tjenestene kommunene faktisk har behov for og bruker i sin drift. Kommunene kan heller ikke pålegges å betale for kostnader som privatpraktiserende leger og andre selvstendige næringsdrivende som kommuner har avtale med påføres som følge av lovforslaget.
5. Den rådsbaserte samstyringsmodellen må suppleres med å lovfeste en konsultasjonsplikt i betydningen plikt til å forsøke å oppnå enighet mellom staten og kommunesektoren for e-helsetiltak som direkte berører kommunesektoren. Ordningen beskrives nærmere i lov.
6. Det må lovreguleres hvilken adgang kommuner skal ha til å nekte å følge et pålegg om bruk av en e-helseløsning og betale for en tjeneste som kommunen ikke mener er forsvarlig å ta i bruk eller bryter med andre lovkrav. Det må følge av lov hvilke prosesser som da skal gjelde.
7. Det tekniske beregningsutvalget må gis et klarere og utvidet mandat, samt større representasjon fra kommunesektoren og fagkyndig uavhengige personer.
8. Det er behov for nærmere utredning av statens dataansvar opp mot kommunens eget dataansvar for godkjenning av løsningene før pålegg om å ta i bruk løsningen gis.

»

Konsekvensene av ovennevnte punkter er at lovforslaget må utsettes og utredes ytterligere. Uten å innhente erfaringer og nødvendige utredninger vil lovforslaget medføre en betydelig risiko for at reformen ikke blir vellykket. Dersom en samlet kommunal sektor skal stå bak lovforslaget, er det viktig at forsøksordninger i kommunene er gjennomført, at kommunen kompenseres for sine merkostnader, og gis reell medinnflytelse utover det som er foreslått.

I det følgende underbygges vårt syn på saken.

## **1. Kort om departementet forslag**

### **1.1 Innledning**

Departementet foreslår i ny e-helselov endringer som de anser som nødvendige for å sikre raskere innføring av viktige nasjonale e-helsetiltak, herunder tydeligere nasjonal koordinering, sektorinvolvering og styring.

Det er foreslått å lovregulere nærmere angitte oppgaver for Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF. Departementet foreslår at oppgaver knyttet til eksisterende nasjonale løsninger helsenorge.no, kjernejournal og e-resept overføres fra direktoratet til Norsk Helsenett SF fra 1. januar 2020.

Det er i lovforslaget foreslått at Norsk Helsenett SF skal gjøre følgende nasjonale e-helseløsninger tilgjengelig for virksomheter i helse- og omsorgstjenester:

«

- a) elektronisk kommunikasjonskjede for sikker overføring av reseptinformasjon opprettet etter pasientjournalloven § 12 (e-resept),
- b) nasjonal kjernejournal opprettet etter pasientjournalloven § 13 (kjernejournal),
- c) en lukket kommunikasjonsarena med nasjonal infrastruktur, felles tjenester og felleskomponenter for utveksling av opplysninger mellom virksomheter i helse og omsorgstjenesten, og som ivaretar høy grad av sikkerhet og tilgjengelighet (helsenettet),
- d) en nasjonal innbyggerportal med infrastruktur for kvalitetssikret helseinformasjon, selvbetjening, kommunikasjon og digitale helsetilbud fra helse- og omsorgstjenesten, helseforvaltningen, forsknings- og registerfeltet (helsenorge.no).

»

Departementet foreslår videre en plikt for virksomheter å forelegge e-helsetiltak av «nasjonal betydning» for Direktoratet for e-helse, og direktoratet gis myndighet til å pålegge fremleggelse av slike planer.

## 1.2 Kort om kommunens betalingsplikt

Det er i loven foreslått at kommuner og foretak skal ha plikt til betale Norsk Helsenett SF for de nasjonale angitte e-helseløsningene som skal tas i bruk i virksomheten.

Departementet skal fastsette «samlet betalingspliktig beløp» og «hvor stor andel» de enkelte virksomheter, herunder kommunene skal betale. Det fremgår i lovforslaget § 7 at departementet «skal tas hensyn til virksomhetens nytte av løsningene og en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale løsninger som kommer pasientene til gode». Departementet uttaler at de ved sin vurdering av de samlede forventede kostnader til Norsk Helsenett SF blant annet vil basere seg på vurderinger av Norsk Helsenett SF og et foreslått teknisk beregningsutvalg. Departementet vil oppnevne et teknisk beregningsutvalg med representanter fra virksomhetene for å kontrollere og skape transparens på tallgrunnlaget. Representanter fra kommunesektoren er i mindretall i utvalget.

Departementet vil vurdere om det i forskrift skal fastsettes en matematisk fordeling av kostnadene mellom virksomhetene. Departementet vurderer det foreløpig slik at helseforetakene bør betale halvparten av kostnadene til grunndata og HelseID og en tredjedel av øvrige kostnader til helsenettet. Det foreslås at kommunene betaler halvparten av kostnadene til grunndata og HelseID og en tredjedel av de øvrige kostnadene til helsenettet. Det er foreslått at fylkeskommunene betaler om lag en tredjedel av kostnadene til helsenettet med unntak av kostnadene til grunndata og HelseID. Det foreslås at fylkeskommunene skal betale et fast kronebeløp per måned som i dag. Det fremgår at departementet senere vil sende forskrift på høring for særskilt uttalelse om disse spørsmålene.

## 1.3 Administrative og økonomiske konsekvenser

Departementet legger i høringsbrevet til grunn at forslaget vil ha administrative og økonomiske konsekvenser for kommunesektoren «knyttet til plikten om å betale for, og gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelig for bruk, og til kravene om å ta i bruk IKT-standarder».

Departementet legger opp til at «kommuner og regionale foretak blir kompensert for plikten til å betale for forvaltning og drift ved at eksisterende midler blir overført til kommunesektoren og de regionale helseforetakene etter hvert som betalingsplikten inntreffer». Direktoratet anslår en samlet kostnad knyttet til

drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene til 487 mill. kr., hvorav 235 av disse går til drift av helsenettet. Det fremgår ikke nærmere hva som er tallgrunnlaget for disse anslagene. Det legges opp til at dette beløpet skal overføres til kommunene og helseforetak som kompensasjon for betalingsplikten. Det uttales at det må forventes en vekst i kostnadene til forvaltning og drift fremover. Det gjelder særlig for HelseID og grunndata. Det uttales at «*sektoren må dekke kostnadsveksten fra 2021*».

Når det gjelder kommunens kostnader til implementering og ibruktakelse av e-helseløsningene, er det i høringsbrevet ikke redegjort for hvilke prinsipper som skal legges til grunn for å kompensere disse kostnadene. Vi oppfatter det slik at disse kostnadene ikke inngår i ovennevnte kostnadsanslag. Det uttales på s. 48 i høringsbrevet at «*departementet understreker at kommunenes plikt til å ta i bruk løsningene forutsetter at (...) økonomiske og administrative konsekvenser er utredet, herunder teknologiske forutsetninger og avhengigheter*». Vi forstår det derfor slik at departementet vil komme tilbake til de kostnader kommunene påføres ved å implementere og ta løsningene i bruk, men dette er ikke klart.

## 2. Generelle kommentarer

### 2.1 Innledning

Systemer for behandling av helseopplysninger må henge sammen for å sikre at helsepersonell som yter helsehjelp, har tilgang til kritiske og nødvendig opplysninger om den enkelte pasienten. KS er enig i at det i dag er en utfordring at manglende samordning og integrasjon av systemene fører til feil og mangelfull informasjon i overgangene mellom ulike deler av tjenesten.

KS er enig i at det er behov for felles standarder for e-helse, slik at det enklere kan samhandles om pasientinformasjon som må flyte mellom aktørene. Vi er prinsipielt enig i at det lovfestes en plikt for aktørene til å ta i bruk felles standarder i den hensikt å få til bedre samhandling. Det er behov for å styrke digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren, ikke minst samhandlingen mellom de ulike aktørene. Det er videre behov for tiltak som kan bidra til økt pasientsikkerhet, redusert fragmentering og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet. Kommunesektoren har derfor engasjert seg aktivt i nasjonalt e-helsearbeid og ønsker å støtte opp om samordningsarbeidet.

### 2.2 KS støtter ikke lovforslaget

KS støtter imidlertid ikke det lovforslag med forskrifter som nå er sendt på høring.

Det er per i dag ikke utviklet nasjonale e-helseløsninger der løsninger og rammebetingelser er klare for utbredelse i kommunesektorens helse- og omsorgstjenester. Det er KS' vurdering at lovforslaget ikke er tilstrekkelig utredet, og at departementet også av den grunn bør vente med å fremme lovforslaget. KS frykter videre at lovreformen vil bli vesentlig underfinansiert. Ved å skyve en betalingsmodell ut i tid, vil kommuner også få bedre tid til å foreta nødvendige tilpasninger i budsjett og tjenestenivå. KS er også uenig i flere av forslagene.

KS vil også fremheve pålegg om innføring må sees i sammenheng med større pågående programløp (eks. Helseplattformen og Akson). For kommunene i midt som tenker å gjøre avrop på Helseplattformen vil det være svært krevende å også legge mye ressurser i å innføre nasjonale e-helseløsninger i nåværende journalløsninger parallelt med nevnte programløp.

Det at man eventuelt avventer å vedta en lov betyr på ingen måte at kommuner ikke vil være positiv til å utvikle og ta i bruk nye e-helseløsninger i et frivillig samarbeid med staten. Det vises til at kommunesektoren de senere år har tatt i bruk en rekke felles nasjonale løsninger og komponenter som

gjennom frivillig tilnærming har fått stor utbredelse på kort tid. Eksempelvis er SvarUT-tjenesten nå tatt i bruk av alle kommuner og fylkeskommuner kun med få unntak. Det vises også til både DigiSos og MinSide har fått stor utbredelse på bare et år. DigiHelse er i ferd med å nå tilsvarende utbredelse. DigiFin fikk også i løpet av kort tid stor oppslutning. Alle disse tjenestene er utviklet med utgangspunkt i behovene hos kommunene og har blitt tatt raskt i bruk da forutsetningene for å kunne ta dem i bruk var til stede. Kommuner har også vurdert at man kan høste gevinster relativt raskt ved å ta løsningene i bruk. Dersom staten i første omgang anvender positive virkemidler for å legge forutsetningene til rette for innføring av e-helseløsninger, vil man etter KS' vurdering kunne oppnå samme innstilling hos kommuner til å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger.

### **2.3 Det bør arbeides med mer positive virkemidler**

Det er derfor KS' vurdering at staten, slik situasjonen nå er, istedenfor bør arbeide med positive virkemidler for å realisere innføring av felles nasjonale e-helseløsninger, og ikke tvang og pålegg. Det vil legge et bedre grunnlag for gjennomføring av en reform for å løse nevnte behov og formål. Erfaringene fra utbredelse av andre nasjonale løsninger viser at kommunene når forholdene er lagt til rette, er raske til å ta i bruk løsninger de har nytte av i sin drift med frivillighet som utgangspunkt.

### **2.4 Fylkeskommuner**

I det følgende omtales lovforslagets betydning for kommuner. I de tilfeller hvor loven også berører fylkeskommunenes ansvar, for eksempel for tannhelse, må det vurderes nærmere om de samme innvendingene gjør seg gjeldende for fylkeskommunenes del. KS savner en nærmere behandling av fylkeskommunenes ansvar i høringsbrevet.

## **3. Administrative og økonomiske konsekvenser**

### **3.1 Innledning**

Lovforslaget innebærer at finansieringsansvaret for nasjonale e-helsetjenester flyttes fra stat til hovedsakelig kommunesektor og helseforetak som brukere av systemet.

KS har flere innvendinger til den foreslåtte modellen. Nedenfor omtales:

- Departementet manglende redegjørelse for hvilke overordnede prinsipper som bør legges til grunn for å kompensere kommuner for en ny oppgave.
- Departementets forslag til fastsettelse av betalingsplikt for kommunene, herunder omfanget av betalingsplikt. Prosessen til nå har vært lite transparent.
- Departementet forslag om at kommunene skal dekke kostnadsveksten i statlig sektor fra 2021.
- Departementets behandling av sannsynlige innførings- og følgeskostnader i kommunene.
- Departementets forslag om fordeling av betalingsplikt mellom kommuner og helseforetak.

### **3.2 Departementet redegjør ikke for hvilke overordnede prinsipper som skal legges til grunn for å finansiere en ny oppgave**

Det er i høringsbrevet ikke redegjort for eller tatt stilling til hvor langt kommunene skal kompenseres for de merkostnader lovforslaget medfører, og hvilke prinsipper som skal legges til grunn for å beregne kompensasjonen. Det er i tidligere kommunikasjon med departementet blitt fremholdt at implementering av e-helseløsninger er en del av kommunens «*sørge for ansvar*», og at dette derfor ikke er en ny oppgave

som skal kompenseres på vanlig måte. Dette uttales ikke i høringsbrevet, men synes å bli lagt til grunn. Dette utgangspunktet er KS grunnleggende uenig i.

Det er KS' vurdering at plikten til å ta i bruk, implementere, og betale for nasjonale e-helseløsninger er en ny oppgave, som bør kompenseres på vanlig måte. Det samme gjelder økte kostnader til betaling til Norsk Helsenett SF som følge av kostnadsvekst fra 2021, som departementet har lagt til grunn, ikke vil bli kompensert. Det vises her til veileder for statlig styring under punkt 3.2, hvor det fremgår, sitat:

*«Ved oppgave- og regelendringer med økonomiske konsekvenser for kommunesektoren, skal kommunene tilføres eller trekkes midler, i samsvar med anslåtte merutgifter eller innsparinger for kommunene eller fylkeskommunene samlet».*

Det vises også til den prosess som staten selv har satt i samme veileder punkt 2.3, herunder underpunkt 6 om involvering av KS for å beregne kostnader. Det stilles her krav til utredninger og prosesser som skal skje før vedtakelse av loven. Dette er etter administrasjonens vurdering ikke gjort på en forsvarlig måte i nærværende sak.

Når det gjelder finansiering av de merkostnader som kommunen påføres ved implementering, ibruktakelse og vedlikehold av de nasjonale e-helseløsninger, er det ikke omhandlet i høringsbrevet hvorvidt og hvor langt disse skal kompenseres. Etter det KS kjenner til er det i statsbudsjettet for 2020 ikke lagt inn at kommuner og sykehus skal ha dekket kostnader til drift og forvaltning av e-helseløsninger. KS mener at departementet før vedtakelse av lov burde utredet og redegjort for hvilke prinsipper som skal legges til grunn for finansiering av kommuners innførings- og følgeskostnader, samt hva som her er de sannsynlige kostnader. Dette ville gitt høringsinstansene mulighet for å kommentere dette, og også gitt Stortinget et bedre grunnlag for å vurdere lovforslaget. Det er KS' vurdering at prinsippene for finansiering av nye oppgaver ikke er fulgt i denne saken, og heller ikke prosessen for beregning av kostnader, uten at det er begrunnet hvorfor det er gjort unntak fra de alminnelige reglene om kompensasjon av kommuner og vanlig prosess.

Det er KS' vurdering at et pålegg om å ta i bruk «motorveien» som helsenettet, nasjonale e-helseløsninger, felleskomponenter, grunnmur og andre felles løsninger dette representerer, er samfunnskritisk infrastruktur som må bekostes av staten på lik linje med annen nasjonal infrastruktur. Det samme gjelder for økte utgifter for kommunen som følge av økte betalingsforpliktelser som følge av påregnelig kostnadsvekst i statlig virksomhet fra 2021.

KS vil her også vise til innføring av KOSTRA eller dagens nødnett, hvor staten dekket kostnadene knyttet til oppbygging av infrastrukturen som var nødvendig for å kunne ta i bruk tiltaket.

KS vil også påpeke at departementets forslag til betalingsmodell, herunder involvering av teknisk beregningsutvalg, framstår som en unødvendig byråkratisk løsning. Ved finansiering over statsbudsjettet vil en kunne spare betydelige kostnader til saksbehandling.

KS vil også peke på muligheten for at kommunene også påføres merkostnader ved at man går over fra et marked til en monopolsituasjon. Erfaringene fra sentraliserte tjenester som f.eks. nødnett er at kommunene opplever at det finnes løsninger på markedet som fyller krav til funksjonalitet, er teknologisk sett bedre og har lavere kostnad, men som man likevel ikke kan ta i bruk fordi det er en sentral instans som bestemmer hvilket utstyr som kommunene kan bruke og ikke. Dette har sammenheng med blant annet innretning av styringsmodell, grenseoppgang mellom hva som er nasjonal infrastruktur og hva som er rene tjenester samt innretningen på infrastruktur og nasjonalt utviklede tjenester. Det er administrasjonens vurdering at staten må ta risikoen for disse merkostnader, og kommunene må kompenseres for disse.

### 3.3 Departementets forslag om kommunenes betalingsplikt - prosessen har vært lite transparent

Departementet legger til grunn at kommunens kostnader til den foreslåtte betalingsplikten til en viss grad skal kompenseres, men ikke fullt ut. Departementet legger til grunn at «*sektoren må dekke kostnadsveksten*» i statlig virksomhet fra 2021. Når det gjelder perioden frem til 2021 uttales det at «*betalingsplikten skal kompenseres gjennom at eksisterende midler blir overført til kommunesektoren og de regionale helseforetakene etter hvert som betalingsplikten inntreer.*»

KS mener at prosessen for fastsettelse av betalingsplikten er lite forutsigbar for kommunesektoren, og prosessen til nå har vært lite transparent. Dette også fordi KS til nå ikke har fått sett tallgrunnlaget for beregningene, og er slik ukjent med hvilke kostnader som er lagt inn i beregningene. Det innebærer at KS per i dag heller ikke for fremtiden vet hvilke fremtidige kostnader som kommunene skal betale for.

KS har ingen forutsetning for å kunne vurdere tallstørrelsene departementet viser til som nevnt ovenfor før vi får tilgang til dokumentasjon om hvordan disse størrelsene er fremkommet. Kommunesektoren har begrenset oversikt eller påvirkning på allerede igangsatte tiltak eller nye tiltak som kan bli igangsatt. Dette innebærer at kommunesektoren kan risikere å måtte betale for tiltak som er besluttet før ordentlig styringsstruktur var på plass og dermed i prinsippet ikke vet om har nytteverdi for sektoren eller ikke. KS vet heller ikke om det er lagt inn kostnader til utredninger, og heller ikke hvordan departementet eventuelt har vurdert fordeling av kostnader mellom Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF.

Det er slik KS ser det lagt få eller ingen begrensninger i lovverket på hvilke kostnader som kommunene skal betale for innenfor de angitte kategorier av e-helseløsninger. For eksempel vil nye sikkerhetskrav kunne utløse omfattende krav til nye fagløsninger som vesentlig kan økte kostnadene for Norsk Helsenett SF, som igjen faktureres kommunene.

Forslaget legger til grunn at kommunene skal betale for tjenester som ikke brukes eller ikke har nytteverdi for kommunene. Det vil herunder etter KS' vurdering være i strid med de alminnelige reglene for kompensasjon av kommuner dersom kommunene skal ha fullt finansieringsansvar for fastlegenes bruk av løsningene eller andre kommuner har avtaler med. Dette gjelder også for kostnader til innføring, drift og forvaltning av integrasjoner med næringsdrivendes selvalgte teknologiske løsninger. Det samme gjelder betaling for statlige innbyggertjenester (herunder tjenester fra folkehelseinstituttet og HELFO i Helse-Norge), og det kan etter KS' vurdering heller ikke være riktig at kommunene skal betale for kjernejournal og e-resept utover kommunens egen bruk.

Etter KS' vurdering er det behov for nærmere klargjøring og utredning om det er visse kostnader hos Norsk Helsenett SF som kommuner ikke skal betale for, for eksempel utredningsoppgaver. Det er ingen eller få begrensninger i lov over hvilke kostnader som kan faktureres kommunene så lenge disse ligger innenfor e-helseløsninger som angitt i lovforslag § 5. Det er ikke utarbeidet spesielle lovkommentarer til de enkelte forslag til lovforslag, noe som også gjør det vanskelig å vurdere hvorvidt departementet har ment å legge noen begrensninger i hva som kan faktureres. Det er heller ikke foreslått klare grenser mellom hvilke kostnader som ligger til direktoratet, som administrasjonen formoder ikke kan faktureres kommuner, og kostnader til Norsk Helsenett SF, som faktureres kommuner.

Det bør stilles krav om fremleggelse av dokumentasjon for hvilke kostnader som faktureres kommuner og hvilke som ikke faktureres, slik at kommunen har mulighet til å ettergå betalingsforpliktelser. Dette også etter erfaringer fra nødnett hvor kommuner tilsvarende betaler for tjenester, se også nedenfor.

De ovennevnte punktene, sammen med at det er departementet som ensidig er gitt myndighet til å fastsette de samlede kostnader, skaper lite forutsigbarhet for kommuner. Bevilgninger til kommunene, for å kompensere for betalingsplikten, forutsetter videre egne vedtak og prosesser.

KS mener at de antatte kostnadene for Norsk Helsenett SF må være fullstendig utredet, og at høringsinstansene må være kjent med tallgrunnlaget som ligger til grunn for beregningene av kostnadene. Det bør også utredes en overgangsordning som sikrer at kostnadene knyttet til tiltak som er besluttet igangsatt og som ferdigstilles i 2021 eller senere må innpasses på en rimelig måte når kostnadene skal fordeles.

Det er KS' vurdering at departementet har fått for vide skjønnsmessige rammer til å fastsette både omfang av betalingsplikt og fordeling av kostnader.

### **3.4 Særlig om departementets forslag om at sektoren skal dekke kostnadsveksten fra 2021**

Det er for kommunesektoren en betydelig økonomisk usikkerhet når departementet foreslår at sektoren skal dekke kostnadsveksten fra 2021. KS forstår dette slik at all vekst i kostnader skal dekkes av brukere av ulike e-helsetjenester. Dette betyr at kommunesektoren sammen med helseforetakene og andre brukere av disse tjenestene, også overtar den finansielle risikoen knyttet til utvikling og videreutvikling av disse tjenestene utover den ordinære lønns- og prisveksten, som blir kompensert gjennom de ordinære rammene. Dette innebærer at staten overfører deler av det økonomiske ansvaret for kostnadene til kommunene. KS mener dette er i strid med de alminnelige reglene for kompensasjon av kommunene, som beskrevet i statlig veileder for styring av kommuner.

KS frykter er det vil bli en betydelig kostnadsvekst fra 2021 som kommunen da ikke får kompensert. Dette samtidig med at kommunene heller ikke har innflytelse over utviklingen og kostnadsveksten.

Det bør uansett utredes en mekanisme som hindrer at det blir kostnadsvekst ut over den ordinære lønns- og prisveksten, dersom slik vekst ikke er resultat av funksjonalitet som kommunesektoren har behov for, direkte nytte av, eller som sektoren selv ønsker.

### **3.5 Kommunenes innførings- og følgeskostnader**

Det er i høringsbrevet uttalt at det for kommunene vil påløpe kostnader ved å gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelig for bruk. Det uttales videre at de økonomiske sidene må utredes nærmere, og vi forstår at dette skal gjøres i forbindelse med forskriftsarbeid hvor det skal fastsettes nærmere når kommunene skal pålegges å ta løsningene i bruk. KS er imidlertid usikker på hva departementet foreslår. Det er i høringsbrevet ikke gitt en nærmere redegjørelse for hva som skal kompenseres og hvilke prinsipper som skal legges til grunn. Det er i svært liten grad foretatt beregninger som viser sannsynlige kostnader for kommunene både ved implementering og fremtidig vedlikehold. KS har grunn for å tro at disse vil bli betydelige, jf. nedenfor. Manglende redegjørelse skaper også her lite forutsigbarhet for kommunesektoren, og gjør det også vanskelig å vurdere lovforslaget.

Flere av de nasjonale e-helseløsningene er i dag ikke ferdig utviklet for kommunesektoren. Implementering i kommunesektoren avhenger videre av at direktoratet for e-helse ferdigstiller annen funksjonalitet som de også har ansvaret for. Deretter må kommunene investere i utvikling av eget fagsystem for å tilpasse seg dette. I en rapport McKinsey utarbeidet for Legeforeningen (McKinsey:2015) peker man f.eks. på en undersøkelse fra McKinsey som estimerer at større offentlige IKT-prosjekter, og spesielt innen helsesektoren, har en tendens til å overskride budsjettene i betydelig grad. Det fremgår av rapporten; «De offentlige helseprosjektene i utvalget har en gjennomsnittlig kostnadsoverskridelse på



hele 238 %» (McKinsey:2015, s.34). Dette tallet indikerer at kommunenes kostnader kan bli betydelige for å tilpasse seg de nasjonale e-helseløsningene.

Det er som følge av ovennevnte vanskelig å få et overblikk over hva kommunene faktisk skal betale for av eksisterende og påbegynte løsninger. For eksempel vet vi av erfaring at implementeringskostnader i form av tilpasninger av lokalt fagsystem og opplæring kan ha betydelige kostnader for den enkelte virksomhet.

Ved vurdering av finansiering av nye pålegg for kommunesektoren kan det etter KS' vurdering ikke vektlegges at innbyggerne har nytte av tjenester, og heller ikke at kommunen i utgangspunkt har et ansvar for tjenestene. Det uttales ikke eksplisitt i høringsbrevet at departementet legger dette til grunn, men det synes å være en premiss. Tanken med forslaget er å innføre en bedre infrastruktur for samhandling og kommunikasjon mellom ulike instanser. Dette handler om bedre og raskere tjenester som ikke naturlig vil føre til gevinstrealiseringer i kommunenes drift. En slik standardheving for innbyggerne på ett kommunalt tjenesteområde, må kunne avveies både mot ønskede standardhevinger på andre tjenesteområder, og mot konsekvensene av inndekningsforslag i kommunebudsjettene som vil måtte følge av en betalingsplikt som ikke motsvares av reduserte kostnader. Slike prioriteringsdebatter mener KS må tas av den enkelte kommune, ikke avgjøres gjennom et statlig pålegg. En betalingsplikt for slike eventuelle standardforbedringer vil eventuelt være et nytt prinsipp for fastsettelse av kommunerammene, som etter det vi vet ikke har vært anvendt tidligere. KS kan heller ikke se at kommunene har vesentlige besparelser som følge av løsningene som pålegges, som eventuelt kan komme til fradrag ved fremtidig kompensering av kommunens betalingsplikt.

Dersom kommunene skal pålegges ansvar også for fastlegenes bruk av e-helseløsninger, så må også disse kostnadene kompenseres. Det må herunder redegjøres for hvilke styringsmuligheter som kommunene har overfor privatpraktiserende leger, mv.

Det fremgår av høringsbrevet på s. 78 at departementet har gjort noen anslag på kostnader basert på et samarbeid med enkelte kommuner, men departementet tallfester ikke dette i høringsbrevet og det fremgår at tallene er usikre. KS vil anbefale at det gjøres nærmere utredning basert på tall som er faktabasert og basert på erfaringer av tilsvarende/lignende implementeringer. Det vanskeliggjør muligheten til å gjøre egne beregninger at vi heller ikke her er kjent med hvilket tallgrunnlag departementet har for sine beregninger, og da heller ikke hvilke fremtidige vurderinger som vil bli lagt til grunn, herunder hvilke prinsipper som vil bli fulgt for beregning.

### **3.6 Forslag til fordeling av kostnader mellom kommuner og foretak**

KS støtter ikke departementets forslag om fordeling av kostnader mellom kommuner og foretak. KS vil prinsipielt ikke motsette seg en fakturabasert samfinansiering som sådan, men fordelingen bør skjer med grunnlag i andre prinsipper. Spørsmålet om fordeling av kostnader mellom kommuner og foretak har sammenheng med spørsmålet om finansiering av kommunens kostnader. Dersom kommunene kompenseres for betalingsplikten fullt ut, så vil spørsmålet om fordeling være av mindre sentral betydning. Men dersom kommunene ikke kompenseres, slik departementet legger opp til, så bør de alminnelige reglene for kompensasjon av kommuner også være styrende for hvilke prinsipper som skal gjelde for kostnadsfordeling mellom kommuner og foretak basert på en samfinansiering. Det må her også avklares om det er kommunene eller staten som bærer økonomisk risiko ved overskridelser og forsinkelser for innføring av nasjonale e-helseløsninger.

Som nevnt bør heller ikke kommunene tillegges betalingsplikt for tjenester som ikke benyttes i kommunens drift (eks. statlige innbyggertjenester) og som man dermed svært vanskelig kan ivareta en kunnskapsbasert premissgiverrolle for. Finansieringsansvaret bør tillegges de aktører som faktisk har ansvaret for å levere tjenestene overfor brukerne.

Det innebærer for eksempel at kommunene heller ikke kan få fullt finansieringsansvar gjennom å måtte betale for fastlegenes bruk av løsningen. Det er ikke riktig at kommunene gjennom betaling skal måtte dekke merkostnadene til e-helseløsningene utover kommunens egen bruk, jf. tidligere.

Det er i høringsbrevet uttalt at departementet i en senere fastsatt forskrift vurderer å foreslå en nærmere matematisk fordelingsnøkkel mellom kommuner og foretak. Som grunnlag for beregningen av hva kommunene skal betale for tjenesten legges det avgjørende vekt på at både foretak og kommuner vil ha «nytte av løsningene». Det er i lovutkast § 7, 5. ledd uttalt:

*«Ved beregning av avgiften skal det tas hensyn til virksomhetens nytte av løsningen og en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale løsninger som kommer pasientene til gode».*

Det er ikke gitt noen nærmere begrunnelse for den foreslåtte fordelingsnøkkel i lov- og forskriftsutkastet utover at både kommuner og foretak har et «sørge-for-ansvar» overfor innbyggerne. Forslaget er ikke vurdert opp mot de alminnelige reglene for kompensasjon av kommuner. Forholdet mellom lovens mer skjønsmessige bestemmelser og den vurderte kategoriske fordelingsnøkkel, herunder begrunnelsen, er også uklar. Begrunnelsen er slik i liten grad etterprøvbart.

Våre erfaringer blant annet med nødnett er at betaling for tjenester lettere aksepteres hos kommuner dersom kostnadene kan knyttes opp til bruk og nytteverdi. Det er videre viktig at kommunikasjonen mellom en statlig tjenesteleverandør og brukerne er tydelig, at kostnadsnivået er forutsigbart og oppleves som rimelig fordelt. Disse erfaringene kan også lærdom i forbindelse med forslag til felles e-helseløsninger. Det vises her til rapport fra 2016 fra daværende Direktoratet for nødkommunikasjon (nå Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) basert erfaring med ordningen. KS foreslår derfor at departementet utreder alternative måter å fordele kostnader på, fortrinnsvis knyttet til den nytte kommunene har av tjenestene.

#### **4. Tidspunkt for ikrafttredelse av pålegg mot kommuner**

Det er i høringsbrevet uttalt at departementet vil utarbeide forslag til forskrifter som nærmere regulerer hvilke tidspunkt pålegg skal gjøres gjeldende for kommunesektoren.

Oversikten over status for innføring av nasjonale e-helseløsninger viser at kommunesektoren foreløpig i liten grad har innført og tatt i bruk de aktuelle løsningene. Dette skyldes flere forhold. Det vises blant annet til at flere av løsningene ikke først og fremst er utviklet med utgangspunkt i kommunale behov. Det vises videre til at de mangler støtte i lokale EPJ (Elektronisk pasientjournal). Løsningen er heller ikke ferdig utviklet av direktoratet for bruk i kommunene og de øvrige rammebetingelser ikke er på plass (eks. eID/ infrastruktur). KS ser også at en tydelig prioritering eller finansiering ikke er til stede.

Det er høringsbrevet uttalt at departementet vil utarbeide forslag til forskrifter som nærmere regulerer hvilke tidspunkt pålegg skal gjøres gjeldende for kommunesektoren. Det fremgår ikke av høringsbrevet hvorvidt det legges opp til en ordning hvoretter departementet med hjemmel i forskrift ved vanlig beslutning kan fastsette når løsningene skal tas i bruk, eller om det er i forskrift det skal gis pålegg om å ta i bruk løsningen. Det første synes lagt til grunn, men slik at det er forutsetningene for å gi et pålegg som nærmere skal reguleres i en forskrift. Det foreslås at det i forskrift skal redegjøres nærmere for hvilke forutsetninger som må være på plass for at det skal gis pålegg. KS mener at disse vurderinger bør gjøres før loven vedtas. Det gir kommuner bedre forutsigbarhet for når et pålegg vil bli gitt, og også Stortinget et bedre beslutningsgrunnlag for å vurdere alle sider av loven, herunder tidspunkt for sannsynlig bruk av pålegg m.v.

KS foreslår at tidspunktet for ikrafttredelse av hvert enkelt pålegg må gis i forskrift, og ikke ved beslutning fra departementet. Det gir grunnlag for en bredere involvering av kommunesektoren og et bedre beslutningsgrunnlag for når pålegg skal gis.

Det er i høringsbrevet også bedt om innspill på når forutsetningene er tilstede for at det kan gis pålegg. Det er KS' vurdering at det vil ta flere år før forutsetningene er tilstede for å gi pålegg, jf. nedenfor. Det er vår vurdering at forutsetninger for å ta i bruk enkelte av de nasjonale e-helseløsningene i kommunene i dag og i påfølgende år ikke er tilstede, og at de sannsynligvis i liten grad vil være tilstede når styrings- og betalingsmodellen planlegges innført, slik vi forstår fra 1. januar 2021. I hovedsak er det veldig få nasjonale e-helseløsninger som kommunal sektor har tatt i bruk, eller vil ta i bruk i løpet 2020. Det betyr at et realistisk tidspunkt for pålegg om innføring og betaling uansett bør ligge langt frem tid. Lovforslaget kan innebære at størsteparten av kommunal sektor vil ende opp med å betale for løsninger de ikke er satt i stand til å bruke når styrings- og betalingsmodellen innføres.

Innføring av de nasjonale e-helseløsningene har konsekvenser langt utover det som er beskrevet i forslag til e-helselov og forutsetter innføring av infrastruktur og investeringer i kommunesektoren. Det er viktig at innføring av nasjonale felleskomponenter skjer i en gitt rekkefølge slik at det er mulig å innføre den nasjonale tjenesten, for eksempel må PKI – sertifikater (smartkort) på plass i kommunesektoren før HelseID kan innføres. HelseID må tilsvarende på plass før Kjernejournal kan innføres. Ikke minst må en innføringsplan sees i sammenheng med Helseplattformen og Akson-programmet.

I tabell 1 nedenfor er det gitt en status i kommunene om innføring av nasjonale e-helseløsninger. Tabellen er basert på vurderinger og tilgjengelig informasjon per desember 2019. Det jobbes med å kvalitetssikre tabellen og den vil derfor bli fortløpende oppdatert.

Tabell 1. Status for innføring av Nasjonale e-helseløsninger

Nasjonal e-helseløsning	Status for løsningen	Videre utvikling av nasjonale undertjenester	Status for utbredelse i kommunesektoren	Antatt ambisjon
<b>e-resept</b>  Viktig for legevakter og fastleger  Foreløpig ikke tilgjengelig for helsesykepleier og jordmor sine behov for rekvirering av legemidler i kommunale tjenester	I drift	Pasientens legemiddelliste (PLL),  Sentral forskrivningsmodul (SFM)	Er innført på legevakter og hos fastleger.  Det gjenstår utvikling i tannlegenes, helse- og omsorgstjenestens og skole- og helsestasjonenes journalsystemer, før løsningen kan tas i bruk i disse tjenestene.  Verken PLL eller SFM er ferdig utviklet. Dermed heller ikke pilotert og klar til utbredelse.	e-resept er planlagt innført i alle tannlegesystemer og i systemene for kommunal helse- og omsorgstjeneste og skole- og helsestasjonstjeneste  Det må avklares hvordan SFM skal tas inn i Akson prosjektet og om felles kommunal journal skal ha en forskrivningsmodul eller benytte SFM.
<b>Kjernejournal</b>  Viktig for legevakter  Med planlagt videreutvikling vil kommunale	I drift  Setter krav om virksomhetstilknytning i kommunal helsesektor	Pasientens legemiddelliste (PLL),  Dokumentdeling  Behandlingsplan	<i>Kjernejournal</i> er innført på alle sykehus, alle legevakter, på 90 prosent av fastlegekontorene.  Kjernejournal er ikke innført i helse- og omsorgstjenesten i	Det bør avklares hvor mange kommuner og hvilke tjenester som skal innføres før Akson.

Nasjonal e-helseløsning	Status for løsningen	Videre utvikling av nasjonale undertjenester	Status for utbredelse i kommunesektoren	Antatt ambisjon
helsetjenester ha bedret samhandling med resten av helsesektor	ved HelseID som forsinker innføring		<p>kommunene. 47 kommuner er invitert per brev til å innføre løsningen i 2020. Prosjektet til e-helse har utelatt innføring helsestasjoner, skolehelsetjeneste og jordmortjenester.</p> <p>Tieto har foreløpig utviklet støtte for kjernejournal. Løsningen pilotes med test i Arendal fra november 2019. De øvrige leverandørene har ikke utviklet støtte for kjernejournal p.t.</p>	
<p><b>Helsenorge.no</b></p> <p>En nasjonal portal som gir innbyggere tilgang informasjon fra den statlige helseforvaltning en og til tjenester fra helsesektor uavhengig av tjenestenivå og hvor tjenestene befinner seg.</p> <p>Kun en tjeneste er foreløpig tilgjengelig for den kommunale helse- og omsorgstjeneste, medfinansiert av kommunal sektor.</p>	I drift	Arbeider med å utvikle en innbyggertjeneste for helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Utviklingsprosjekt for fase 2 av DigiHelse pågår. Det er skrevet avtale med 2 leverandører om utvikling p.t. 1.pilot på deler av løsningen vil starte Q1 2020 med en leverandør, mens de to andre er først klare Q 3/Q4 2020. Etter pilotering starter arbeidet med utbredelse	Det er 48 kommuner som har startet med løsningen DigiHelse i bruk som en tjeneste på Helsenorge.no.	Tjenesten må vurderes opp mot ambisjonene i Akson og sees i sammenheng med øvrige nasjonale og kommunale innbyggerportaler.
<b>Helsenettet</b>	I drift		Alle kommuner er tilknyttet helsenettet, og det er et krav for de som benytter nasjonale e-helseløsninger, meldingsutveksling eller grunndata..	Alle fylkeskommuner må ha en tilknytning til helsenettet for å kunne benytte nasjonale e-helseløsninger og – tjenester.

Nasjonal e-helseløsning	Status for løsningen	Videre utvikling av nasjonale undertjenester	Status for utbredelse i kommunesektoren	Antatt ambisjon
HelseID  Felles autorisasjon av nasjonale løsninger	I drift	HelseID er under videreutvikling for å tilfredsstillende krav til bruk i kommunene mht virksomhets-tilknytning og enkel etablering	De er uklart om alle fylkeskommunene er tilknyttet helsenettet.  HelseID er brukt av leger i ca. 20 kommuner som deltar i utprøving elektronisk melding om dødsfall, ved bruk av privat BankID.  Det krever omfattende tilpasninger i kommunenes infrastruktur og systemer for å ta i bruk HelseID. Det må gjennomføres en konsekvensvurdering ift hva som kreves av tilpasning og innføring i kommunene	HelseID må implementeres i kommunale og fylkeskommunale fagsystemer for å gi ønsket gevinst Implementasjon må skje på slik måte at kommunene kan hente forespeilede gevinster.  Utvikling av HelseID må sees i sammenheng med anskaffelse av løsning for tilgangsstyring i Akson , kommunenes egne tilgangssystemer og utvikling av nasjonal ID/ansattporten.
Grunndata	I drift	Det er ikke tydeliggjort hvilke deler av <i>Grunndata</i> som (§ 5 i lovforslaget) som kommer innenfor betalingsplikten (§ 7 i lovforslaget) og som er en del av fremtidig utvikling og felles styringsmodell.	Uklart hva som er status for innføring i kommunesektoren og hvilke av disse registrene som er i bruk. Det er en oppfatning at dagens grunndata i mindre grad består av registre som kommunene er aktive brukere av, eller utviklet med kommuner som primærmålgruppe.	Videreutvikling av Grunndata må sees i sammenheng med utvikling av Grunnmur.  Utforming av grunndata må sees i sammenheng med Akson og hva som skal legges inn i samhandlingsløsninger.

For at en kommune skal ha mulighet til å innføre en ny nasjonal e-helseløsning er det en rekke faktorer som må være oppfylt. Det må være en rød tråd fra nasjonal e-helsestrategi til felles styring, utvikling og innføring av de prioriterte e-helseløsningene. KS vil her fremheve følgende sentrale faktorer som bør være realisert for at den samlede styringen og realiseringen i praksis skal fungere etter sin hensikt:

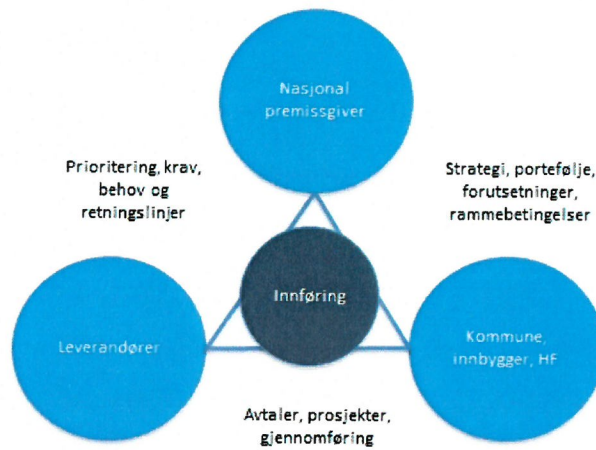
- Direktoratet har utviklet og fått tilslutning til en nasjonal e-helsestrategi som gir en tydelig retning for alle helseaktører om satsningsområdene de neste årene. Dette er basert på beslutningsstrukturer der det inviteres til større grad av forpliktelse fra alle involverte og berørte parter.
- Den nasjonale e-helsestrategien danner utgangspunktet for en felles prioritering av den nasjonale e-helseporteføljen, og forutsetninger, gjensidige avhengigheter, rammebetingelser og suksessfaktorer er vurdert og hensyntatt. Dette inkluderer en vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene, med en avklaring om overgangs- og finansieringsordninger.

- Det totale finansieringsbehovet er identifisert og fordelt på de involverte og berørte parter, inklusive alle infrastrukturoppgaderinger som kommunene må gjennomføre eller ha tilgang til (høyhastighets internett/mobildekning, PKI, sertifikater mv.). Dette danner grunnlaget for en samfunnsøkonomisk analyse knyttet opp mot nasjonale målsetninger om pasientens helsevesen og fordeling av nyttegevinster for den enkelte aktør.
- Den nasjonale porteføljen prioriteres med vekt på å identifisere, formidle og realisere nytteverdien for interessentene. Nyttestyrte utvikling vil gi bred støtte for de prioriterte tiltakene. Det vil igjen danne grunnlaget for innsatsfaktorene samt grunnlaget for en nøkkelfordeling av kostandene for løsningene basert på forutsigbare finansieringsmodeller. Det etableres betalingsmodeller som tar hensyn til omfang og bruk i de enkelte kommunene, med andre ord etter reelt antall brukere i målgruppen for e-helseløsningen, og den nytten de har.
- Den nasjonale e-helseporteføljen vurderes opp mot fremtidige tiltak, eksempelvis Akson og digitaliseringsstrategi for offentlig sektor, med vurdering av avhengigheter, overgangsstrategier og konsekvensvurderinger for kommunene.
- Den nasjonal porteføljen planlegges med vekt på langsiktighet der midler og ressurser allokeres i hele prosjektets levetid. Porteføljen vurderes og justeres basert på nytteverdi og realiseringsevne for de respektive partene. Det vurderes insentivordninger og prosjektstøtte for å legge til rette for realisering i henhold til avtalt fremdrift.
- Kommunene gjennomfører en prioritering av egen portefølje og meddelt nasjonale tjenesteleverandør tidspunkt, forutsetninger og behov for innføring. Det etableres en effektiv spredningsstruktur gjennom regionale nettverk.
- Det etableres effektive involverings- og forankringsstrukturer som kan sikre behovsinnsikt, involvering og forankring. Her igjen kan regionale nettverk ha en betydning.
- Leverandørmarkedet får tydelig budskap om forutsetninger, krav og prioriteringer som ligger til grunn for den nasjonale e-helseporteføljen, og da med klar forståelse for hva og hvordan de kan støtte kommunene i dette arbeidet.
- Direktoratet bidrar til å identifisere hvilke leverandører som oppfyller nasjonale retningslinjer, krav og veiledere med formål å støtte kommunene i valg og oppfølging av deres egne leverandører.
- De prioriterte nasjonale e-helseløsningene utvikles, testes og piloteres i samarbeid med kommunene, i henhold til nasjonale standarder, retningslinjer og veiledere.
- Kommunene etablerer lokalt innføringsprosjekt med ansvar for tekniske tilpasninger, opplæring, gevinstrealisering mv. Det er etablert virkemidler for å få på plass avtale med leverandører for å utvikle funksjonalitet (EPJ-løftet utover fastleger).
- Direktoratet sørger for støtte til etablering av de kommunale innføringsprosjektene, og støtter kommunene med opplæring, teknisk støtte, gevinstrealisering mv. for å sikre at løsningene tas i bruk.

I hovedsak handler dette om at vellykket innføring av prioriterte prosjekter forutsetter en nasjonal styringsmodell som søker balanse mellom premissgiver, bruker og leverandør, se figur 1. Det bør etableres en effektiv beslutningsstruktur/nasjonal styringsmodell som kan gjenbrukes i flere sammenhenger.

Den nye e-helseloven fokuserer i hovedsak på rollen til den nasjonale premissgiver og kommunenes plikt til å ta i bruk og betale. E-helseloven gir lite støtte til å informere eller stille krav til leverandørmarkedet. E-helseloven legger kun ansvaret for drift og forvaltning på nasjonal tjenesteleverandør. Det blir derfor en

ubalanse mellom kommunenes leverandører og nasjonale initiativ som reduserer sannsynligheten for å lykkes.



Figur 1. Avhengigheter ved innføring av nasjonale e-helseløsninger

Leverandører og kommuner implementerer ut fra de rammebetingelser som er kommunisert per i dag. Dette medfører at framdrift og implementering av nye tjenester og funksjonalitet tar lang tid. Gevinstrealisering blir da vanskelig å ta ut i sektoren både lokalt, mellom aktørene og nasjonalt.

Før en løsning eventuelt kan pålegges innført i kommunal sektor må støtte for løsningene være utviklet av leverandørmarkedet, den må være ferdig pilotert, og tatt i bruk i et representativt antall kommuner. I tillegg må det foreligge en realistisk plan for innføring i kommunal sektor, utviklet i samarbeid med staten, kommunal sektor og leverandørmarkedet. Tidspunktet for krav om innføring bør sees i sammenheng med en slik plan, og justeres i takt med eventuell fremdrift, inklusive vurdering av avhengigheter til andre løsninger. Det er knyttet stor usikkerhet til fremdriften i kommunens arbeid med implementering av løsningene. Dette innebærer, slik KS kjenner kommunesektoren, at forutsetningene i dag ikke er tilstede for en vellykket implementering av foreslåtte e-helseløsninger, og det vil ta flere år før forutsetningene er tilstede.

## 5. Manglende reell medinnflytelse fra kommunesektoren. KS foreslår å lovfeste en konsultasjonsplikt mellom stat og kommunesektor

### 5.1 Generelle merknader

KS mener at lovforslaget ikke gir kommunesektorens tilstrekkelig innflytelse verken på utvikling av e-helsetjenester tilpasset kommunens behov, prioriteringer eller utvikling av strategier som direkte berører kommunesektoren. Kommunene er heller ikke gitt en tilstrekkelig innflytelse på fastsettelse av de samlede kostnader som skal faktureres kommuner eller på kostnadsfordeling.

Denne manglende reelle innflytelse fra kommunesektoren, medfører etter KS' vurdering at det er en nærliggende risiko for at kommunesektoren vil kunne ende opp med å betale for kostnader til Norsk Helsenett SF som kommunesektoren selv ikke har direkte bruk for eller i tilstrekkelig grad er tilpasset kommunens behov, og hvor kommunesektoren heller ikke har hatt reell innflytelse på fastsatt pris. Det er videre en nærliggende risiko for at kommuner vil bli pålagt å ta i bruk og betale for e-helseløsninger som kommuner selv mener det ikke er forsvarlig å ta i bruk, jf. nedenfor.

Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025 omtaler i kapittel 2 sammenhengende tjenester med brukeren i sentrum. Offentlige tjenester skal oppleves sammenhengende og helhetlige av brukerne. Digitaliseringsstrategien slår samtidig fast at kommuner, fylkeskommuner og statlige virksomheter må samarbeide på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer for å lykkes med denne ambisjonen. Den foreslåtte styringsmodellen i lovforslaget bygger etter KS' vurdering ikke tilstrekkelig opp under dette målet. Modellen bygger heller ikke opp under uttalte mål med samhandlingsreformen om likeverdige partnere.

Den nasjonale styringsmodellen er en konsensusbasert rådgivende struktur til direktoratet for e-helse, som igjen gir råd til departementet. Teknisk beregningsutvalg vil på tilsvarende vis gi faglige råd til departementet. Representanter fra kommunal sektor deltar i kraft av kompetanse og erfaring, og samstyringsmodellen tjener godt for faglig forankring, men ikke som formell konsultering av kommunal sektor. Det er flere eksempler på at prioriteringer og råd gitt i samstyringsmodellen, ikke ivaretas i den videre beslutningsprosessen. Et eksempel her er på legemiddelområdet som har vært prioritert høyest av alle samhandlingsområdet av nasjonalt e-helsestyre og senest tatt opp av KS og DNLF i brev til departementet i tilknytning til forprosjektet Akson, men som ikke er tilgodesett med egen bevilgning eller midler. Flere andre prosjekter og satsinger er i stedet prioritert inn som nasjonale satsinger innen e-helse.

Det er derfor behov for å involvere kommunal sektor, som selvstendig forvaltningsnivå, mer formelt i den påfølgende beslutningsprosessen i større grad enn hva som gjelder i dag og departementet foreslår. Se her forslag fra KS til lovregulering nedenfor. Kommunal sektor har hele tiden påpekt behov for videreutvikling av samstyringsmodellen. Dette ble også påpekt i rapporten fra Direktoratet for e-helse som anbefalte ny organisering på e-helseområdet. Særlig er dette viktig dersom det innføres prinsipper om tvungen samfinansiering av tiltak. KS vil nedenfor foreslå flere tiltak for å bedre kommunesektorens innflytelse.

## **5.2 KS foreslår å lovfeste en konsultasjonsplikt mellom stat og kommunesektoren**

KS foreslår å supplere den rådsbaserte styringsmodellen med en lovfestet konsultasjonsplikt mellom stat og kommunesektor for tiltak som har direkte betydning for kommunesektoren. Dette gjelder både for utvikling av e-helseløsninger, strategier, prioriteringer og fastsettelse av omfang av betaling, og fordeling av betaling mellom kommuner og foretak.

KS foreslår å lovfeste at konsultasjonene med kommunesektoren skal gjennomføres med det formål å oppnå enighet. Den nærmere prosess i den forbindelse beskrives i lov. Dette innebærer ikke et krav om enighet, men er en noe mer forpliktende ordning enn retten til å bli hørt. Det foreslås beskrevet i loven at konsultasjonene skal gjennomføres i god tro og det formål å oppnå enighet. Det lovfestes at Kommunesektoren i den forbindelse må gis full informasjon om relevante forhold på alle stadier i behandling av saken, og konsultasjonens skal starte så tidlig at partene har reell mulighet til å oppnå enighet om beslutningen, jf. nedenfor.

Det foreslås et nytt kapittel i en e-helselov med overskrift «konsultasjonsordning mellom stat og kommuner». Det bør i dette kapitlet angis nærmere bestemmelser om hvilke saker som er gjenstand for konsultasjoner, hva som er formålet med konsultasjonsordningen og det nærmere innholdet i plikten. Det bør her også gis nærmere bestemmelser om kommunesektorens retten til å kreve konsekvensutredninger av forslag. Det må videre gis bestemmelse om hvem som skal konsulteres. Det er naturlig at KS her gis en sentral posisjon, men det er også naturlig at kommuner er representert i en slik ordning. Det må utredes nærmere hvordan ordningen skal organiseres på en effektiv og representativ måte. Det er videre naturlig at bestemmelsen også fastslår hva som er virkningen av brudd på konsultasjonsordningen. Det foreslås her at det vises til de alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper. Dersom staten ikke har fulgt konsultasjonsordningen med de saksbehandlingsregler mv. som er angitt, kan beslutningen om tiltak bli ugyldig dersom det er grunn for å anta at de kan ha virket inn på



beslutningen. Det innebærer for eksempel konkret at betalingsplikten ikke inntreffer før en prosess er gjennomført i samsvar med de krav som loven stiller. En slik regel om virkninger av saksbehandlingsfeil er hensiktsmessig fordi det også gir staten et insitament til å følge saksbehandlingsreglene. Det overordnede innholdet og det nærmere formålet med ordning kan for eksempel uttrykkes slik:

*«Konsultasjonene skal gjennomføres i god tro og med formål om å oppnå enighet. Staten skal gi full informasjon om relevante forhold på alle stadier i behandlingen av saken. Konsultasjonsordningen skal starte så tidlig at partene har reell mulighet til å oppnå enighet om beslutningen. Konsultasjonsordningen skal avsluttes når partene antar at det ikke er mulig å oppnå enighet».*

Det er KS' vurdering at en slik konsultasjonsordning vil øke kommunesektorens reelle innflytelse både på utvikling av e-helseløsninger, og betalingsplikt, og gi økt legitimitet til ordningen og bedre samspillet mellom aktørene.

### **5.3 Forslag til endring av det teknisk beregningsutvalget**

KS foreslår også at rollen til det tekniske beregningsutvalget styrkes. Departementet har i forskrift § 10 begrenset utvalgets mandat til å vurdere tallgrunnlaget for beregnede kostnader til «forvaltning og drift av eksisterende nasjonale e-helseløsninger». Det bør tilføres at utvalget også bør se på fordeling av kostnader mellom kommuner og foretak i lys av prinsipper for fordeling som foreslås i lov/forskrift. Utvalget bør også vurdere det samlede kostnadsnivået, og ikke bare vurdere hva som er pris/faktureringsbeløp for det enkelte tiltak. Utvalget bør også påse at eventuelle kostnader i Norsk Helsenett SF som eventuelt ikke skal kunne faktureres kommuner, for eksempel utredningskostnader, holdes utenfor.

Det foreslås også at det teknisk beregningsutvalget settes sammen med 1/3 representanter for kommunesektoren, 1/3 representanter for staten, og 1/3 nøytrale parter. Eventuelle andre deltakere gis møte og talerett, men ikke stemmerett.

Det bør vurderes hvorvidt det skal fremgå av loven at departementet skal legge «stor vekt» på det tekniske beregningsutvalget.

### **5.4 Andre tiltak som kan bedre kommunesektorens innflytelse**

KS vil også foreslå andre bestemmelser i lov som sikrer kommunesektoren mer reell innflytelse på utvikling av e-helseløsninger. Det bør vurderes inntatt egne bestemmelser i forskrift som beskriver den nasjonale styringsmodellen for e-helse bestående av Nasjonalt e-helsestyre (NEHS), Prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA). De nasjonale utvalgene tilrår nasjonal strategi, prioriteringer og strategiske veivalg for e-helse. Relasjonen til de nye områdestyrene bør tydeliggjøres og mandatet for disse avstemmes opp mot styringsmodellen. For sentrale nasjonale løsninger er det i tillegg etablert produktstyrer som anbefaler målbilde og veikart, prioriterer større endringsbehov og foreslår nye prosjekter til nasjonal e-helseportefølje. Det bør vurderes om det skal angis i lov eller forskrift at disse organene har en rådgivende funksjon. Det bør samtidig fremgå at representasjonen skal sikre reell innflytelse fra kommunesektoren. I dag tar representasjonen i styrene ikke alltid hensyn til likeverdighet mellom stat og kommune. I produktstyret for e-helsestandarder sitter staten for eksempel med syv representanter opp mot kommunenes to. Dette gir ubalanse i medvirkning og påvirkning.

Det bør uansett utredes nærmere hvordan kommunesektoren kan gis en bedre posisjon og innflytelse i Norsk Helsenett SF gjennom vedtektene, styrende organer, og avtaler også for å ha påvirkning av utvikling av løsninger.

## **6. Kommuner må kunne motsette seg bruk av e-helseløsninger og betaling dersom pålagte e-helse løsninger strider mot forsvarlighetskravet, eller øvrige lovkrav**

Departementet foreslår at senere forskrift skal regulere prosess for når kommuner plikter å ta i bruk e-helseløsninger.

KS foreslår at det vurderes hvorvidt kommuner skal kunne unnlate å etterkomme pålegg dersom den enkelte kommuner vurderer det som ikke forsvarlig å ta i bruk løsningen, eller andre lovkrav måtte være til hinder for det. Her kan for eksempel nevnes personvernutfordringer knyttet til kjernejournal. Det vises her til at kommuner er selvstendige rettssubjekter. Kommunen som brukere av de digitale løsningene vil ha ansvaret som allerede følger av helselovgivningen og pliktene som følger av personvernregelverket. Det er viktig at en e-helse lov ikke forskyver dette ansvaret eller på noen måte forringer kommunenes reelle og faktiske innflytelse for de kommunale helsetjenester og det dataansvaret kommunene har i utøvelsen av disse tjenestene.

KS mener derfor det bør vurderes lovregulert at kommuner kan unngå å følge et pålegg om bruk av en e-helseløsning / betale for en tjeneste som kommunen ikke mener er forsvarlig å ta i bruk eller bryter med andre lovkrav.

Dersom staten mener at kommunen ikke har grunnlag i lovens krav om forsvarlighet eller øvrig lovkrav, må i siste instans domstolene ta stilling til om kommunene har lovlig grunnlag for å nekte å ta tjenesten i bruk/betale for løsningen. Det bør vurderes alternative tvisteløsninger blant annet fordi det kan gi raskere og mer fagkyndig behandling.

## **7. Pålegg om å sende inn planer av nasjonal betydning**

KS mener forslaget om foreleggelsesplikt og pålegg i forbindelse med e-helsetiltak av nasjonal betydning er strengt, og vi kan vanskelig se hensikten med en slik regel for kommunal sektor. Det bør være en frivillig ordning. Det vises også til at det kan være uklart hva som er «nasjonale» løsninger. KS vil her også påpeke at vi opplever at det er en betydelig vilje i kommunesektoren om samarbeid med staten om den nasjonale e-helseutvikling til det beste for pasienten. Det er også behov for en nærmere utredning knyttet til opphavsrettslige spørsmål knyttet til plikten til oversendelse av slike planer.

Lasse Hansen

Kristine Weidemann Wieland



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Vår referanse: 19/02789-2  
Arkivkode: G00 &00  
Saksbehandler: Terje Wistner,  
Medsaksbehandler  
Deres referanse:  
Dato: 06.12.2019

## Ny e-helselov - dataansvar som følge av virksomhetsoverdragelse

Vi viser til brev av 28. oktober 2019 der departementet ber om høringsinstansenes syn på forslagene til ny e-helselov med forskrifter med høringsfrist 15. januar 2020.

Med dette avgis KS' høringsuttalelse til den delen av forslaget som gjelder flytting av dataansvar som følge av virksomhetsoverdragelse med høringsfrist 9. desember.

### *Forslag fra HOD*

Departementet foreslår å flytte det forskriftsfestede dataansvaret for kjernejournal, reseptformidleren og dødsårsaksregisteret til Norsk helsenett SF i forbindelse med overføring av oppgaver fra direktoratet for e-helse.

Departementet forslår å flytte dataansvar som inngår i direktoratet for e-helse sitt ordinære virksomhetsansvar for Helsenorge.no til Norsk helsenett SF.

Departementet fastslår at de registereierne, som er dataansvarlige for sine respektive registre, skal utlevere helseopplysninger til Norsk helsenett SF som er dataansvarlig for den videre behandlingen.

### *Drøfting*

Overføring av det allerede forskriftsfestede dataansvar som i dag ligger til Direktoratet for e-helse, til Nasjonal tjenesteleverandør for e-helse, endrer ikke på ansvarsforholdet mellom stat og kommune. KS anser det som en fordel at dataansvaret følger med overføring av oppgaver for å sikre ansvaret i en tydelig styringslinje. Vi er enige med HOD at forskriftsendringene er i stor grad av teknisk karakter.

Overføring av dataansvaret for helsenorgeplattformen, felleskomponentene og flere av tjenestene på Helsenorge.no til Norsk Helsenett SF, er å anse som en videreføring av ansvarsforholdet mellom stat og kommune selv om dette ikke er forskriftsfestet. Vi er enige med HOD om at dataansvaret bør følge de ordinære reglene og ikke forskriftsfestes i denne omgangen. Det er viktig å presisere i denne sammenhengen at dataansvaret for de enkelte tjenestene og løsningene må vurderes fra gang til gang i samråd med sektoren.

Personopplysninger i grunndata er samlet fra flere registereiere, herunder Helsedirektoratet, Skatteetaten, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF. Vi forstår det slik at en samling av disse registrene ikke er å anse som felles dataansvar; registereierne har dataansvar for sine respektive registre,

men Norsk Helsenett SF er dataansvarlige for den videre behandlingen. Vi er enige med HOD om tilnærmingen og at dette bør reguleres i forskrift.

#### *Generelt om styringsmodell og utøvelse av dataansvaret*

Deler av de nasjonale e-helseløsningene, inklusive deler av grunndata, er å anse som en del av den samfunnskritiske infrastrukturen som ved videreutvikling, tilpasning og innføring i kommunesektoren vil bidra til at kommunene skal kunne utøve sine lovpålagte helsetjenester på effektivt vis.

Det er dataansvarlig sitt ansvar å sørge for at løsningene og grunndata til enhver tid oppfyller kravene til informasjonssikkerhet og beredskap, kvalitet og personvern. Det påhviler dataansvarlig et særskilt ansvar å gjennomføre tiltak som til enhver tid sikrer at kommunene kan stole på og ha tillit til at de nasjonale e-helseløsningene og tjenestene.

Departementet påpeker at dataansvarlig skal «bestemme formål med behandlingen av helseopplysninger og hvilke midler som skal benyttes». Videre at dataansvaret skal ligge hos en aktør som har «reell kontroll på utøvelsen av oppgaver og ansvar». Vi mener at det påhviler dataansvarlig et særskilt ansvar å gjøre en konsekvensvurdering av tiltakene før disse gjennomføres. Konsekvensvurderingen må omfatte en vurdering fra berørte parter og drøftes med virksomhetene før tiltakene implementeres. Det er viktig å avklare ansvaret for opplysningene dersom kvaliteten på opplysningene er forringet og medfører feil ved utførelse av de kommunal tjenestene.

I tillegg må det gjøres tydelige avgrensinger for rekkevidden av dataansvaret for de virksomhetene som benytter helseopplysningene. Hver virksomhet har et selvstendig ansvar å forvalte helseopplysninger som benyttes i tråd med lover og forskrifter. Dataansvarlig (Norsk helsenett SF) skal ikke være en tilsynsmyndighet og kan heller ikke instruere, også gjennom eventuelle tilknytningsavtaler, kommunene i deres ytelse av helsetjenester. Departementet må derfor avklare eksplisitt hvor grenser går ved gjennomføring av tekniske og organisatoriske tiltak. Det må i tillegg tydeliggjøres eierskap til dataene og at disse ikke skal gjenbrukes til formål som er uforenelige med det opprinnelige formålet med behandlingen av opplysningene.

Departementet fastslår i §6 at kommunene «skal gjøre de nasjonale e-helseløsningene [ ... ] i §5 tilgjengelige i virksomheten fra tidspunktet fastsatt i forskrift». Det anmerkes at kommunene er selvstendige virksomheter som er pålagt å sikre forsvarlige helsetjenester til befolkningen. Det innebærer at det er den enkelte virksomhet som har en plikt til å sikre at systemer og løsninger kun kan tas i bruk dersom virksomhetseier anser disse som forsvarlige. Tidspunktet for å ta i bruk løsningene må derfor ta hensyn til at kommunene må godkjenne løsningene før de kan tas i bruk i virksomheten. Dette vil utdypes i KS høringsvar på e-helseloven som vil oversendes innen oppsatt frist 15. januar.

Med vennlig hilsen

Kristin Wieland  
Områdedirektør FID

Terje Wistner  
Programdirektør Akson