

Høringsinstansene, se vedlagte liste

Deres ref

Vår ref  
200604868-/HMS

Dato  
16.03.2007

## NY FORVALTNINGSMODELL FOR HELSEREFUSJONSOMRÅDET – HØRING

### 1. INNLEDNING

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) legger med dette frem forslag til fremtidig organisasjonsmodell for helserefusjonsforvaltningen.

Høringsbrevet sendes berørte virksomheter, jf. vedlagte liste. Vi ber om at høringsinstansene vurderer videreformidling til evt. underliggende organisasjoner. Saken er også tilgjengelig på nettadressen: [www.regjeringen.no/helserefusjoner](http://www.regjeringen.no/helserefusjoner)

Frist for høringssvar settes til 1. mai 2007.

### 2. SAMMENDRAG

Det er besluttet at helserefusjonsområdet skal overføres fra arbeids- og velferdsforvaltningen til sosial- og helseforvaltningen senest innen 2010, jf. St.prp. nr. 66 (2005-2006) og Innst. S. nr. 205 (2005-2006). Man er nå i prosess for å vurdere hvordan området skal organiseres innenfor sosial- og helseforvaltningen.

Stønad til helsetjenester, såkalte helserefusjoner, omfatter bl.a. refusjon av utgifter til legemidler, for konsultasjon hos lege, psykolog, tannlege, samt ved poliklinikker, laboratorier og røntgeninstitutter. Helse- og omsorgsdepartementet forvalter ansvaret som i hovedsak er hjemlet i kap. 5 i folketrygdloven. Myndighet er delegert til Arbeids- og velferdsetaten, som står for utbetaling av refusjoner til behandlere og medlemmer av folketrygden i størrelsesordenen 24 mrd. kroner<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> 2005

Det er etablert et prosjekt i Arbeids- og velferdsdirektoratet som har utredet alternative forvaltningsmodeller for overføring av området til sosial- og helseforvaltningen. Det er etablert en partssammensatt styringsgruppe for omstillingsprosjektet som ledes av Helse- og omsorgsdepartementet.

Området skal gjennomgå både en forvaltningsreform og en digital reform som skal bidra til bedre og mer effektive offentlige tjenester for brukerne. En ny organisering av helserefusjonsfeltet har som mål å styrke både sosial- og helseforvaltningen og arbeids- og velferdsetaten. Arbeids- og velferdsetaten kan rette innsatsen mot å få flere i arbeid og aktivitet. En egen helserefusjonsforvaltning kan sette forenkling av tjenestene for brukerne i fokus, samt styrke kontroll- og styringssystemene. Tjenestene knyttet til refusjon skal etter noen år kunne utføres fullt ut elektronisk. Dette er i tråd med regjeringens mål for fornyingsarbeidet i offentlig sektor.

*Det er de organisatoriske endringene ved å flytte helserefusjonsområdet fra Arbeids- og velferdsetaten til sosial- og helseforvaltningen (forvaltningsreformen) som er gjenstand for høring, jf dette fremlegget.*

Det anbefales en ny forvaltningsmodell der helserefusjonsområdet integreres i Sosial- og helsedirektoratet. I denne modellen etableres et stort og helhetlig fagmiljø på finansieringsordninger for både primær- og spesialisthelsetjenesten. Departementet ser det som en styrke at én organisasjon får et helhetlig ansvar for forvaltning og utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Refusjonsordningene er et viktig virkemiddel for å sikre og styre tilbud og etterspørsel etter helsetjenester.

Modellen gir en klar og ryddig styringslinje i sosial- og helseforvaltningen. Den nye organisasjonen må gi høy prioritet til arbeidet med forenkling og effektivisering av brukernes møte med helserefusjonsforvaltningen, særlig gjennom utvikling av elektroniske løsninger. Tjenestetilbudet til brukerne er i dag lite tilpasset en moderne, elektronisk service.

Sosial- og helsedirektoratet vil eventuelt få resultatansvar for området. Departementet vil styre helserefusjonsområdet gjennom det årlige tildelingsbrevet til direktoratet, samt gjennom den ordinære styringsdialogen.

Reformen vil innebære omstilling for de ansatte som i dag arbeider med helserefusjoner i Arbeids- og velferdsetaten. Det er vedtatt å legge til grunn at stillingstryggheten i omstillingsavtalen som ble inngått med de ansatte i NAV-reformen, skal gjelde tilsvarende for de ansatte som arbeider på helsetjenesteområdet i Arbeids- og velferdsetaten. Ingen skal sies opp i forbindelse med gjennomføringen av organisasjonsendringene på helserefusjonsområdet.

### **3. BAKGRUNN**

Det er besluttet at forvaltningsansvaret skal overføres fra Arbeids- og velferdsetaten til sosial- og helseforvaltningen senest innen 2010, jf. St.prp. nr. 66 (2005-2006) og Innst. S. nr. 205 (2005-2006).

Videre er det igangsatt prosesser knyttet til å digitalisere oppgaveløsningen (utvikle elektroniske tjenester) og forenkle regelverk /rutiner på helserefusjonsområdet. Dette er et arbeid som har pågått i flere år, og som Arbeids- og velferdsetaten vil videreføre inntil videre.

Helserefusjonsoppgavene er bl.a. knyttet til:

- refusjon ved behandling hos ulike behandlergrupper, f.eks. lege og psykolog
- frikort ved egenandelstak 1 og 2
- refusjon av utgifter til legemidler ("blåresept")
- direkte oppgjørsordninger mellom Arbeids- og velferdsetaten og behandlere og tjenesteytere (leger, apotek m.v.)
- oppgjørsordning for statlige helseinstitusjoner og helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.

Stønader til helsetjenester utgjorde i 2005 om lag 24 mrd. kroner. Utgifter til legemidler, offentlige poliklinikker, egenandeler og allmennlegehjelp er de største utgiftsområdene. I tillegg forvalter Arbeids- og velferdsetaten administrasjonen av blant annet listesystemet i fastlegeordningen, pasientformidling ved fristbrudd og utstedelse av helsetrygdkort.

Det er etablert et prosjekt i Arbeids- og velferdsdirektoratet som har utredet alternative forvaltningsmodeller for overføring av området til sosial- og helseforvaltningen. Prosjektet styres fra HOD. Se [www.regjeringen.no/helserefusjoner](http://www.regjeringen.no/helserefusjoner) for mer informasjon om prosjektet.

## **4. MÅL FOR OMORGANISERINGEN**

### **4.1. Overordnet**

En ny organisering av forvaltningen av helserefusjoner har som mål å styrke både sosial- og helseforvaltningen og arbeids- og velferdsforvaltningen. Arbeids- og velferdsetaten kan gjennom den nye organiseringen rette innsatsen mot å få flere i arbeid og aktivitet. En egen helserefusjonsforvaltning kan sette forenkling av tjenestene for brukerne i fokus og sikre best mulig bruk av ressursene, samt styrke kontrollsystemene.

Et overordnet mål er at en gjennom en forvaltningsreform og en digital reform skal bidra til bedre og mer effektive offentlige tjenester for brukerne. Tjenestene knyttet til refusjon skal etter noen år kunne utføres fullt ut elektronisk. Prosjektet er et ledd i regjeringens arbeid med fornying av offentlig sektor. De vanligste tjenestene innbyggerne bruker skal kunne utføres elektronisk. Et eksempel på slik forenkling er de senere års store endringer i skatteforvaltningen bl.a. gjennom utviklingen av elektroniske selvangivelser.



Figur 1: Hovedmål

Utgangspunktet for omorganiseringen er at oppgaver og ansvar skal være organisert på en måte som:

- tilfredsstillende krav til brukervennlighet, herunder rask og korrekt utbetaling, samt gir mulighet til å gi råd og veiledning
- sikrer effektiv ressursutnyttelse og faglig forsvarlig oppgaveløsning
- forenkler og i større grad digitaliserer saksbehandlingen
- sikrer god forvaltning/ kontroll og gode økonomiske styringsdata.

#### 4.2. Forvaltningsreformen: Legge til rette for å utvikle finansieringsordningene og kontrollsystemene

Reformen skal sikre en organisasjonsmodell som kan utvikle brukervennlige løsninger og sikre god veiledning/ informasjon. Videre skal den nye organisasjonen legge til rette for å utvikle finansieringsordningene og kontrollordninger. Modellen skal forenkle styringslinjene og samorganisere fagmiljøer på finansiering av helsetjenester. Den nye organisasjonen skal ha gode analysemiljøer som leverer styringsdata til overordnede myndigheter.

#### 4.3. Den digitale reformen: Forenkling for brukerne

På områder hvor brukere ikke har behov for skranketjenester, skal det i forbindelse med NAV-reformen opprettes spesialenheter som ivaretar saksbehandling og veiledning. Målet er å sikre økt kvalitet og effektivitet i møtet mellom brukerne og forvaltningen.

Brukere som har krav på å få refusjon for utlegg de har hatt på helsetjenester skal kunne få dette gjennom elektroniske løsninger på Internett. Det gjenstår å utvikle elektroniske løsninger for noen områder. Her vil brukerne i en overgangsperiode sende refusjonskravene sine pr post. Over tid innebærer dette at det ikke lenger vil være samme behov for å fysisk oppsøke et offentlig kontor (eksempelvis NAV-kontorene) for å få refundert utlegg. De som likevel vil ha behov for å oppsøke et offentlig kontor vil fortsatt ha mulighet til dette for å få den hjelpen de trenger.

Det har de siste årene vært stor utvikling på dette området, først med avtaler om direkte oppgjør og siden med utvikling av elektroniske løsninger og systematisk utvikling av kontrollvirksomheten. Det er viktig å arbeide videre på dette området med følgende mål:

1. Utvikle elektroniske løsninger slik at alle behandlergrupper med direkte oppgjørsordning er dekket (f.eks fysioterapeuter, tannleger)
2. Øke bruken hos de behandlergruppene som allerede har mulighet til å benytte seg av elektroniske løsninger
3. Få flest mulig behandlere til å benytte elektronisk innsending av oppgjør med PKI<sup>2</sup> i stedet for innsending på diskett.

Arbeids- og velferdsdirektoratet skal arbeide for å iverksette utvikling og bruk av en elektronisk løsning for registrering av egenandeler og automatisk utsendelse av frikort. Dette vil innebære at brukeren får frikort automatisk tilsendt i posten når egenandelstaket er nådd. Behovet for å sende kvitteringer til Arbeids- og velferdsetaten vil på denne måten bortfalle. De gjenstående arbeidsoppgavene som i dag utføres ved NAV-kontorene, skal overføres til NAV Helsetjenesteforvaltning (NAV HTF).

Enkelte vil trolig ha behov for en viss bistand på NAV-kontorene, spesielt med informasjon om hvordan refusjon kan fås. Enklere type informasjon vil også kunne gis av behandlerleddet (fastlege, psykolog m.v.).

Det pågår en prosess for at helseforetakene selv skal forestå utbetaling av enkeltoppgjør for pasienttransport i løpet av 2008<sup>3</sup>.

## **5. DAGENS ORGANISERING**

### **5.1. Virksomhetene**

*Arbeids- og velferdsetaten* er underlagt Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) og består av tidligere Aetat og trygdeetaten. Arbeids- og velferdsforvaltningen består av etaten og de delene av kommunens sosialtjenester som inngår i de felles lokale NAV-kontorene, og som yter økonomisk sosialhjelp. Arbeids- og velferdsforvaltningen skal blant annet bidra til å skape et inkluderende samfunn, et inkluderende arbeidsliv og et velfungerende

---

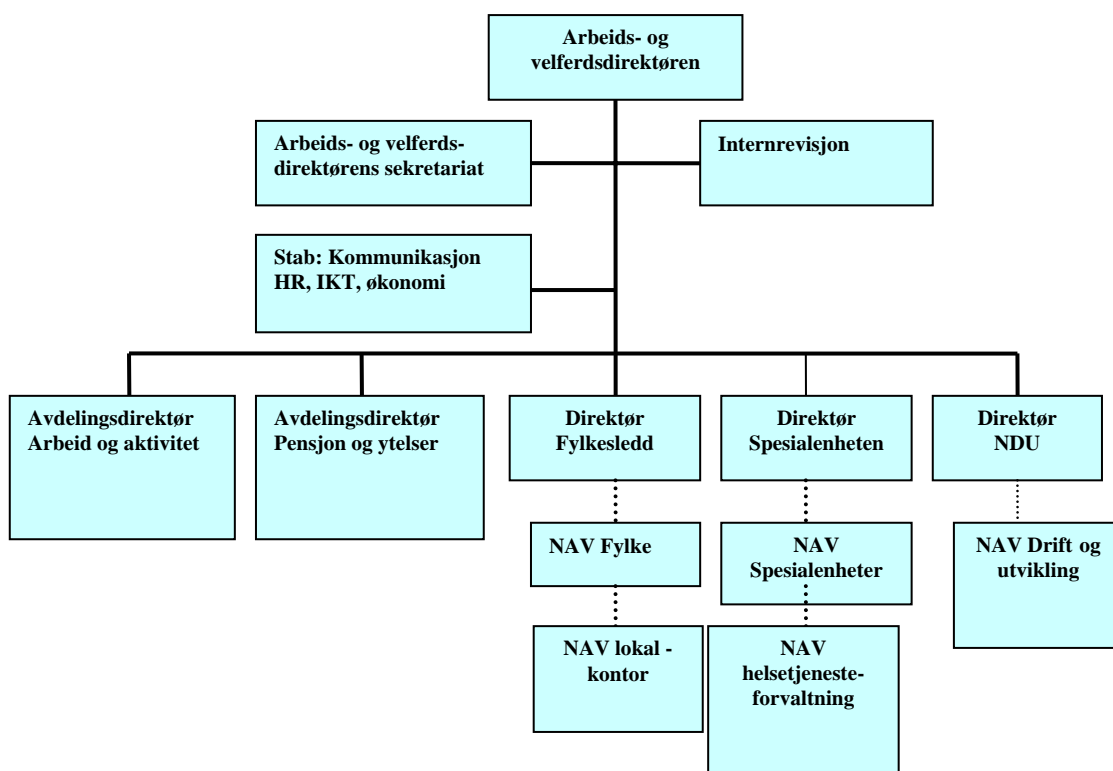
<sup>2</sup> PKI står for Public Key Infrastructure. PKI er et opplegg for elektronisk legitimasjon og signatur. Når vi kan legitimere oss og signere avtaler over Internett på en sikker måte, kan vi få tilbud om en lang rekke tjenester som vi i dag må møte opp personlig for å få gjennomført. PKI vil være en viktig faktor i utviklingen av elektronisk handel og forretningsdrift, samt i utviklingen og tilgjengeliggjøring av offentlige tjenester både for privatpersoner og bedrifter (Kilde: [www.handel.no](http://www.handel.no))

<sup>3</sup> Ansvaret for pasienttransport ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004 (jf. Ot.prp. nr. 66 (2002-2003)). De regionale helseforetakene har siden 2004 kjøpt tjenester fra trygdeetaten. Ansvaret for direkte oppgjør oppgjør til transportører ble overført fra trygdeetaten til de regionale helseforetakene fra 1. januar 2006.

arbeidsmarked. Forvaltningen skal videre ivareta vanskeligstilte gruppers behov og bekjempe fattigdom, bl.a. ved å stimulere til arbeid og deltakelse. Etaten har videre et ansvar for å sikre inntekt ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall. Det er et hovedmål å få flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har den overordnede administrative og faglige ledelsen av etaten. Direktoratet har en rendyrket direktoratsrolle med delegering av fullmakter i alle enkeltsaker og fokus på mer overordnede signaler og prioriteringer. Arbeids- og velferdsetaten er i dag organisert i enheter på tre nivåer: Arbeids- og velferdsdirektoratet, NAV fylkeskontor og NAV-kontor på kommunenivå (sistnevnte i samarbeid med kommunene).

Ved siden av fylkeslinjen er det opprettet spesialenheter. Spesialenhetene har blant annet oppgaver knyttet til servicetjenester, klage og anke og helsetjenester. Under spesialenheten for helsetjenesteområdet ligger seks regionkontor. På samme hierarkiske nivå som NAV fylke og NAV spesialenheter ligger NAV Drift og utvikling (NDU). NDU skal utvikle tjenestene for brukerne, eksempelvis på IKT-området. På driftssiden skal enheten sørge for å opprettholde en effektiv og god infrastruktur.



Figur 2: Organisasjonskart for Arbeids- og velferdsetaten /helserefusjonsfeltet

Arbeids- og velferdsetaten forvalter helserefusjoner på oppdrag fra HOD. Arbeids- og velferdsetaten har totalt ca. 12 000 ansatte over hele landet. På helserefusjonsområdet arbeider det ca. 1700 personer som til sammen utgjør ca. 760 årsverk. NAV Helsetjenesteforvaltning

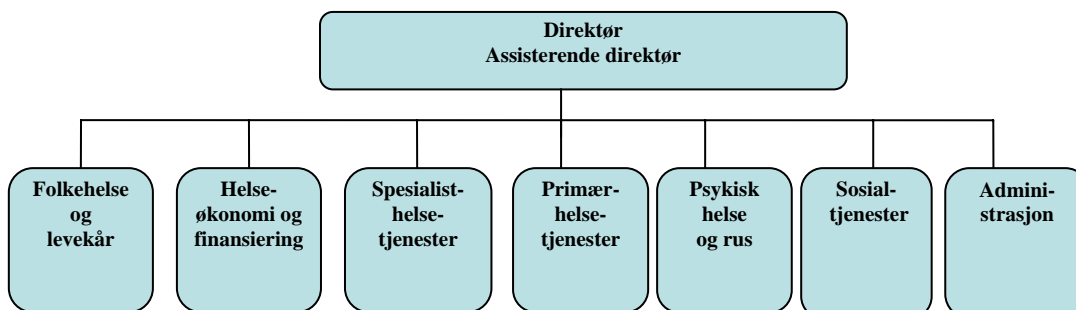
(NAV HTF) er en spesialenhet som skal ivareta oppgaver knyttet til forvaltning av helserefusjoner. I tillegg kjøper de regionale helseforetakene tjenester (i underkant av 200 årsverk) for enkeltoppgjør med pasienttransport.

*Sosial- og helsedirektoratet (SHdir)* er underlagt HOD. SHdir har ansvaret for en rekke funksjoner knyttet til rollene som hhv forvaltningsorgan, iverksetter av vedtatt politikk og fagdirektorat. Ansvarsområdet tilligger både AID og HOD. Basisfunksjonene omfatter bl.a.:

- Myndighet ved lover og forskrifter. I tillegg er direktoratet delegert ansvaret for å forvalte (administrere, fortolke og informere) sosial- og helselovgivningen på vegne av departementene
- Gjennomføring av vedtatt politikk innebærer bl.a. at direktoratet skal følge opp diverse handlings-/opptrappingsplaner, tildele tilskudd, behandle søknader om prosjektmidler m.m
- Som fagdirektorat skal etaten følge med i helsemessige og sosiale forhold, samt i helse- og sosialtjenestens utvikling. Videre skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale myndigheter, kommuner, fylkeskommuner, helseforetak, frivillige organisasjoner og befolkningen. I tillegg skal det sammenstille kunnskap og erfaringer i faglige spørsmål og være en kompetanseorganisasjon som brukere, myndigheter og tjenesten kan henvende seg til.

SHdir bidrar i sin virksomhet overfor de samlede helse- og sosialtjenestene til å sikre at samhandlingsbehov blir ivaretatt slik at tjenestene oppleves som en helhet for tjenestemottakerne. Direktoratet medvirker til at alle ledd i tjenestene skal ha kunnskaper, ferdigheter og holdninger som sikrer nasjonal samhandling. Dette gjelder særlig innenfor ledelse, beredskap, organisasjonsutvikling, kommunikasjon på alle nivåer og bruk av IKT som verktøy. Sosial- og helsedirektoratet har ca. 442 årsverk.

SHdir har ansvaret for både kode- og klassifikasjonsarbeid<sup>4</sup> og forvaltning og utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger for spesialisthelsetjenesten, herunder ordningen med innsattsstyrt finansiering (ISF). Direktoratets ansvarsrolle på dette feltet er styrket fra 1.1.2007 ved at to høykompetansmiljøer fra Sintef Helse (Norsk pasientregister og Avdeling for pasientklassifisering og finansiering) inngår som avdelinger i direktoratet.



Figur 3: Organisering av Sosial- og helsedirektoratet

<sup>4</sup> Dette innebærer utvikling av nasjonale kodeverk og systemer for pasientklassifisering for helsesektoren

## **5.2. Regelverk**

Helserefusjonsområdet reguleres i hovedsak av folketrygdloven, pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Folketrygdlovens bestemmelser om stønad til helsetjenester fremgår i lovens kapittel 5. Folketrygden delfinansierer enkelte helsetjenester. Som hovedregel skal stønaden utbetales til det enkelte medlem. Av praktiske årsaker finnes det ordninger for direkte oppgjør for en rekke behandlere, leverandører og tjenesteytere. Det betyr at stønaden en har krav på i henhold til folketrygdloven, blir utbetalt direkte til disse.

## **5.3. Organisering og arbeidsoppgaver**

Arbeids- og velferdsdirektoratet har direktoratsansvar for helserefusjoner. Helsetjenesteseksjonen i Avdeling for pensjon og ytelser har samlet faglig ansvar for området. I førstelinjen er ansvaret hovedsakelig delt mellom NAV helsetjenesteforvaltning (NAV HTF) og NAV-kontorene.

Direkte oppgjør til behandlere og tjenesteytere, samt administrasjon av listesystemet i fastlegeordningen og individuell søknad om legemidler, forvaltes av NAV HTF. NAV HTF er organisert med et hovedkontor (nasjonal enhet) som styrer seks underliggende regionale enheter og et servicesenter.

Gjennom fylkeslinjen og de lokale NAV-kontorene forvaltes blant annet refusjon av egenandeler/frikort, refusjon av pasienttransport for enkeltoppgjør og søknader fra medlemmer om stønad til tannhelse, samt enkelte andre refusjonsordninger.

Kjerneprosessene inkluderer behandling og utbetaling av refusjonskrav fra brukerne, veiledning og informasjon overfor brukerne, kontroll og oppfølging av feil, utvikling og forvaltning av regelverk og utvikling og analyse av styringsdata.

## **5.4. Brukere**

Brukere på helserefusjonsområdet kan deles i to hovedgrupper: individuelle brukere (privatpersoner) og behandlere, leverandører og tjenesteytere.

Individuelle brukere representerer en stor andel av henvendelsene i førstelinjen i Arbeids- og velferdsetaten. Den største gruppen av individuelle brukere er de som leverer kvitteringer eller søknader over skranke, eller som sender dem i posten til NAV-kontorene eller til legemiddelmiljøene i NAV HTF. Trygdeetaten behandlet i 2005 om lag 2,3 millioner saker på helserefusjonsområdet, herunder ca. 1 mill. saker knyttet til utstedelse av frikort, 650 000 saker om pasienttransport, 160 000 individuelle søknader om tannbehandling, 140 000 individuelle søknader om legemidler og 300 000 fastlegebytter.

I tillegg har NAV HTF avtale om direkte oppgjør med om lag 18 200 behandlere og tjenesteytere. Den største gruppen av disse er leger (ca. 8 700), fysioterapeuter (ca. 4 000) og poliklinikker (ca. 2 100). NAV HTF har per i dag ikke skranketjenester overfor behandlere og tjenesteytere. Disse sender oppgjørskravene sine elektronisk eller via post til de regionale NAV HTF-enhetene. Veiledning og informasjon foregår hovedsakelig over Internett eller telefon.



## 5.5. IKT

IKT i Arbeids- og velferdsetaten består av fagsystemer særlig utviklet for helserefusjonsområdet. Videre er det systemer for økonomi, støttefunksjoner og felles registre som er utviklet for alle tilskudds- og stønadsordningene som Arbeids- og velferdsetaten forvalter. Helserefusjonsområdet på NAV-kontorene har ikke i tilstrekkelig grad effektiv system- og saksbehandlingsstøtte. Saksbehandling, kontroll og utbetaling gjøres stort sett manuelt.

## 6. ORGANISATORISKE UTFORDRINGER

Et viktig utgangspunkt for å flytte forvaltningsansvaret for helserefusjoner er at den nye arbeids- og velferdsforvaltningens førstelinje skal ha som overordnet mål å bidra til at flere kommer i arbeid og aktivitet. I St.prp.nr. 46 (2004-2005) om NAV-reformen uttrykkes en bekymring for at førstelinjen i en ny arbeids- og velferdsforvaltning kan få et tungt forvaltningspreg fremfor å bli et sentrum for egenaktivitet, dersom mange henvendelser om enkle utbetalinger fortrenger mulighetene for arbeidsretting og individuell oppfølging.

Andre sentrale begrunnelser er bedre brukervennlighet, styring, faglig utvikling, økt kostnadskontroll og et ønske om å forenkle oppgaveløsningen. Arbeids- og velferdsetaten forvalter om lag 24 mrd. kroner (2005) på vegne av HOD. En direkte styringslinje kan gi et bedre utgangspunkt for utvikling og forenkling.

Utformingen av refusjonsordninger er et viktig virkemiddel for å sikre og styre tilbudet av helsetjenester. Et større ansvar for drift og utvikling av aktivitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten er under oppbygging i SHdir. Det er behov for å se finansieringssystemene som i dag forvaltes av SHdir, i nærmere sammenheng med stykkprisfinansieringen under folketrygden. Det er lite samhandling mellom miljøene. Potensialet for å se pengestrømmene i helsesektoren samlet, det vil si både innen primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er ikke utnyttet.

Riksrevisjonen har gjennom de siste årene revidert flere av ordningene innenfor helserefusjonsområdet. Dette gjelder eksempelvis laboratorie- og røntgentjenester, apotekoppgjør, statlige poliklinikker og fastlegeordningen, herunder legeoppgjørene. Et gjennomgående tema i disse revisjonene er at trykdeetatens kontroll med refusjoner har hatt betydelige svakheter.

Helserefusjonsområdet er et regelstyrt område med et stort potensial for forenkling og automatisering. Helserefusjoner utgjorde en stor andel av tjenestene i den tidligere trykdeetatens førstelinje. Den store mengden skrankehenvendelser om helsetjenester innebærer en betydelig utfordring når det gjelder førstelinjens mulighet til å rette innsatsen mot individuell veiledning for å få folk tilbake i arbeid. Når det gjelder forvaltningen av oppgjør til behandlere og tjenesteytere, er utfordringene hovedsakelig knyttet til innføring av elektroniske oppgjør for de behandlergruppene som ennå ikke har slik mulighet. Flere behandlere, særlig leger, må knyttes opp mot Norsk Helsenett<sup>5</sup> og ta i bruk PKI. Det skal

---

<sup>5</sup> Norsk Helsenett er et lukket nettverk for elektronisk kommunikasjon og samhandling i helse- og omsorgssektoren i Norge. Helsenettet og tjenestene skal gi støtte for et helhetlig pasientforløp. Helsenettet eies av de regionale helseforetakene.

utvikles bedre statistikkverktøy, høyere analysekompetanse og bedre kapasitet for å sikre gode kontrollstrategier.

## **7. NOEN BEGREPSAVKLARINGER**

*Direktoratsoppgaver/forvaltningsoppgaver:*

Et direktorat er et statlig forvaltningsorgan. Det har nasjonale oppgaver, tillagt ved lov eller iht. instruks eller fullmakt. Det er underlagt et eller flere departementers instruksjonsmyndighet.

I praksis vil direktoratsoppgavene på helserefusjonsområdet være knyttet til:

- Forvaltning av budsjett og regelverk
- Iverksetting av politikk på området
- Strategisk drifts- og utviklingsansvar
- Informasjon/rådgivning.

*Driftsoppgaver/oppgjørsoppgaver:*

Med driftsoppgaver i denne sammenheng menes kjerneprosessene knyttet til utbetaling av refusjonskrav og veiledning overfor brukerne, kontroll, utvikling og forvaltning av regelverk, utvikling og analyse av styringsdata, administrasjon, samt drift av systemer for IKT, økonomi og kommunikasjon.

## **8. FORSLAG TIL NY ORGANISERING**

### **8.1. Viktige avgrensinger og premisser**

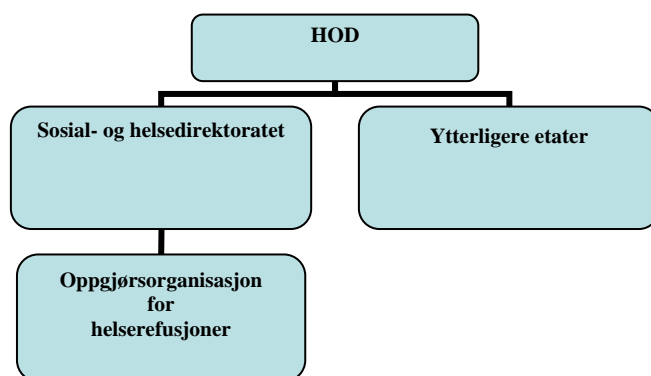
- Det er *organiseringen* av forvaltningsoppgavene som er gjenstand for vurdering, ikke innholdet i tjenestene/ytelsesområdene
- Det forutsettes at tjenestene videreføres innenfor *offentlig* sektor
- IKT er et viktig element i utvikling av feltet. Det skal arbeides for flere elektroniske (Internettbaserte) tjenester for brukere

### **8.2. Modeller**

#### **8.2.1. Beskrivelse**

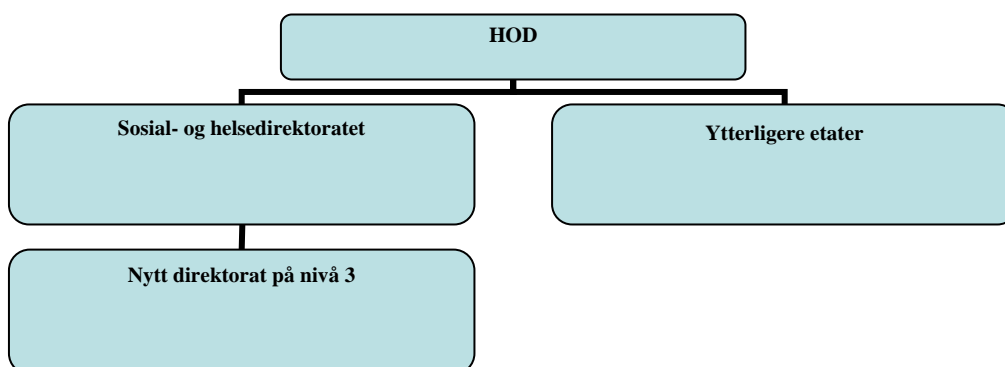
Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert følgende tre forvaltningsmodeller:

#### **A. Integrering av direktoratsoppgavene i dagens SHdir**



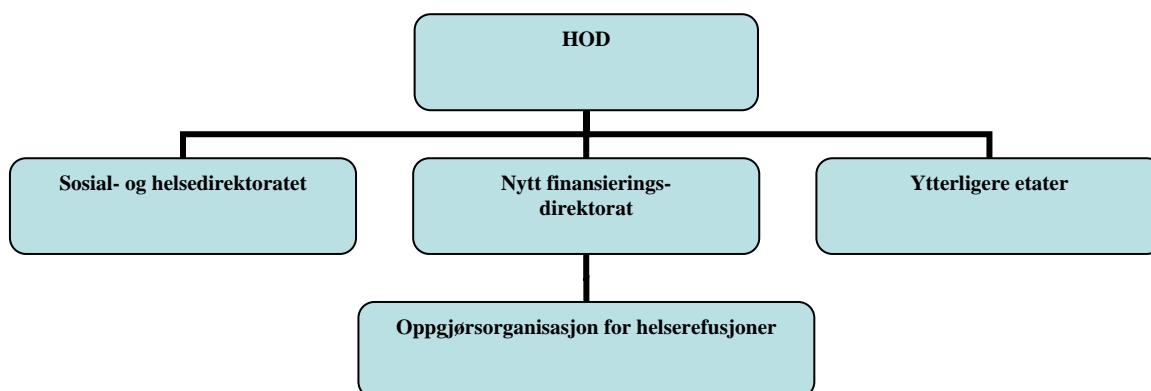
Figur 4: Forslag til ny organisering av helserefusjonsforvaltningen, Modell A

**B. Etablering av et nytt direktorat for helserefusjonsområdet på nivå tre underlagt SHdir. SHdir får etatsstyringsansvaret for det nye ”helserefusjonsdirektoratet”**



Figur 5: Helserefusjonsdirektorat i nivå 3 underlagt SHdir, Modell B

**C. Etablering av nytt direktorat for finansierungsordninger på nivå to direkte underlagt HOD**



Figur 6: Finansieringsdirektorat i nivå 2 underlagt HOD, Modell C

Alle tre modellene forutsetter videreføring av et ytre apparat (oppgjørorganisasjon) utenfor direktoratet, slik som Arbeids- og velferdsetaten er organisert i dag. På direktoratsnivå er det ca. 20 årsverk knyttet til helserefusjonsområdet som i dag er plassert i Arbeids- og velferdsdirektoratet. Hele det ytre apparatet er desentralisert.

Modellene A og B innebærer varierende grad av direkte tilknytning til SHdir.

Gjennom modell A vil SHdir ha fullt resultatansvar for helserefusjonsområdet. Departementet vil styre området gjennom det årlige tildelingsbrevet til direktoratet, samt gjennom den ordinære styringsdialogen. De helsefaglige og helseøkonomiske miljøene samles i samme organisasjon.

Modell B innebærer en rendyrking av kjerneoppgavene på helserefusjonsområdet i tråd med etablert praksis i Arbeids- og velferdsetaten, men likevel innenfor den sentrale helseforvaltningen. Styring av området i denne modellen vil i større grad foregå gjennom jevnlig oppfølging av resultatkrav og i mindre grad daglig oppfølging.

Modellen innebærer at lederen for den nye helserefusjonsetaten vil være resultatansvarlig for etatens oppgaveportefølje. Direktoratsfunksjoner for etaten skal ligge i denne enheten.

Modell C med etablering av et eget direktorat (nivå 2) for finansiering av helsetjenester innebærer at helseøkonomimiljøet i Sosial- og helsedirektoratet skilles ut og organiseres sammen med helserefusjonsområdet. Modellen medfører at det opprettes et nytt direktorat i direkte styringslinje under HOD. Den nye etaten vil overta oppgaveporteføljen med helserefusjoner som per dato ligger i Arbeids- og velferdsetaten, samt helseøkonomi- og finansieringsmiljøet fra SHdir, herunder den organisatoriske forankringen av forvaltningen av ordningen med Innsatsstyrt finansiering (ISF).

Modellene er også drøftet og beskrevet nærmere i "Rapport om organisering av helserefusjoner under sosial- og helseforvaltningen, desember 2006", Arbeids- og velferdsdirektoratet [www.regjeringen.no/helserefusjoner](http://www.regjeringen.no/helserefusjoner).

### 8.2.2. Forslag til ny forvaltningsmodell for helserefusjonsområdet

Helse- og omsorgsdepartementet mener området må knyttes opp mot Sosial- og helsedirektoratet. SHdir er et etablert fagdirektorat med en velfungerende administrasjon. Spesielt relevant for helserefusjonsområdet er direktoratets ansvar for finansieringsordninger i helsesektoren og nasjonalt koordineringsansvar for IKT i helse- og sosialsektoren.

Helse- og omsorgsdepartementet mener modell A, der direktoratsfunksjonene legges til Sosial- og helsedirektoratet, best legger grunnlag for å nå målene med reformen. I modellen vil en overføre direktoratsoppgavene som nå ligger i Arbeids- og velferdsdirektoratet, til Sosial- og helsedirektoratet. Ifølge Agenda-rapporten<sup>6</sup> dreier dette seg om oppgaver tilsvarende ca. 20 årsverk. Ytre etat i denne modellen, som for de andre modellene, vil være en desentralisert/regionalisert modell. Dette betyr at førstelinjen over tid vil være organisert i en sentral enhet med seks underliggende, regionale enheter.

Modell B vurderes ikke som aktuell fordi man ikke i tilstrekkelig grad oppnår faglige gevinster knyttet til å samorganisere sentrale helseøkonomiske miljøer.

Modell C anbefales ikke fordi den medfører et organisatorisk skille mellom forvaltningen av helserefusjoner og ISF på den ene siden og de etablerte helsefaglige kompetansemiljøene i SHdir. En god strategi for forvaltning av helserefusjonsområdet og ISF inkluderer helsefaglig kompetanse som leverandør på innholdssiden. Sammenliknet med de andre to modellene innebærer altså finansieringsdirektoratsmodellen større avstand til de helsefaglige miljøene.

### 8.2.3. Viktige begrunnelser

I den foreslåtte modell A etableres et stort og helhetlig fagmiljø på finansieringsordninger for både primær- og spesialisthelsetjenesten. Departementet ser det som en styrke at én organisasjon får et helhetlig ansvar for forvaltning/utvikling av aktivitetsbaserte finansieringsordninger. Refusjonsordningene er et viktig virkemiddel for å sikre og styre tilbud og etterspørsel etter helsetjenester. Modellen vil særlig skape grunnlag for at ulike finansieringsordninger i sektoren i større grad enn i dag kan ses i sammenheng, særlig gjelder dette ISF-ordningen (som i dag ligger i SHdir) og de takstbaserte systemene innen helserefusjoner (som i dag ligger i Arbeids- og velferdsdirektoratet).

Tilrettelegging for samhandling på tvers kombinert med et dedikert miljø på finansieringsordninger vil fremstå som en attraktiv arbeidsplass. Modellen legger til rette for rekruttering av høy kompetanse og utvikling av et sterkt fagmiljø.

Videre samorganiseres feltet med viktig helsefaglig og juridisk kompetanse og det øvrige virkemiddelapparatet for helsepolitikken.

Fagkompetanse og analysemiljøer på helserefusjonsområdet som i dag finnes i Arbeids- og velferdsdirektoratet flyttes over til Sosial- og helsedirektoratet. Enheten vil ha ansvar for å levere styringsdata til departementet.

---

<sup>6</sup> Gjennomgang av trykdeetatens oppgaver knyttet til helserefusjoner, kartlegging av organisering, oppgaver, ressursbruk med mer. Agenda Utredning & Utvikling as 2005

Den nye organisasjonen vil gi høy prioritet til arbeidet med forenkling og effektivisering av brukernes møte med helserefusjonsforvaltningen, særlig gjennom utvikling av elektroniske løsninger.

Departementet vurderer at finansieringsområdet er for snevert for å etablere som et eget direktorat. Økonomisk vil det også være mer kostnadseffektivt å integrere i eksisterende direktorat fremfor å etablere en ny virksomhet med en ny administrasjon. Det vil også være mindre risiko knyttet til å integrere i eksisterende direktorat.

Utfordringen vil være direktoratets samlede kompleksitet og størrelse, samt manglende erfaring med IKT- og brukerrettede oppgaver av det omfang som helserefusjoner representerer. Styringsmessig kan modellen være utfordrende som følge av kompleksitet i oppgaver. Etter vår vurdering er det allikevel ikke andre organisatoriske alternativer innad i sosial- og helseforvaltningen. SHdir er i dag godt rustet til å motta helserefusjonsforvaltningen, men må sikres nødvendig kompetanse og ressurser, herunder bestillerkompetanse når det gjelder IKT.

## **9. SPEIELT OM FØRSTELINJETJENESTE OG BRUKERVENNLIGHET**

Uavhengig av modell vil det utvikles et godt, desentralisert/regionalisert førstelinjekonsept for forvaltnings- og oppgjørsoppgavene. I en overgangsfase vil NAV-kontorene ivareta noen av oppgavene de har i dag med blant annet veiledning og informasjon overfor brukerne. På lengre sikt er målet i større grad å legge om til direkte oppgjør mot helsetjenesten og automatisere/digitalisere oppgjørstjenestene mot enkeltbrukere. Denne løsningen vil gi en modell med en nasjonal oppgjørsenhet og seks underliggende regionale oppgjørsenheter, slik den tidligere trygdeetatens oppgjørsorganisasjon var organisert. I løpet av de nærmeste årene skal brukergrensesnittet digitaliseres fullstendig gjennom utvikling av elektroniske løsninger.

En ønsker gjennom omorganiseringen av helserefusjonsområdet å bidra til at ”én-dør” tenkningen som er sentral i NAV-reformen, videreføres. Det er derfor viktig med god informasjon for å gjøre brukerne godt kjent med hvordan og hvor de får informasjon og veiledning om de ulike refusjonsordningene også i perioden frem til området er overført til ny forvaltning.

En hovedutfordring for førstelinjen overfor enkeltmedlemmer er frikortordningen. Dokumentasjon om for mye betalt egenandel blir i de aller fleste tilfellene levert til NAV-kontoret direkte over skranken fra medlemmene/brukerne. Et fåtall brukere sender inn dokumentasjonen via posten. En digitalisering av dette området vil være en vesentlig gevinst for helserefusjonsforvaltningen.

En viktig utfordring de nærmeste årene blir å endre brukervaner (både hos enkeltbrukere og behandlere og tjenesteytere) fra manuelle oppgjørstjenester i skranke til elektroniske løsninger.

## **10. ADMINISTRATIVE, JURIDISKE OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER**

### **10.1. Konsekvenser for den enkelte arbeidstaker**

Reformen vil innebære omstilling for de ansatte som i dag arbeider med helserefusjoner i Arbeids- og velferdsetaten. Det skal legges vekt på å finne løsninger for de ansatte som gjør at flest mulig kan få en akseptabel arbeidsmessig og sosial situasjon.

Det er vedtatt å legge til grunn at stillingstryggheten i omstillingsavtalen som ble inngått med de ansatte i NAV-reformen, må gjelde tilsvarende for de ansatte som arbeider på helsetjenesteområdet i Arbeids- og velferdsetaten. Ingen skal sies opp i forbindelse med gjennomføringen av organisasjonsendringene på helserefusjonsområdet. Nødvendig nedbemanning skal skje ved naturlig avgang av personale. For enkelte ansatte kan det bli aktuelt å måtte endre arbeidsoppgaver og arbeidssted.

Overføringen av de ansatte reguleres av tjenestemannslovens bestemmelser, bl.a. § 12 som sier at "enhver tjenestemann er forpliktet til å finne seg i endringer i arbeidsoppgaver og omorganisering av virksomheten". De ansatte som omfattes av omorganiseringen, har rett og plikt til å følge sine arbeidsoppgaver til ny, statlig arbeidsgiver.

### **10.2. Forholdet til tjenestemannsorganisasjonene**

Det er viktig å tilstrebe trygghet og involvering for de ansatte og å ha et nært samarbeid med tjenestemannsorganisasjonene og de ansatte underveis i prosessen.

Når detaljert organisasjonsmodell er besluttet, vil tjenestemannsorganisasjonene bli invitert til å inngå omstillingsavtale for helserefusjonsreformen. Omstillingsavtalen inngås mellom Fornyings- og administrasjonsdepartementet og hovedsammenslutningene, jfr. hovedavtalen i staten § 2 nr. 2.

### **10.3. Juridiske konsekvenser**

Ny organisering vil kreve endringer i lov av 16. juni 2006 nr. 20 om arbeids- og velferdsforvaltningen (Arbeids- og velferdsforvaltningsloven). Forvaltningsansvaret for folketrygdloven kapittel 5 må legges til SHdir, som eventuelt må få adgang til å delegerer beslutningsmyndighet til underliggende organ for førstelinjetjenesten. Det vil også være aktuelt å gjøre endringer i generelle bestemmelser i folketrygdloven, for eksempel utvide klage- og saksbehandlingsregler som gjelder for arbeids- og velferdsforvaltningen til også å gjelde SHdir. Forslag til konkrete endringer vil måtte sendes på alminnelig høring.

### **10.4. Økonomiske konsekvenser**

Organisatoriske tiltak i denne størrelsesordenen vil kunne medføre omstillings- og etableringskostnader. En flytting av arbeidsplasser vil kunne medføre kostnader knyttet til lokalisering, herunder inngåelse av husleiekontrakter, ev. nybygg, behov for samlokalisering og lignende. Et antall av dem som i dag arbeider med helserefusjonsområdet i Arbeids- og velferdsdirektoratet, vil bli overført til SHdir.

Modellen som beskrives i dette høringsbrevet, innebærer etter departementets oppfatning muligheter for en kostnadsmessig effektivisering. Dette gjelder bl.a. bedre utnyttelse av administrative ressurser, økonomifunksjonen og andre støttefunksjoner. Innføring av

elektroniske løsninger knyttet til utbetaling av refusjonene vil etterhvert også kunne gi gevinster.

Investeringer i IKT betyr i første omgang kostnader knyttet til utvikling av en elektronisk frikortløsning. Videre må det påregnes kostnader knyttet til en eventuell løsrivelse fra eksisterende støttesystemer. Dette er spørsmål som må vurderes i den videre prosessen.

## **11. VIDERE PROSESS OG IVERKSETTING**

Tidspunktet for når området skal overføres til sosial- og helseforvaltningen må vurderes nærmere. Iverksetting av ny forvaltningsmodell avhenger bl.a. av fremdriften i organisasjonsprosessene i Arbeids- og velferdsetaten (arbeidet med etablering av spesialenhetene) og fremdriften i IKT-prosjektene. Det er viktig å vurdere nøye tidspunktet for overføring av oppgaver, ressurser og ansatte. Samtidig ser vi behovet for en snarlig avklaring for dem som er berørt. Departementene vil legge stor vekt på å få en avklaring av iverksettingstidspunkt så snart som mulig og sørge for god informasjon (nettside og regelmessige informasjonsmøter) til de ansatte.

Med vennlig hilsen

Anne Kari Lande Hasle  
departementsråd

Tale Teisberg e.f.  
ekspedisjonssjef



## **Høringsinstansene**

Departementene og Statsministerens kontor  
Landets fylkesmenn  
Landets fylkeskommuner  
Landets kommuner  
De regionale helseforetakene  
Apotekforeningen  
Arbeids- og velferdsdirektoratet  
Arbeidsgiverforeningen NAVO  
Bioteknologinemnda  
Datatilsynet  
Den norske jordmorforening  
Den norske lægeforening  
Den norske tannlegeforening  
Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet  
Farmasiforundet  
Fagforbundet  
Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere  
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon  
Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon  
Statens helsetilsyn  
Juristforbundet  
KS Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon  
Kommunalansattes Fellesorganisasjon  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Norsk Ergoterapeutforbund  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon  
Norges Blindeforbund  
Norges Farmaceutiske Forening  
Norges Handikapforbund  
Norsk forskerforbund  
Norsk Fysioterapeutforbund  
Norsk Kiropraktorforening  
Norsk Radiografforbund  
Norsk Pensjonistforbund  
Norsk Pasientskadeerstatning  
Norsk Psykologforening  
Norsk Sykepleierforbund  
Norsk tannpleierforening  
Norsk tjenestemannslag  
Næringslivets hovedorganisasjon  
Pasientskadenemnda  
Parat  
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund  
Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon  
Samfunnsviternes fagforening  
Samfunnsøkonomenes forening

Siviløkonomene  
Sosial- og helsedirektoratet  
Sosialtjenestemennenes Landsforbund  
Statens legemiddelverk  
Statens seniorråd  
Statstjenestemannsforbundet  
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell  
Statens helsepersonellnemnd  
Statens institutt for rusmiddelforskning  
Statens råd for funksjonshemmede  
Statens strålevern  
Teknisk-naturvitenskapelig forening TEKNA  
Universitets- og Høyskoleutdannedes forbund  
Utdanningsforbundet  
Vitenskapskomiteen for mattrygghet  
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund