



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 19/02424-21

Arkivkode: G00 &00

Saksbehandler: Kristin Weidemann
Wieland

Deres referanse:

Dato: 01.07.2021

Høringssvar fra KS - endringer i pasientjournalloven mv.

KS viser til forslag til endringer i pasientjournalloven og IKT-standardforskriften - Tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger, publisert 15. juni 2021 med frist for høringssvar 18. august 2021. Forslaget følger opp Meld. St. 6 (2020-2021) og Innst. 59 S (2020-2021) om tilbaketrekking av e-helseloven. Lovendringene foreslår å gi staten vide fullmakter til å pålegge kommunene å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og plikt til å betale for disse, samt hjemmel til å fastsette størrelse på betalingen. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår endringer i pasientjournalloven §§ 8 og 21. Videre foreslår departementet endringer i forskrift om IKT-standarder i helse og omsorgstjenesten med nye §§ 9 til 19.

KS er enig med departementet i behovet for sterkere samhandling på e-helseområdet, og at de nasjonale e-helseløsningene må styrkes og videreutvikles. KS er imidlertid uenig i de virkemidlene som staten foreslår. Etter KS' vurdering har forslagene i høringsnotatet i stor grad samme konsekvenser for kommunesektoren som lovforslaget som ble trukket i 2020 etter stor motstand blant mange aktører. Regjeringen oppga som del av sin begrunnelse for å trekke forslaget at Stortingets flertall offentlig hadde uttrykt at de ikke ville støtte forslaget. Innspillene fra KS og et stort antall kommuner i tilknytning til den forrige lovprosessen, og KS' innspill gjennom konsultasjonsordningen og lovmedvirkningsordningen, er i liten grad hensyntatt i det forslaget som nå er sendt på høring. Dette gir liten tillit til at kommunal sektor får reell innflytelse på realitetsinnholdet i de varslede forskriftspålegg under ordningen.

Hovedpunkter

1. KS mener prinsipielt at staten har et samlet finansieringsansvar for nasjonal infrastruktur, inklusiv nasjonal eHelse-infrastruktur – som de nasjonale eHelseløsningene er.
2. KS mener at forslaget griper direkte inn i det kommunale selvstyret ved at departementet gis anledning til å prioritere bruk av kommunenes frie inntekter på kommunestyrenes vegne. Det legges gjennom lovforslaget opp til at departementet kan fastsette størrelse på kommunenes betaling for statlig eide og styrte eHelse-løsninger der plikt til å betale for kommunen er pålagt gjennom lov. Dette innebærer et systemskifte med vide fullmakter til departementet til direkte å kunne øremerke kommunenes frie inntekter til økte drift- og forvaltningskostnader for statlige eHelse-tjenester. Fordi forslaget legger opp til at kostnader ikke skal kompenseres, vil dette redusere kommunenes handlingsrom for ivaretagelse av andre lovpålagte oppgaver.

3. KS er kritisk til at staten gjennom forskriftsendringer kan pålegge kommunene å betale for kostnadsøkningene til drift og forvaltning av statlige eHelseløsninger. Slik vi leser forslaget legges det opp til at diss påtvungne merkostnadene holdes utenom den ordinære Statsbudsjettprosessen. De økonomiske konsekvensene for kommunene holdes dermed unna Stortingets behandling og nasjonalforsamlingens rolle i å fastsette de økonomiske rammene for kommunene.
4. KS mener lovforslaget legger for vide fullmakter til departement og statlige organer uten at kommunesektoren er sikret reell innflytelse verken på utvikling, implementering av løsninger eller kostnadsnivå for løsningene man pålegges å betale for.
5. KS mener Stortinget gjennom lov bør ramme inn ordningen gjennom å fastsette prinsippene for en eventuell medfinansiering fra kommunenes side, hvilke merkostnader kommunene skal kompenseres for og hvilke forutsetninger som skal være til stede for at kommunene skal kunne pålegges å ta i bruk ulike nasjonale e-helsetjenester, og til hvilket tidspunkt.
6. KS mener at dersom staten opprettholder betalingsplikt, er det grunnleggende for tilliten til en slik finansieringsmodell at det er direkte sammenheng mellom de tjenestene kommunene bruker, og den regningen de får, og at statlig pålagte merkostnader kompenseres særskilt i kommunerammene. KS mener det vil være lettere å få oppslutning rundt betaling for de nasjonale e-helseløsningene dersom det legges opp til en modell der kommunene kun betaler for tjenester de faktisk bruker, har nytte av og kan påvirke utviklingen av. KS er derfor uenig i at fastsettelse av betalingens størrelse skal være opp til departementets frie skjønn der de samlede kostnadene for løsningene fordeles uavhengig av bruk og nytte for kommunene.
7. KS finner det særlig betenkelig at det er lagt opp til at kommunene også skal betale for tjenester de selv ikke har mulighet til å bruke eller ikke er målgruppe for – og som dermed heller ikke er til nytte for den kommunale tjenesteproduksjonen. Å pålegge kommunene slik betalingsplikt vil innebære direkte merkostnader for kommunene uten mulighet for gevinst i tjenesteproduksjonen.
8. KS mener kommunene viser stor evne og vilje til å ta tjenester i bruk som er tilpasset kommunenes behov og som bidrar til bedre og sikrere tjenester for innbyggere eller økt effektivitet i de kommunale tjenestene. KS støtter derfor ikke at staten skal kunne pålegge kommunene å ta nasjonale e-helsetjenester i bruk. I stedet mener KS at innføring av nasjonale tjenester må legge frivillighet til grunn der staten heller bruker positive incentivmekanismer og tydelig dokumenterer kostnader og gevinster for kommunene. Å etablere god og tilpasset funksjonalitet som effektiviserer og bidrar til økt kvalitet i tjenesten, er de viktigste virkemidlene for at kommunene tar en ny løsning i bruk.
9. KS mener lovforslaget ikke i tilstrekkelig grad reflekterer at flere av løsningene i realiteten er plattformer som består av ulik funksjonalitet og/eller flere tjenester, som i mindre grad er rettet mot bredden i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
10. KS mener staten bør utrede en lovfesting av en mer forpliktende konsultasjonsordning mellom statens organer og KS/kommunal sektor hvor formålet er å sikre kommunesektoren reell innflytelse på utvikling, drift og også fastsettelse av betalingens omfang og fordeling. Målsetningen for en slik ordning må være intensjonen om at stat og kommuner skal oppnå enighet, men hvor det ikke er et krav om enighet.
11. KS mener at det må utredes alternative modeller til lovpålegg, og eventuelt omdanning av Norsk Helsenett SF til særlovsselskap med kommunalt medeierskap. Dette vil i tillegg medvirke til langt større fleksibilitet i bruk av Norsk Helsenett som nasjonal tjenesteleverandør overfor kommunene.

KS mener det er sterkt kritikkverdig at høringsprosessen for lovendringer med betydelige økonomiske og prinsipielle konsekvenser for kommunene - gjennomføres med så korte tidsfrister, i kommunenes politiske sommerferie. Dette mener vi viser manglende respekt for lokaldemokratiet og bryter etter KS vurdering med Helseministerens begrunnelse da e-helseloven ble trukket tilbake den 16. oktober 2020, for å «forbedre lovforslaget og sikre bred støtte» og gjøre at dette ble enda bedre. Det er ikke mulig å

gjennomføre verken brede eller gode forankringsprosesser, politisk eller administrativt, i det tidsrommet som Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn.

KS kan derfor ikke støtte forslagene om lovendringer og ber om at det utredes nærmere modeller for reell samstyring og medinnflytelse der statlige styringsvirkemidler balanseres mot hensynet til kommunal handlefrihet.

1. Om lovforslaget

Departementet har et mål om at de nasjonale e-helseløsningene skal innføres og tas i bruk av alle relevante aktører i helse- og omsorgstjenesten. Departementet mener at det må tas i bruk ytterligere virkemidler for å sikre at løsningene tas i bruk av alle helseaktører. Det foreslås derfor endringer i pasientjournalloven § 8 og § 21. Videre foreslår departementet endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 2 samt forslag til nye bestemmelser i §§ 9 - 19.

Departementet foreslår i høringsutkastet å endre pasientjournalloven og innføre bestemmelser som medfører plikt for kommunene til å ta i bruk og betale for nasjonale e-helseløsninger. Dette omfatter å pålegge kommunene å betale for nasjonale e-helseløsninger fra 1. januar 2022 uavhengig av om kommunene har tatt disse i bruk eller ikke, og uavhengig av om de er målgruppe for løsningene eller ikke.

Selv om departementet foreslår at kommunene kompenseres forholdsmessig for kostnadene som i dag ligger bevilget i statsbudsjettet for drift og forvaltning av løsningene, må kommunene fortsatt dekke alle fremtidig kostnadsvekst fra og med 2022 og fulle innføringskostnader for de tjenestene de pålegges å ta i bruk, uten ytterligere kompensering for dette.

Forslaget pålegger virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å gjøre tilgjengelig og ta i bruk fire bestemte nasjonale e-helseløsninger i sin virksomhet. Forslaget omfatter løsningen for elektroniske resepter (e-resept), Nasjonal kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet, inkludert grunndata og helseID.

Departementet påpeker at løsningene i mindre grad er innført i den kommunale helse- og omsorgstjenesten utover legevakt og fastlegetjenesten. En av årsakene til at innføring i kommunene har tatt tid, er at flere av de nasjonale løsningene ikke er tilpasset/ferdigutviklet for bruk i kommunene. Det forutsettes også tilpasninger i aktørenes IKT-systemer og etablering av nødvendig infrastruktur og sikkerhetsløsninger. Departementet mener at kommunenes bruks- og betalingsplikt følger av «sørge-for-ansvaret».

KS merker seg at mens det var et viktig poeng fra regjeringens side i arbeidet med en-innbygger-en-journal at staten ikke kan ha et «sørge-for»-ansvar for en felles kommunal journal for kommunene – selv som nasjonalt prosjekt, så mener Helse- og omsorgsdepartementet gjennom dette lovforslaget at kommunene skal ha et «sørge-for-ansvar» for statlige ehelseløsninger.

2. Frivillighet gir effektiv innføring der det oppleves reelle gevinster for innbygger og helsepersonell

KS mener at staten må utvikle og gjøre tilgjengelig nasjonale e-helseplattformer og infrastruktur som legger til rette for samhandling mellom helseaktører og med innbygger på en sikker og god måte. Samhandlingsløsninger på legemiddelområdet må prioriteres høyt da det er behov for å sikre riktig og oppdatert legemiddelinformasjon både ved forskrivning og administrering av legemidler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

KS mener at pålegg og tvang ikke er en effektiv måte å nå målene på. Helt avgjørende er at det utvikles tjenester og funksjonalitet som er tilpasset bruk i kommunene. Det må videre legges vekt på å skape felles forståelse for forutsetninger, avhengigheter, konsekvenser og risiko ved innføring av nasjonale e-helsetjenester, drøftet i en styringsmodell der stat og kommune som likeverdige parter kan arbeide mot felles målsetninger. Det er helt vesentlig at kommunal sektor har reell mulighet til å påvirke prioriteringer og rekkefølge av utvikling av funksjonalitet og tjenester på de nasjonale løsningene og at det at det kan dokumenteres reelle fordeler ved å samhandle utover at kommunene må ta på seg utgifter.

KS ønsker derfor at staten i første omgang legger til rette for frivillig implementering av nasjonale tjenester/funksjonalitet på de ulike plattformene.

Staten må tydeliggjøre hvilke gevinster og kostnader innføring av de nasjonale plattformer og infrastruktur har slik at kommune settes i stand til å gjøre informerte beslutninger om innføring. At kommunene selv kan ta stilling til innføringstidspunkt er viktig for å sikre eierskap og motivere til de nødvendige endringene som skal til. Dersom staten legger til grunn at kommunene skal pålegges betaling for de nasjonale løsningene mener KS at det må være fakturabasert prising av reelle tjenester og funksjonalitet, basert på faktisk bruk i de ulike kommunale tjenesteområdene, der kommunene kompenseres for sine merkostnader. Det kan ikke legges til grunn at en løsning er «innført» i kommunene dersom kun et fåtall kommunale tjenesteområder rent faktisk kan bruke løsningen.

En teknisk løsning gir ikke gevinster med mindre de understøtter arbeidsprosessene og brukes på riktig måte. Det er viktig å ikke undervurdere behovet for gode endringsprosesser med lederforankring og holdningsendringer. Et ensidig fokus på å påtvinge kommunene tidsmessig plikt til innføring vil kunne kortslutte arbeidet med endringsprosesser og føre til feil bruk av løsningene og manglende nytte. Det må derfor legges til rette for et gjensidig og godt samarbeid mellom stat og kommune med tilstrekkelig forankring og gode endringsprosesser. Dette vil skape bedre forståelse for hva tjenestene skal bidra med og hvordan disse kan gi nytte i en ellers krevende hverdag.

KS mener videre at staten må sørge for tilstrekkelig forutsigbarhet, og veikart, for når nasjonale e-helsetjenester er klare til bruk i de ulike delene av den kommunal helse- og omsorgstjenesten og som gjør det mulig for kommunene å planlegge for innføring.

Med bakgrunn i statens veikart for de nasjonale e-helseløsningene har KS iverksatt et arbeid med felles plan og rammeverk for e-helse for kommunal sektor. Formålet er å sette kommunene i stand til å foreta felles prioriteringer i samarbeid med nasjonale myndigheter, med tydeliggjøring av kommunal sektor sine behov og interesser innen det nasjonale e-helseområdet, inklusive premisser og forutsetninger for det videre arbeidet.

Et felles plan- og rammeverk vil også kunne legge til rette for mer helhetlig styring på tvers av sektorer sett i forhold til Regjeringens og KS' digitaliseringsstrategi og livshendelsesperspektivet. Rammeverket vil kunne bidra til større forutsigbarhet og mulighet for å realisere gevinster samt redusere kostnader og risiko for kommunene, og bidra til samordning av kommunal sektors prioriteringer og forventninger til nasjonalt eHelsearbeid. Planverket planlegges ferdigstilt i 2021 og vil gi et bedre utgangspunkt for frivillig innføring av nasjonale e-helseløsninger, i motsetning til pålegg og tvang.

3. Nærmere vurderinger

Generelt

KS er enig med departementet i behovet for sterkere samhandling på e-helseområdet, og at de nasjonale e-helseløsningene må styrkes og videreutvikles. KS er imidlertid uenig i de virkemidlene som staten foreslår.

Lovforslaget pålegger kommunene å bruke og betale for nasjonale e-helseløsninger, uten direkte medinnflytelse på løsninger og kostnadsnivå. KS legger til grunn at kommunene har et ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Men dette ansvaret innebærer ikke et automatisk ansvar for finansiering av statlige e-helseløsninger som kommunene verken bruker, eier eller har reell mulighet til å påvirke. Slike pålegg må ha hjemmel i lov, jfr kommunelovens § 2-1, og må da vurderes opp mot kommunelovens formålsbestemmelse (§1-1).

Erfaringen gjennom pandemien er at de digitale nyvinningene som er nyttige for den kommunale tjenesteutøvelsen og tilrettelagt for bruk i kommunene, innføres i raskt tempo. Å etablere god og tilpasset funksjonalitet til ulike tjenesteområder og brukergruppene i kommunene, slik at løsningene bidrar til effektivisering og økt kvalitet i tjenesten, er dermed det viktigste virkemiddelet for at kommunene tar en ny løsning i bruk.

KS kan ikke stille seg bak lovforslaget fordi det legger for stor myndighet til statlige organer uten at kommunesektoren gis reell innflytelse på utvikling av løsninger, implementering eller kostnadsnivå. KS ønsker derfor utredet modeller for hvordan kommunesektoren i lov kan gis reell medinnflytelse, men erfarer at departementet ikke har ønsket å drøfte eller utrede dette nærmere. Høringsnotatet begrunner i liten grad hvorfor de samlede kostnadene til drift og forvaltning av de nasjonale løsningsplattformene nærmest utelukkende skal dekkes av sykehus og kommuner, mens andre aktører som benytter plattformene til understøttelse av sine oppgaver, for eksempel fastleger og den sentrale helseforvaltning, i liten eller ingen grad skal betale for sin bruk.

Plikt til å betale for bruk av nasjonale e-helseløsninger

Kommunene vil innledningsvis bli kompensert for kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger tilsvarende bevilgningen i statsbudsjettet for 2021. Etter dette må kommunene sammen med sykehusene dekke all fremtidig kostnadsvekst for løsningene på statens hånd. I tillegg medfører plikten til å ta i bruk løsningene at kommunene må dekke utvikling av løsninger i sin kommune samt innføringskostnader selv. Det bør i forslaget fremgå tydeligere hva som ligger i begrepet «kostnadsvekst», og foretas et skille mellom tilfeller av vesentlig nyutvikling av funksjonalitet og øvrig kostnadsvekst knyttet til etablerte løsninger.

Slik vi tolker dette, vil kommuner i liten grad ha innflytelse over den fremtidige kostnadsveksten da departementet vil ha vide fullmakter, og rammene i lovforslaget gir stor skjønnsfrihet for staten. Forslaget innebærer også at økte forvaltningskostnader som fra og med 2022 oppstår gjennom at vesentlig nyutvikling må dekkes innen rammene av kommunenes frie inntekter uten kompensasjon, og uten at kommunene gis mulighet til reell medbestemmelse på hva som skal utvikles. Dette er ikke minst en utfordring da forslaget innebærer at kommunene gis et medfinansieringsansvar for en rekke tjenester/funksjonalitet innen løsningsplattformene som IKKE er i bruk i kommunene – og som kommunale tjenesteområder heller ikke er målgruppe for. Løsninger som ikke har kommuner som målgruppe kan kommunene vanskelig være premissleverandør for. Det vil dermed være aktører som selv IKKE skal betale for egen bruk, som t vil være drivere for nyutvikling og økte kostnader. Slik lovforslaget

er utformet, vil den kostnadsveksten som følger av nyutvikling skje uten ytterligere kompensasjon for kommunene. Dermed innebærer forslaget en tvungen svekking av kommuneøkonomien med behov for kutt på andre tjenesteområder for å finansiere kostnadsvekst til statlig styrt ehelse. At et sektordepartement skal gis fullmakter til å påføre kommunene denne type merkostnader som må dekkes inn gjennom kutt i øvrig tjenestetilbud, mener KS innebærer et systemskifte som ikke kan aksepteres.

Økonomiske og administrative konsekvenser

En usikkerhet er knyttet til hvordan kostnadsnivået for løsningene påvirkes av evt. økt bruk. En annen usikkerhet handler om hvordan man ser for seg at blant annet teknisk gjeld (grunnet manglende vedlikehold og nødvendig teknisk oppgradering over tid) og allerede planlagte eller igangsatte investeringsløp skal håndteres finansielt siden kommunesektoren i liten grad har vært delaktig i prioritering og behovsvurderinger knyttet til disse prosessene.

Selv om kommunesektoren via TBU har en viss innsikt over tallgrunnlaget, er det høyst usikkert hvilke mekanismer som gjelder med tanke på incentiver hos NHN til å optimalisere driften. I tillegg er KS kjent med at en del av løsningene står overfor betydelige investeringer og moderniseringsprosesser for å kunne fungere i tråd med dagens tekniske krav. KS antar at også dette innebærer at kostnader av ukjent omfang vil påløpe i løpet av de kommende årene.

Lovforslaget bryter etter KS' vurdering med prinsipper om at kommunen skal kompenseres for sine kostnader ved lovpålegg, og at Stortinget gjennom vedtakelse av lov slik også fastsetter rammene for finansiering. Det innføres et nytt finansieringsprinsipp ved at kommunene ikke kompenseres for sine kostnader, men forutsettes å betale selve kostnadsveksten av frie midler gjennom at kommunene faktureres for en skjønnsmessig fastsatt andel av nasjonale løsningsplattformer bestående av en rekke tjenester/funksjonalitet der mange kan være rettet mot andre enn den kommunale tjenesteproduksjonen.

Betalingsplikten inntreffer også uavhengig av om tjenestene faktisk er tatt i bruk, uavhengig av om kommuneorganisasjonen er målgruppe for de ulike tjenestene, eller om tjenestene er tilpasset kommunesektorens behov. Dette skiller seg vesentlig fra normale modeller for felles tjenesteleverandører der et vesentlig prinsipp er at det man skal betale for, er de tjenestene du faktisk benytter og dermed har et forhold til. Plattform- og felleskostnader henføres i slike modeller til de ulike tjenestenes bruk av plattformene. Her er alle slike sammenhenger frakoblet, og det er opp til departementets skjønn å vurdere spørsmålet om fordeling av kostnadene helt uavhengig av tjenester og funksjonalitet for kommunale tjenesteområder. Kommunene pålegges også ansvar for finansiering før løsningene er tilrettelagt for bruk i kommunenes egne tjenesteområder i vesentlig omfang, jf. forslag om å innføre betalingsplikt for eResept fra 1.1.2022.

Størrelsen på kostnadsveksten i de nasjonale e-helseløsningene er forbundet med stor usikkerhet. Erfaringene viser at forvaltningskostnadene øker i takt med at løsningene tas i bruk av flere. For de tjenestene der også kommunene er målgruppe, er det derfor rimelig å anta at kostnadsveksten vil kunne bli betydelig i årene fremover, siden mange av dem foreløpig har lav utbredelse da de først nylig, eller ennå ikke, er tilrettelagt for bred innføring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det teknisk gjeld fordi løsningene ikke i tilstrekkelig grad har blitt vedlikeholdt og modernisert som må hentes inn gjennom nyinvesteringer. Utover dette er det gjennom program for helhetlig samhandling og legemiddelprogrammet betydelige investeringsambisjoner, med mulige milliardinvesteringer. Erfaringsmessig er årlige forvaltningskostnader for tjenester 15-25 prosent av investeringer som gjøres. Det er derfor svært sannsynlig at kostnadsveksten til drift og forvaltning av de løsningsplattformene som inngår i lovforslaget vil øke betraktelig i årene fremover.

Løsningene som kommunene pålegges å betale for er i praksis «løsningsplattformer» som kan bestå av en rekke ulike tjenester, der kommunene bare bruker noen av tjenestene. Fastlegers bruk av løsningene regnes videre inn som kommunenes bruk. Kommuner skal sørge for at det er en fastlegetjeneste, men det har aldri ligget til dette ansvaret å finansiere fastlegenes IKT-løsninger. KS erfarer at kommunene allerede subsidierer fastlegeordningen med over en halv milliard årlig.

Det er i strid med de alminnelige reglene for kompensasjon av kommuner at kommunene skal ha finansieringsansvar for fastlegenes bruk av de digitale løsningene. Det samme forholdet vil oppstå ved at kommunene nå skal finansiere statlig initierte innbyggertjenester, kjernejournal og e-resept utover kommunenes egen bruk og dekke merkostnadene til disse. KS ønsker også å understreke at vi ser en fare for at plikten knyttet til enkelte av innbyggertjenestene potensielt kan belaste helsepersonell ved at man må bruke tid som skulle kommet den enkelte tjenestemottaker til gode til å rapportere data i manuelle løsninger dersom det ikke eksisterer full integrasjon mot de kommunale fagsystemene.

Forslaget gir, slik KS ser det, departementet vide fullmakter til en ny form for direkte øremerking av kommunenes frie inntekter, uten at dette legges frem for Stortinget knyttet til de ordinære budsjettprosessene.

Vurdering av gevinster

Det er først og fremst sykehusene og den enkelte innbygger som får gevinstene av at løsningene tas i bruk. Kommunene kan derfor i liten grad finansiere kostnadsveksten fordi det i mindre grad oppnås en effektivisering av kommunens egne tjenester (gevinstrealisering). Blant annet kan høringsnotatets beskrevne gevinster for kommunenes bruk av kjernejournal og DigiHelse ikke sies å være verifisert gjennom innføring i kommunene så langt, men antas delvis å være hentet fra gevinstantagelser før praktisk utprøving i tjenestene. KS' erfaringer så langt, er at vi ser kvalitative gevinster i kommunene, men i liten grad gevinster av konkret og realiserbar art.

KS er uenig i at kommunene (sammen med sykehusene) skal bære all risiko for fremtidig kostnadsvekst for det som i hovedsak er infrastruktur og plattformer, og særlig at kommunene må betale for andres bruk av tjenestene. Forslaget om betalingsplikt innebærer at kommunenes frie inntekter bindes opp til inndekning av kostnader på statens hånd og at nasjonale E-helseløsninger i praksis ikke blir en del av et kommunestyres mulige prioriteringer innen de frie inntektene, samtidig som kommunestyret pålegges ansvaret for å ivareta en «plikt til å ta i bruk» og de kostnadene dette innebærer for kommunen lokalt. Dette er særlig betenkelig fordi kommunene i nåværende styringsmodell har begrenset mulighet til å påvirke kostnadsnivå og kostnadsvekst, fordi en stor del av tjenestene på plattformene ikke har kommunale tjenester som målgruppe. Historisk sett er de nasjonale tjenestene utviklet for nasjonale aktører og befolkningen samtidig som de i begrenset grad er tilpasset kommunale behov og tilrettelagt for bruk i kommunene.

Vurdering av pålegg om bruk

Pålegg om bruk av e-helseløsninger for å støtte samhandling kan være hensiktsmessig mot slutten av innføringsløp for å sikre at også «etternølere» tar i bruk tjenester som er nødvendige for kvalitet og pasientsikkerhet i den samlede helsetjenesten.

Innføringsplikt bør i tilfellet knyttes til konkrete tjenester som ønskes tatt i bruk, da hver av tjenestene på de nasjonale løsningsplattformene i praksis vil kreve egne innføringsløp.

Lovforslaget foreslår innføring av kjernejournal og innbyggertjenester i hjemmetjenesten innen januar 2024. Vi er usikre på om disse tidsfristene er hensiktsmessige da det ikke foreligger omforente planer for innføring.

Innbyggertjenester er viktig for kommunene. Like viktig er det at tjenestene er på en nasjonal infrastruktur med en eier av plattformen som legger føringer og arbeider for medinnflytelse fra alle aktuelle parter.

Kommunene har initiert og tatt lederansvaret for utviklings- og innføringsprosjekt for DigiHelse som er finansiert med betydelige bidrag fra kommuner og delvis ved finansieringsordningen DigiFin. Kommunene finansierer allerede i dag drift- og forvaltningskostnader for DigiHelse.

Til sammenligning ble *Digital Dialog fastlege*, som er en tilsvarende løsning for fastlegene, finansiert av det nasjonale EPJ-løftet med forutsetning at staten bekostet infrastruktur og drift av plattform, ref. protokoll 2014-2015. Det foreslås ikke pålagt etablering og bruk av denne.

Departementet hevder at lovpålegg vil medføre at kommunene raskere tar løsningene i bruk. KS etterspør dokumentasjon for dette. Erfaringer viser at kommunene har vist evne og betalingsvilje til å innføre nasjonale løsninger, uten pålegg, der de ser gevinstene for innbygger og for egne virksomheter. Eksempelvis er nytt folkeregister tatt i bruk av snart 250 kommuner bare siden nyttår. Portal for bekymringsmelding for barnevernet har siden lanseringen i fjor blitt tatt i bruk av et stort antall kommuner og er nå tilgjengelig for mer enn 4 millioner av landets innbyggere. Elektronisk melding om dødsfall og dødsårsaker oppnådde i praksis nasjonal utbredelse på ett år. Andre eksempler er DigiSos, DigiHelse og DigiHelsestasjon, og ikke minst alle pandemiløsningene; Fiks smittesporing er tatt i bruk av 141 kommuner siden mai 2020, Fiks prøvesvar er tatt i bruk av 83 kommuner siden november 2020.

Felles for disse er at de har fått rask utbredelse etter utvikling i tett samspill både innad i kommunal sektor og i samarbeid med relevante statlige aktører. Dette har sikret godt eierskap til løsningene og ivaretagelse av kommunenes behov. Det sentrale for at kommunene skal velge å ta i bruk løsningene er at forutsetningene ligger til rette for å ta i bruk løsningen og at dette vil bidra til bedre tjenestetilbud til innbyggerne eller mer effektiv tjenesteproduksjon. Løsningene har også vært tilrettelagt for kommunene, pilotert og klar til å tas i bruk uten tilleggsutvikling som forsinker prosessen, slik en har opplevd ved HelsED.

Å pålegge kommunene innføring og bruk fremstår uhensiktsmessig og vil føre til en risiko for kommunene for å ta innovative initiativ da de ved etablering av tilsvarende prosjekter vil påføre hele kommune-Norge en digital og økonomisk forpliktelse i fremtiden.

Vurdering av betalingsplikten

KS mener prinsipielt at staten skal betale for drift og forvaltning av nasjonal e-helseinfrastruktur (-og løsninger) på lik linje med annen samfunnskritisk infrastruktur.

Dersom staten opprettholder betalingsplikt, mener vi at dette da må være basert på faktisk bruk, der kommunene får kompensert sine merkostnader. KS mener det vil være lettere å få oppslutning rundt e-helseløsningene dersom det legges opp til en modell der kommunene kun betaler for tjenester de faktisk bruker, har nytte av og kan påvirke utviklingen av.

KS mener derfor at kostnadene ved innføring av nasjonalt pålagte e-helseløsninger må finansieres ved at de enkelte aktørene betaler for løsningene etter faktisk bruk, og at kostnader for kommunene ved å

innføre ytterligere tjenester må dekkes ved økt rammebevilgning, etter forutgående felles kostnadsberegning.

KS er også svært bekymret for at lovforslaget skaper en ny presedens for hvordan staten i fremtiden vil finansiere statlige IT-løsninger på andre sektorer. Dette gjør det desto viktigere at det blir utredet nærmere hvilke prinsipper som skal gjelde for betaling og fordeling av kostnader mellom aktørene (der det er naturlig å hensynta gevinstene av løsningene), og hvilke typer tjenester/andel av løsninger det er naturlig at kommunal sektor kan pålegges å betale for. Slike sentrale prinsipper bør være nedfelt i selve lovforslaget, slik at det er klart hvordan kostnadsfordelingen skal beregnes på nasjonale fellesløsninger.

KS mener at de administrative og økonomiske konsekvenser av lovforslaget for kommunene ikke er tilstrekkelig vurdert og utredet i departementets høringsnotat. Dette svekker i betydelig grad også Stortingets mulighet til senere å fatte vedtak på et tilstrekkelig informert grunnlag.

For øvrig viser KS til dialogen vi har hatt omkring Teknisk Beregningsutvalg og utøvelsen av deres rolle. KS er tilfreds med at departementet vil gjennomgå mandatet til Teknisk beregningsutvalg for e-helseløsninger. Vi legger til grunn at man vil se dette i sammenheng med den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Kommentarer til beskrevne nasjonale løsninger og plattformer

Lovens intensjon om samhandling vektlegger viktigheten av å utveksle informasjon digitalt og at pasientinformasjon deles sikkert og effektivt. Dette er en forståelse av samhandling vi stiller oss bak og som er svært viktig at kommunene deltar i.

I høringsnotatet fremgår det en del påstander som skal bygge opp under lovens intensjon som KS mener bør presiseres, utdypes nærmere eller rettes opp:

1. Høringsnotatet påpeker en del gevinster for kommunene som baserer seg på tidlige estimater gjennomført av direktoratet for e-helse før oppstart av reell utprøving i tjenestene. KS er usikre på om disse er realistiske og om de fortsatt er gyldige. KS' erfaringer de senere årene er at spesielt de kvantitative gevinstene ved e-helseløsninger er vanskeligere å realisere enn det som antas innledningsvis. Her er det viktig å benytte reell utprøving som grunnlag for evaluering og oppdatering av gevinst- og kostnadsanslag.
2. I høringsnotatet fremgår det en påstand om at det eksisterer en omforent plan for videre innføring av kjernejournal i kommunene fra 2022 (høringsnotatet s.14.). Videre plan og ansvar for innføring av kjernejournal i sykehjem og hjemmesykepleie etter 2021 er ikke klarlagt og KS stiller seg ikke bak dette.
3. Kjernejournal oppnår sin effekt når flest mulig tar den i bruk, slik høringsnotatet presiserer. Det forutsetter imidlertid at kjernejournal er tilgjengelig for alle aktuelle deler av helsetjenesten, slik som helsestasjon og skolehelsetjeneste. Det mangler intensjoner og planer for denne kommunale tjenesten slik at helsepersonell kan ha et felles beslutningsgrunnlag i sin pasientbehandling.
4. KS frykter at kostnadsbildet for flere av de nasjonale løsningene er basert på utdaterte kostnadsestimater og det er kjent at kostnadsestimatene er begrensede i sitt omfang. Vi ser at man dermed planlegger ut fra feilaktige forutsetninger og at merkostnader for kommunene derfor undervurderes.
5. I høringsnotatet skisseres det ambisjoner og et tidsløp for mange av løsningene som forutsetter at funksjonalitet er klar til bruk både i nasjonale plattformer samtidig som praktisk bruk forutsetter at funksjonalitet er ferdig utviklet og implementert i den enkelte kommune. KS vurderer dette som lite realistisk med tanke på fremdrift. Dette gjelder f.eks. dokumentdeling, kjernejournal og sentral forskrivningsmodul.

6. HelseID er ikke tilstrekkelig for å kunne dele data og dokumenter mellom aktørene, slik det beskrives i høringsnotatet. Det skal i tillegg etableres en egen tillitsmodell som utsetter dokumentdeling i kjernejournal med minst 2-3 år for kommunene, iflg planer pr juni 2021, og der kommunene har ulike utgangspunkt innen IKT-sikkerhet
7. Det bør presiseres at de opplysningene som vektlegges som viktige i kjernejournal inntil videre må registreres manuelt av helsepersonell eller innbygger selv, og at disse derav ikke omfattes av de automatiske registreringene, slik det kan leses av høringsnotatet. Dette innebærer samtidig en betydelig barriere for ustrakt bruk.
8. I høringen beskrives Helsenorgeplattformen som et helsetilbud. KS anser dette som en innsynsløsning som er nyttig for befolkningen. Den gir imidlertid lite konkret nytte for utøvende helsepersonell. Et helsetilbud er å anse som medisinsk behandling eller annen behandling / omsorg som gir bedre helse i en sykdomstilstand.

Utvikling av e-helseløsninger må sees i sammenheng med andre nasjonale strategier hvor Digitaliseringsstrategien er viktig for kommunal sektor, men den skal også være førende for hele statlig sektor. Livshendelser som berører Direktoratet for e-helse er blant annet *Alvorlig sykt barn*, og de krav til digitale løsninger dette arbeidet setter bør være en retningsgiver for samhandling.

Det vil fra kommunal side også presiseres at det etter lansering av kjernejournal i 2014 var krevende å få kjernejournal etablert som en naturlig kilde for helseopplysninger i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegene og i legevaktene. Mange virksomheter og helsepersonell opplevde ikke kjernejournal som tilstrekkelig nyttig og løsningen var i tillegg tungvint i bruk. At kjernejournal var gratis og at virksomhetene fikk mye god bistand i innføringen fra et eget innføringsteam i direktoratet uten kostnad, var helt avgjørende for at kjernejournal kom i gang.

Det er derfor viktig å merke seg at når kommunene nå får ta i bruk kjernejournal så skjer følgende:

1. De må betale for forvaltning og bruk.
2. De må dekke hele innføringsløpet selv.
3. De må bidra til å dekke utviklingskostnadene.
4. De blir pålagt å bruke den uavhengig av hva de anser som nyttig.

Uten at kjernejournal hadde vært gratis, ser vi det sannsynlig at innføringstakten hadde vært betydelig lavere. KS nettverk for innføring har et godt samarbeid med NHN, og KS er glade for fortsatt og om mulig forsterket støtte til dette. Kommunene vil likevel være i samme situasjon nå som da spesialisthelsetjenesten tok løsningen i bruk. Innholdet i kjernejournal er ikke vesentlig endret de siste årene, med unntak av pandemirettede tiltak slik som testresultater av Covid-19. Når dokumentdeling i kjernejournal kommer, vil situasjonen være annerledes, men det er langt frem før kommunene har dette. De gevinstene av kjernejournal som det vises til at kommunene har i utkast til høringsnotat, kan ikke sies å være dokumentert gjennom utprøvingen som hittil har funnet sted. Vi antar at disse delvis er hentet fra direktoratets gevinstantagelser før utprøving. I tillegg er ikke kjernejournal tilrettelagt for en viktig del av de kommunale helsetjenestene – helsestasjon og skolehelsetjenestene. Den helheten som departementet vektlegger i begrunnelsene for innføringsplikt er derfor ikke mulig å realisere på nåværende tidspunkt.

Nytt Folkeregister

KS er usikre på nytten knyttet til pålegg om innføring av et parallelt folkeregister gjennom tjeneste hos Norsk Helsenett.

Nytt folkeregister er på kort tid tatt i bruk av nær 2/3 av landets kommuner gjennom egen tjeneste, og er gjennom dette også tatt i bruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvikling av en plattform med separat kopi for helsesektor er ugunstig og kan stå i veien for utvikling av gode tjenester med innbyggers behov i sentrum. Beslutning om etablering av en slik kopi gjennom prosjekt for nytt

Folkeregister ble tatt på et tidspunkt der KS/Kommunal sektor ennå ikke var blitt involvert i arbeidet, og KS og kommuner uttrykte da de ble informert om dette sin skepsis til en slik modell utfra mulighetene til å kunne ivareta et helhetlig innbyggerperspektiv i arbeidet. At dette var besluttede føringer for arbeidet ble imidlertid tatt til etterretning, og KS deltar i dag i MFHelse programmet som har som formål å realisere folkeregister i en e-helsekontekst, for å bidra til koordinering av kommunal sektor ved en eventuell utbredelse.

Separat kopi for helsesektor, i dagens situasjon med modernisert folkeregister, bidrar til økt kompleksitet og økte kostnader ved håndtering av personopplysninger med tanke på å dekke behov utover det Folkeregisteret gjør i dag. Ikke minst gjelder dette ivaretagelse av godt personvern på tvers av tjenesteområder, f.eks. skatt og barnevern. KS mener det er viktig å gjøre en evaluering av om en separat kopi av folkeregisteret er hensiktsmessig, gitt dagens utbredelse av folkeregisteret i kommunene, spesielt om det er overlapp mellom de ulike folkeregistre som kan føre til konflikter mellom disse. I hovedsak bør det vurderes andre tekniske løsninger som sørger for gjenbruk av en nasjonal «master» med eventuelle sektorielle tilpasninger.

Departementet må ta ansvar for at kommunene unngår doble kostnader med en tydelig strategi for distribusjon av folkeregisteret. Det må unngås at kommunene pålegges bruk av funksjonalitet fra NHN som de alt har innført i kommunen.

Alternative løsninger som vil kunne gi bedre måloppnåelse og mer effektiv ressursbruk

Vår erfaring er at man får særlig rask utbredelse når det er utviklet ulike alternativer tilpasset kommunenes digitale modenhet. Felles for alle tjenestene som har oppnådd rask utbredelse er at det ligger frivillighet til grunn, slik at kommunene selv tar et aktivt eierskap til beslutningen om å ta løsningen i bruk og hvordan de skal kunne få realisert best mulige gevinster (både kvalitative for innbygger og evt. økonomiske for kommuneorganisasjonen).

KS har derfor ønsket en utredning av hvilke forutsetninger som må være oppfylt for at kommunene kan pålegges å ta i bruk en tjeneste, før det fremmes et lovforslag. Det bør også ivaretas at eventuelle pålegg gis for den enkelte tjeneste kommunene skal ta i bruk, ikke for generelle plattformer. Dette fordi ulik funksjonalitet/tjenester i praksis krever egne innføringsløp i organisasjonen. Dette har staten ikke ønsket å etterkomme, men kun beskrevet en fremtidig prosess for å vurdere hvilke forutsetninger som må være til stede for at departementet med hjemmel i lov skal pålegge kommunene å ta i bruk tjenestene.

KS har i lovmedvirkningsprosessen fremhevet at dersom NHN omgjøres til særlovselskap der kommuner inviteres inn på eiersiden, så vil unntaket for utvidet egenregi i anskaffelsesforskriften § 3-1 flg. kunne oppfylles. Dette vil også kunne åpne for mer fleksible organisatoriske modeller i tilknytning til det videre arbeidet med realisering av felles kommunal journal og tilhørende plattformtjenester. Disse har stor grad av tilknytning til NHNs nasjonale samhandlingsløsninger. Dette illustrerer at den foreslåtte finansieringsmodellen i høringsnotatet og lovpålegget ikke er eneste måten for å etterleve anskaffelsesregelverket for fakturering av nasjonale tjenester. KS ønsker av den grunn utredet alternative modeller til et lovpålegg.

Departementet viser i høringsnotatet til at ulike selskapsmodeller og ulike former for delt eierskap har vært vurdert i sammenheng med etablering av et selskap for å forvalte felles kommunal journal. Modeller med delt eierskap er krevende både organisatorisk og juridisk, og er etter departementets vurdering ikke et alternativ til lov- og forskriftsregulering for å løse dagens behov for å sikre innføring og forvaltning av eksisterende e-helseløsninger.

KS er kjent med staten har gjort enkelte utredninger, men disse har kommunesektoren ikke vært involvert i. KS er heller ikke kjent med at etablering av særlovskap som alternativ er nærmere utredet som modell i denne sammenheng. I forbindelse med utredningen av Felles kommunal journal er det enighet mellom samarbeidsprosjektet der Helse- og omsorgsdepartementet deltar, og Helse- og omsorgsdepartementet – om at det skal utredes alternative modeller til aksjeselskap som fremtidig selskapsform, og at utredning av etablering av et eventuelt særlovselskap inngår i dette. I den sammenheng bør det også gjennomføres reelle og felles vurderinger om eventuelt kommunalt eierskap i Norsk helsenett.

Teknisk beregningsutvalg

Lovforslaget viser til diskusjoner og drøftinger i Teknisk beregningsutvalg som begrunnelse for departementets innstilling til prinsipper for fordeling av kostnader. KS mener direktoratet for eHelse og Helse- og omsorgsdepartementet her har benyttet TBU langt utover intensjonen til mandatet til utvalget og som lå til grunn for den kompetansen som ble etterspurt da representanter ble oppnevnt.

TBUs mandat og oppgaver er:

- legge fram best mulig vurdering av tallgrunnlaget for beregnede kostnader til forvaltning og drift av eksisterende nasjonale e-helseløsninger og helsenettet
- presentere tallmaterialet på en slik måte at det bidrar til transparens både når det gjelder kostnadsanslag og fordeling mellom aktørene
- legge fram vurderingen av tallmaterialet for Helse- og omsorgsdepartementet på et tidspunkt som er tilpasset statsbudsjettprosessen
- gjøre vurderinger av tallgrunnlaget etter initiativ fra kommunesektoren/KS, regionale helseforetak og andre aktører som betaler for nasjonale e-helseløsninger

TBU er mao. *ikke* et utvalg oppnevnt med mandat til å diskutere og innstille strategiske prinsipper for fordeling av kostnader mellom helseaktørene, men et teknisk beregningsutvalg som skal sikre at kostnadsgrunnlaget er riktig og kvalitetssikret slik at det kan ligge til grunn for videre drøftinger. Prinsipper for kostnadsfordeling må etter KS vurdering omforenes i en gjensidig styringsmodell der kommunal sektor har reell medinnflytelse, forankres politisk gjennom konsultasjonsordningen og til syvende og sist fremlegges av Regjeringen til Stortinget for behandling. At TBU har blitt gitt eller tatt på seg oppgaver av strategisk og prinsipiell betydning, utenfor mandatets intensjon, oppleves problematisk også fordi drøftingene i utvalget oppleves dominert av toppledere fra de regionale helseforetakene som eiere av sykehusene, og at utvalget ledes av staten.

Oppgaven som omfatter å presentere tallgrunnlag som bidrar til transparens er noe annet enn strategiske vurderinger av fordelinger av kostnader mellom aktørene. Det må i tillegg skilles tydelig mellom diskusjoner om utviklingskostnader (som ikke er en del av TBU) og drift og forvaltningskostnader.

KS minner her om utredningsinstruksen som «gjelder fullt ut for alt utredningsarbeid som dreier seg om oppgaver og plikter for kommuner og fylkeskommuner. Det framgår av minimumskravene til utredning under punkt 2-1 i instruksen at utredninger skal omfatte virkninger for bl.a. fylkeskommunal og kommunal forvaltning. Dermed skal instruksen med veileder følges ved utredning av både økonomiske og juridiske virkemidler som staten bruker overfor kommunal sektor.",

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/veileder-om-statlig-styring-av-kommuner-og-fylkeskommuner/id2791598/?ch=4>

KS kan ikke se at utredningsinstruksen er lagt til grunn for det arbeidet som er lagt frem til drøfting i Teknisk beregningsutvalg. Dette, sammen med mangler andre steder i styringsmodellen for e-helse, skaper uheldige diskusjoner og påstander om posisjonering og andre misforståelser om TBU sitt mandat og formål.

Vi minner om at kommunerepresentantene i nasjonal fora, inklusive TBU, ikke har delegerede fullmakter til å beslutte eller vedta fordeling av kostnader eller prinsipper for dette. Slike spørsmål bør etter KS vurdering i stedet behandles i nasjonal styringsmodell for eHelse, tas inn som en del av konsultasjonsordningen og til syvende og sist legges frem for Stortinget som del av den ordinære statsbudsjettprosessen.

KS viser også til bilateralt konsultasjonsmøte med Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2020 der KS fremførte: «KS har særlig med bekymring notert at Teknisk Beregningsutvalg har gått langt i å drøfte forhold av strategisk og prinsipiell betydning. Dette lå ikke til grunn da representantene ble oppnevnt. Det er heller ikke noe i mandatet til Teknisk beregningsutvalg der TBU skal utvikle prinsipper for kostnadsfordeling eller på annen måte gjøre prinsipielle disponeringer. Oppgaven i TBU er se på tallgrunnlaget og vurdere om dette er godt nok. Øvrige forhold bør drøftes i samstyringsmodellen for ehelse med påfølgende representativ behandling innen konsultasjonsordningen.»

Det er viktig at diskusjonen i utvalget skjer i tråd med hovedintensjonen bak utvalgets mandat, nemlig å være et Teknisk beregningsutvalg som skal kvalitetssikre underlag fra Norsk helsenett. Utvalget bør ikke selv være de fremste til å ta stilling til om de selv ønsker å ta en tung strategisk rolle med betydelig økonomiske konsekvenser for sektoren.

Kommunen må sikres reell medinnflytelse

Lovforslaget legger opp til at kommunene pålegges å ta i bruk og betale for ulike e-helseløsninger uten reell medinnflytelse. KS er enig i at det for IT-sektoren er et særskilt behov for standardisering og felles løsninger. Det er på det rene at hver kommune ikke kan ha sine egne løsninger i alle sammenhenger dersom realisering av ambisjonene i Regjeringens og KS felles digitaliseringsstrategi «En digital offentlig sektor» skal virkeliggjøres. Men det må være en helhetlig plan. Digitaliseringsstrategien legger samstyring mellom Stat og kommunal sektor til grunn, der kommunal sektor skal sikres *reell* innflytelse med utgangspunkt i prinsippene tidlig involvering, likeverdighet og representativitet. KS kan ikke se at lovforslaget sikrer kommunal sektor slik reell innflytelse og er dermed ikke i tråd med regjeringens egen digitaliseringsstrategi.

KS har samtidig fremhevet at dette også aktualiserer behov for utredninger av nye måter å arbeide på for å kunne ivareta hensynet til lokaldemokrati og lokalt selvstyre, og herunder sikre reell medinnflytelse for kommunesektoren. Dette gjelder både for utvikling av løsninger, implementering og kostnadsfordeling.

Lovforslaget er en vid hjemmelslov som legger kompetansen alene til departementet og direktoratet, både for når kommunene skal pålegges å ta i bruk tjenestene, og fastsettelse av betalings omfang og fordeling. Dette skaper en stor ubalanse, og kommunene må derfor sikres økt innflytelse.

En av årsakene til at innføring i kommunene har tatt tid, er at flere av de nasjonale løsningene ikke er tilpasset eller ferdigutviklet for bruk i kommunene. Bruk- og betalingsplikt der staten tar ensidige beslutninger er ikke riktig strategi i så måte. Økt innflytelse fra kommunesektoren er et bedre virkemiddel, som vil bidra til at løsningene blir bedre tilpasset kommunenes behov og øke deres nytte, samt øke kommunenes eierskap og motivasjon til å ta i bruk løsningene.

KS har derfor foreslått at staten utreder en lovfesting av en mer forpliktende konsultasjonsordning mellom statens organer og KS/kommunal sektor. KS ønsker en slik ordning for å sikre kommunesektoren mer reell innflytelse på utvikling, drift og også fastsettelse av betalingens omfang og fordeling. Dette oppnås blant annet ved at det i lov kan beskrives en prosess hvor det er en intensjon om at stat og kommuner skal oppnå enighet, men hvor det ikke er et krav om enighet. Det kan videre beskrives i lov hvordan ordningen skal organiseres, hvor siktemålet er å oppnå reelle drøftelser mellom staten og kommune som likeverdige parter. Denne ordningen må forankres i den allerede etablerte konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS, men krever en separat prosess og møtepunkter.

Dersom kommunesektoren kommer inn på eiersiden i NHN, vil det, for så vidt gjelder tjenesteleveransen, også gi kommunesektoren en viss medinnflytelse.

Lasse Hansen
Administrerende direktør

Kristin Weidemann Wieland
Områdedirektør, Forskning, innovasjon og digitalisering

Vedlegg: KS uttalelse til lovmedvirkningen