

Fornyings- og administrasjonsdepartementet

Postboks 8004 Dep

Deres ref.: 200701034-/HES
Saksbehandler: IEK
Vår ref.: 08/7696
Dato: 23.09.2008

0030 OSLO

Høring - arbeidsgrupperapport om felles IKT-arkitektur. Felles elektronisk tjenesteyting i offentlig sektor

Vi viser til høringsbrev 25.06.2008 og rapport fra ovennevnte arbeidsgruppe.

Helsedirektoratets høringssvar bygger på vurdering i forhold til både Helsedirektoratets eget forvaltningsansvar for IT-løsninger, og IT-utviklingen og samordningsbehov i helsetjenesten generelt.

Helsedirektoratet mener generelt at rapporten tar opp viktige og relevante tema for IT-utviklingen i offentlig sektor, og vi støtter de overordnede prinsippene og retningen på arbeidet. Men ambisjonsnivå, gjennomføringstempo og hva som skal være obligatorisk (på kort og lengre sikt) vil kreve nærmere vurderinger og konkretisering. Vi tror spesielt de valgene man gjør i forhold til styringsprinsipper (kapitel 6) vil ha avgjørende betydning for realisme og gjennomføring av forslag i de øvrige kapitlene. Vi tror et suksesskriterium vil være at det ligger incentiver i å velge felles løsninger kontra egne – i stedet for bare å oppfordre til bruk av fellesløsninger.

Vi ser det som positivt at rapporten legger vekt på utvikling av løsninger for samhandling mellom offentlige virksomheter, og mener det er nødvendig for å oppnå felles løsninger for tjenesteyting overfor borgere og næringsliv.

Nedenfor gir vi noen tilbakemeldinger på de spørsmålene departementet stiller i tilknytning til de fire hovedtemaene i rapporten, og trekker frem problemstillinger som vi anbefaler blir vurdert i det videre arbeidet.

Kap. 3 - Arkitekturprinsipper

FAD stiller spørsmål til høringsinstansene om eventuelle supplerende arkitekturprinsipper, om prinsippene bør operasjonaliseres ytterligere, om de bør være obligatoriske eller veiledende, og tidsperspektiv.

Helsedirektoratet mener de 8 arkitekturprinsippene som nevnes er relevante, og bør legges til grunn som retningsgivende for IT-utviklingen i hele offentlig sektor. Prinsippene er i hovedsak i samsvar med, men mindre konkretisert enn det som nå

Helsedirektoratet «Soa_Navn»

«Sse_Navn»

«Sbr_Navn», tlf.: «Sbr_Tlf»

Postadr: Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadr: Universitetsgata 2 • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

foreligger som forslag til styrende prinsipper for IKT-arkitektur i spesialisthelsetjenesten.

Vi mener det må gjøres en nærmere avgrensning av hva som bør være obligatorisk, både i forhold til tidsperspektiv for gjennomføring, og type tjenester. Overgang til nye arkitekturprinsipper bør kunne skje over tid i forbindelse med utvikling og anskaffer.

Prinsipp for interoperabilitet bør konkretiseres, og man bør starte med å velge noen prioriterte områder for felles begreps- og informasjonsmodeller og aktuelle forvaltningsstandarder. Erfaringene fra helsevesenet er at arbeidet med begrepsstandardisering og informasjonsmodeller er omfattende og krever ressurser for både vedlikehold og drift.

Full gjennomføring av alle prinsippene for "*enhver løsning*" virker ambisiøst, her må det være rom for en relevansvurdering (i forhold til betydning for offentlige tjenester og samordning) og avgrensning.

Utvikling av fellestjenester kan være en viktig drivkraft og kan eventuelt gjøres tilgjengelig som et tilbud.

Når det gjelder tjenester overfor borgere og næringsliv, kan det være hensiktsmessig med noen arkitekturprinsipper som er ufravikelige, for å bidra til at borgerne lettere gjenkjenner måten å bruke elektronisk selvbetjeningsløsninger på.

Prinsippene kan gjøres gjeldende raskt, men gjennomføringen må skje over tid og knyttes opp mot nyutvikling og anskaffelser. Omstillingskostnader i forhold til eksisterende løsninger må vurderes.

Kap. 4 - Virksomhetsprosesser

FAD reiser spørsmål om den tilnærmingen som omtales bør legges til grunn for interessentanalyse ifm. utvikling av IKT-løsninger i offentlig sektor, om behovet for felles løsninger blir tilstrekkelig begrunnet i de omtalte prosessene, og om det er andre prosesser som bør beskrives.

Helsedirektoratet mener det er positivt at man velger et utvalg tverrgående virksomhetsprosesser for nærmere analyse og tiltak. eDialog som tilnærming/rammeverk for analyse av tverrgående prosesser virker interessant.

Forslag til tverrgående prosesser som bør beskrives:

- En gjennomgang av prosess for Identitetshåndtering bør inkludere identitetshåndtering for utenlandske arbeidsarbeidstakere i Norge. Autentisering av utenlandsk helsepersonell har bl.a. vært en utfordring i forbindelse med bruk av eResept.
- Prosess for adresseending og vedlikehold av adresser. Dette bør ses i sammenheng med utveksling av grunndata på personinformasjonsområdet, jf. rapport som nå er på høring.

Kommentar til pkt. 4.3.7: Helhetlig pasientforløp omfatter mange ulike typer prosesser hvor det kan benyttes ulike former for IKT støtte. Det bør presiseres at prosessbeskrivelsen ikke beskriver hvordan prosessen er i dag, men gir et *eksempel* på hvordan kjernejournal som løsningskonsept kan støtte samhandlingsprosesser. Det pågår utredning av behov og mulige bruksområder for denne type fellesløsninger i helsetjenesten, og om det bør være et nasjonal løsning.

Kap. 5 - Felleskomponenter og fellestjenester

FAD stiller spørsmål til høringsinstansene om de foreslåtte felleskomponentene og fellestjenestene er dekkende for egen virksomhet og offentlig sektor generelt, hva som bør prioriteres, og hvilke krav som bør stilles til komponentene/tjenestene for at de skal kunne bli gjort obligatoriske.

Arbeidsgruppens rapport vurderer og avveier ulike hensyn og virkemidler for å oppnå mer felles løsninger i forvaltningen, som organisering av felles (nasjonale) systemer, utvikling av felles komponenter som kan benyttes (integreres) i egen virksomhet, eller standard krav til løsninger. Vi mener dette er viktige avveininger som må gjøres, også i forhold til konkurransemessige hensyn.

Begrepet felleskomponenter virker uklart, det bør kanskje konkretiseres mer hva man legger i det i forhold til fellestjenester eller fellessystemer. Vi er usikker på hvor mye man kan oppnå ved å satse på gjenbruk og integrasjon i egne systemer av enkeltkomponenter som utvikles i forskjellige virksomheter.

Vi tror at på mange områder vil det være mer effektivt å satse mer på utvikling og organisering av fellestiltak og fellestjenester som f.eks. i AltInn. En sentral satsing på infrastrukturtjenester og fellesløsninger kan være en viktig drivkraft for mer like løsninger.

Vi vil anbefale at det igjen vurderes å ta i bruk av sentrale rammeavtaler på utvalgte områder som virkemiddel for å oppnå mer likhet i løsninger.

Nedenfor nevnes områder som vi anbefaler blir prioritert:

- Organisering av felles tjenester for forvaltning og formidling av grunndata bør gis høy prioritet i en felles infrastruktur for samhandling.
- Felles standarder og krav til skjemaforming. Noen grunnleggende krav bør kunne gjøres obligatoriske. I tillegg bør det finnes et tilbud om en felles skjemamotor, f.eks. i Altinn.
- Fellesløsning for autentisering (eID). Her kan det både være aktuelt med en fellestjeneste med samtrafikknave, og utvikling av en felleskomponent som kan benyttes for signering lokalt i virksomhetene (bl.a. for samhandling mellom offentlige virksomheter). Helsedirektoratet ser behov for en standardisert løsning (komponent) for signering som kan integreres med virksomhetenes systemer lokalt, eventuelt en sentral rammeavtale for dette.
- Felles metadata på prioriterte områder. Det bør foretas en tydelig prioritering, og nødvendige ressurser må avsettes sentralt.

Når det gjelder fellesløsning for innkreving for avgifter og gebyrer bør man kanskje vurdere en fellestjeneste fremfor en felles komponent.

Fellestjenester kan gjerne utvikles som tilbud til virksomhetene. Hovedprinsippet for styring av bruken bør være at tjenestene er så gode og effektive at virksomhetene ser seg tjent med å bruke dem. Det er vanskelig å ha et obligatorisk krav om bruk av fellestjenester som Minside og Altinn hvis de ikke tilfredsstiller arkitekturprinsippene, har manglende fleksibilitet eller ikke er basert på åpne standarder.

Dersom man i statlig regi utvikler monopoliserte tjenestetilbud som ikke er underkastet fri konkurranse, må konkurransespørsmål vurderes i forhold til EØS-regler. Vi tror at felles tjenester er veien å gå i forhold til kostnadseffektivitet og samhandling. Det vil sannsynligvis være mer attraktivt i forhold til medarbeidere som får større fagmiljøer. Imidlertid må man ikke undervurdere behovet for IKT kompetanse i den enkelte virksomhet knyttet til kravhåndtering og oppfølging.

Under pkt. 5.3.2. omtales formidlingssentral og meldingssentral under overskriften Samtrafikknnav. Det er vanskelig å få tak i hvilke funksjoner tjenesten er ment å dekke. I strategi for eID i offentlig sektor omtales behov for et samtrafikknnav som støttetjeneste for å håndtere eID og e-signatur. Mener man her utvidet tjeneste for informasjonsutveksling i forhold til dette?

Kap. 6 styringsprinsipper:

FAD stiller spørsmål til høringsinstansene om det bør etableres nye styringsmekanismer i gjennomføringen av en felles IKT-arkitektur for offentlig sektor, hvilken modell bør velges, og hvilke fullmakter (myndighet) bør en ha i en tverrdepartemental styringsfunksjon, styringsråd og en mer operativ forvaltningsenhet.

Rapporten gir mange reflekterte betraktninger og avveier ulike hensyn rundt dette. Helsedirektoratet er enig i at det er behov for en ny styringsstruktur for å sikre gjennomføringskraft, og støtter vurderingene i rapporten rundt økt behov for sentral styring.

Vi mener det er behov for en sterk operativ enhet med et sterkt fagmiljø for å ivareta sentral koordinering, et styringsråd uten et slikt miljø vil neppe være tilstrekkelig.

Økonomi vil være et viktig styringsvirkemiddel. Vi er enige i at budsjettpraksis må understøtte tverrsektorielle hensyn. Vi støtter forslaget i rapporten om at det stilles krav i budsjetttildelingen til virksomhetenes IT-utvikling.

Det bør settes av ressurser sentralt til utvikling av fellesløsninger, og man bør vurdere å løse flere oppgaver som nasjonale fellestiltak og fellestjenester. På dette området mener vi at Norge hittil har vært for forsiktig i forhold til mange andre land som har satset mer på sentral finansiering av fellesløsninger.

Kommentar til punkt 6.8.1: Tverrdepartemental styringsfunksjon. Helsedirektoratet har ikke sterke synspunkter på hvor det sentrale ansvar før forankres. Men vi tror at alternativ 3 med deling av oppgaven mellom FAD (ansvar for arkitektur og standarder)

og FIN (ansvar for oppfølging og budsjettprosess) vil bli vanskelig. De som skal har det sentrale styringsansvaret må også følge prosessene tett og kjenne utfordringene. Det bør ikke oppstå tvil om hvor styringsansvaret ligger.

Helsedirektoratet vil gjerne involveres i videre arbeid.

Kap. 7 - Samfunnsøkonomisk analyse av felles IKT-arkitektur

Analysen i rapporten sannsynliggjør at det vil være lønnsomt at det satses mer på fellesløsninger. Det kunne være interessant om det ble gjort en mer konkret analyse på et avgrenset område av faktisk ressursinnsats for å løse likeartede oppgaver etter linjeansvarsprinsippet, og hvilke kostnader som påløper på grunn av manglende samordning og integrasjon. En gjennomgang av hver enkelt virksomhet sitt forbruk av IKT relaterte midler klassifisert innen ulike områder kan kanskje være et nyttig verktøy i forhold til å vurdere potensialet for mulige besparelser, og følge opp resultater i etterkant.

Omstillingskostnader i forhold til eksisterende løsninger er imidlertid lite reflektert i rapporten, og må vurderes i forhold til tidsperspektiv for migrering til felles arkitekturprinsipper. En refleksjon knyttet til hvilke endringer de ulike virksomhetene vil måtte gjøre i forhold til IKT styring vil også være nyttig.

En sentralisert løsning vil "frata" virksomhetene frihet til tilpasning til interne behov, men vil sannsynligvis være en god test på kost/nytte i et bredere perspektiv, og gi bedre samordnede, og mer kostnadseffektive løsninger for forvaltningen samlet.

Vennlig hilsen

Hans Petter Aarseth .
divisjonsdirektør

Asbjørn Seim
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
Helsedepartementet
KITH