



Styrket gjennomføringsevne for IKT- utvikling i helse- og omsorgstjenesten

Versjon 0.88, 03. juli 2015

Innledning

Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) har gitt Helsedirektoratet i oppdrag¹ å utrede styrket gjennomføringsevne for IKT-utvikling i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet skal vurdere og foreslå:

- Nye modeller for finansiering av IKT-utviklingen på tvers av aktørene i sektoren, herunder både forslag til nye statlige bevilgninger og delfinansiering fra kommuner og RHF.
- Felles beslutningsprosesser for IKT-utvikling som omfatter hele sektoren, inkludert samarbeidsavtaler og samarbeidsorganer som e-helsegruppen/NUIT/NUFA.
- Nye og/eller endrede lov- og forskriftshjemler for å kunne iverksette statlige føringer for IKT-utvikling og regulering av aktørenes plikter til å følge opp.

Det er hentet innspill fra en arbeidsgruppe med deltagere fra KS, kommuner, RHF, Nasjonal IKT HF (NIKT) og Norsk Helsenett SF (NHN). Det er også gjennomført en rekke møter med sentrale miljøer i sektoren. Kommunesektorens representanter har utarbeidet et eget notat med innspill til formaliserte modeller for statlig og kommunalt samarbeid innen IKT².

Dialog, involvering, forankring og gjensidig tillit skal fortsatt være et viktig fundament for et godt og velfungerende samarbeid på tvers av aktørene i helse- og omsorgssektoren. Formelle styrings- og beslutningsprosesser, finansieringsmodeller og lov/forskrift er sterke virkemidler for å styrke gjennomføringsevnen på IKT-området i helse- og omsorgssektoren. Innføring av mer formaliserte modeller må derfor skje gradvis og aller helst være basert på at en velfungerende og akseptert praksis går over til å bli formalisert.

Nåsituasjonen og utfordringsbildet

Målene i Meld. St. 9 (2012-2013), *Én innbygger – én journal* er ambisiøse. I spesialisthelsetjenesten har det i ca 10 år pågått regional standardisering og modernisering av IKT-løsningene og oppbygging av regionale IKT-tjenesteleverandører. I kommunesektoren er omfanget av nasjonalt og interkommunalt samarbeid og standardisering fortsatt begrenset.

Realisering av «Én innbygger – én journal» vil kreve vesentlig mer nasjonal styring og samarbeid.

Helsedirektoratet har sammen med aktørene i sektoren utarbeidet en beskrivelse av utfordringsbildet for IKT i helse- og omsorgssektoren³. De fleste utfordringene er knyttet til funksjonelle og tekniske mangler i dagens IKT-løsninger. Det er særlig to utfordringer som er sentrale mht styrket gjennomføringsevne:

1. Lav gjennomføringsevne

Dagens styringsmodell gir lav gjennomføringsevne med lite koordinert utvikling av IKT i helse- og

¹ Oppdragsbrev med referanse 14/692

² KS har i brev til Helsedirektoratet av 12. mai 2015² om bl a IKT-samarbeid stat – kommune fremmet flere forslag til tiltak som har til formål å styrke gjennomføringsevnen innen digitalisering av helse- og omsorgssektoren. Brevet er tatt inn som vedlegg til rapporten. Se vedlegg 1.

³ https://www.regjeringen.no/contentassets/355890dd2872413b838066702dcdad88/ikt_utfordringsbilde_helse_omsorgssektoren.pdf

omsorgssektoren. Det mangler en enhetlig og tydelig styringsmodell med sentrale finansielle virkemidler til å sikre en felles porteføljestyling av sektorovergripende IKT-tiltak.

2. Lav utnyttelse av stordriftsfordeler

Dagens organisering av IKT-funksjonene i sektoren utnytter i liten grad potensialet i stordrift og realiserer få synergier ved anskaffelser, drift, forvaltning og utvikling av løsninger. Det konkurreres om begrenset IKT-kompetanse, hvilket gjør organiseringen sårbar med hensyn til dekning av fremtidig kompetansebehov. Innenfor RHFene er det en økende grad av konsolideringer.

Helse- og omsorgssektoren er betydelig i omfang og kompleksitet med over 300 000 ansatte fordelt på omkring 17 000 virksomheter. Budsjetterte IKT-kostnader i helse- og omsorgssektoren ble estimert til 8,4 milliarder kroner for 2014. Spesialisthelsetjenesten (regionale helseforetak og avtalespesialister) står for over 60 % av dette. Veksten i IKT-kostnader har de siste to årene vært sterkere enn den øvrige kostnadsveksten i sektoren. Antallet direkte IKT-årsverk for 2014 er estimert til om lag 4 100 hvorav spesialisthelsetjenesten står for over 60 % av årsverkene. Satsningen på IKT har vært nødvendig og har bidratt til bedre tjenester og samhandling mellom aktørene. Sammenlignet med tilgjengelige internasjonale tall er det ingen klare indikasjoner på at enkeltaktører bruker relativt sett for mye ressurser på IKT, men det kan stilles spørsmålsteget ved om de samlede ressursene brukes mest mulig effektivt.

Tjenestetilbudet har vært i kontinuerlig vekst i flere tiår og organiseringen har tilsvarende vært i endring. Kommunereformen legger opp til at større kommuner med større kompetansemiljø skal ivareta flere oppgaver. Primærhelsemeldingen peker på behov for endringer knyttet til organisering, arbeidsdeling og arbeidsformer. Den varslede helse- og sykehusplanen og gjennomgangen av sentral helseforvaltning kan bli påvirket av ansvarsplassering av oppgaver.

Statens styring av kommunesektoren må balansere mellom nasjonale hensyn og hensynet til det kommunale selvstyret. Nasjonale mål og kravet til effektiv og samordnet bruk av offentlige ressurser, begrunner styringsbehovet.

Det er etablert flere arenaer, råd, fora, møteplasser, o.l. for å sikre at det blir en balanse mellom nasjonale og lokale styringsbehov. Nasjonale e-helsefora som E-helsegruppen, Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT), og Nasjonalt utvalg for fag og arkitektur (NUFA) er etablert for å kompensere for manglende felles styringsstruktur innen IKT i helse- og omsorgssektoren. Disse foraene skal bidra til en prioritert og forutsigbar utvikling og innføring av nasjonale IKT-tiltak. Det er også etablert andre koordinerende mekanismer, herunder konsultasjonsordningen mellom Regjeringen og KS, samarbeidsavtaler mellom hhv staten og KS, samt lovpålegg om samarbeidsavtaler mellom kommuner og (regionale) helseforetak.

Dagens styringsmodell er ikke tilpasset behovet for å gjennomføre helhetlige og koordinerte IKT-tiltak som treffer «alle» aktører i sektoren. Modellen er også svak med hensyn til å understøtte omstilling, endring av samhandlingsmodeller og nye arbeidsmåter.

Nasjonale IKT-strategier og mål for helse- og omsorgssektoren har vært drevet fram av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i samarbeid med RHF'ene, Nasjonal IKT og kommunesektoren. I perioden 1997-2011 er det utarbeidet flere strategidokumenter og

handlingsplaner med nasjonale mål som kunne vært lagt til grunn for virksomhetenes egen strategi og handlingsplan.⁴ De nasjonale handlingsplanene har i liten til middels grad blitt realisert.

En gjennomgang av Helse- og Omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til spesialisthelsetjenesten for perioden 2009-2014 viser at det har vært gitt få direkte krav og føringer til IKT.

Det benyttes ulike finansieringsmodeller for felles IKT-løsninger hvor hovedprinsippet er rammefinansiering. Målet er rettferdig inntektsfordeling mellom kommunene og fylkeskommunene, mer effektiv ressursbruk og bedre makroøkonomisk kontroll med kommuneøkonomien. Øremerket finansiering til IKT-tiltak er primært brukt i spesialisthelsetjenesten, og da via Helsedirektoratet og Norsk Helsenett. Det er funnet få tilfeller der incentivordninger eller sanksjoner knyttet til finansiering er blitt brukt for å styre adferd i ønsket retning.

I utredningsarbeidet er det gjort observasjoner og litteraturstudier på områdene styring og finansiering av e-helse i Sverige, Danmark og England⁵. De tre landene har nasjonale e-helsestrategier med målsettinger om bruk av IKT i helse og omsorg til fremme av kvalitet, pasientsikkerhet og mer innbyggersentrert tjenesteyting og helhetlige pasientforløp. For å understøtte målene er det igangsatt prosjekter knyttet til utvikling av nasjonal arkitektur og nasjonale fellestjenester. Kompleksiteten, utviklingshastigheten og omfanget av disse prosjektene stiller store krav til styring og koordinering. Nye styrings- og finansieringsmodeller er foreslått eller innført i alle de tre landene. Felles for de tre landene er et sterkere statlig grep om standardisering, samtidig som etablering av nye nasjonale arenaer med bred strategisk representasjon og beslutningsmyndighet skal sikre samstyring på e-helseområdet.

Mål

Utredningen av «Én innbygger – én journal» har identifisert ulike konseptalternativer for realisering av mål og ambisjoner i Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal*. Alle konseptene forutsetter økt nasjonal styring.

Anbefalte virkemidler og tiltak for å styrke gjennomføringsevnen skal bidra til følgende resultater:

- Sektoren har relevante, forpliktende og realistiske IKT-strategier og mål
- Bedre måloppnåelse og raskere gevinstrealisering gjennom
 - raskere utvikling og innføring av ny funksjonalitet og nye løsninger
 - raskere realisering av endringer og tilpasninger i eksisterende løsninger
- Bedre utnyttelse av ressurser og ny teknologi

Prinsipper

Følgende prinsipper er lagt til grunn ved utforming av virkemidlene:

⁴ For eksempel: Mer helse for hver bit (1997-2000), Si@! (2001-2003), S@mspill 2007 (2004-2007), Samspill 2.0 (2008 – 2013), regjeringen digitaliseringsmelding, Meld. St. 9 (2012-2013) - Én innbygger – én journal.

⁵ Utredning av «Én innbygger – én journal»

- **Nasjonal IKT-strategi og -utvikling besluttes i nasjonale fora**

Hensikten er å sikre helhet, relevans, forankring og forpliktelse. Samstyring skal praktiseres som uttrykk for et interessefellesskap mellom stat og kommune. Deltagerne skal representere virksomheten eller et fag-/interesseområde i nasjonale fora med forankring og fullmakt. Representantene har et kollektivt ansvar for fellesbeslutninger som fattes i nasjonale fora de er medlem av.

Der formål og funksjonelle behov er overlappende og det er av samfunnsøkonomisk interesse, bør regionale og lokale IKT behov søkes løst nasjonalt

Mange av aktørene i sektoren utfører like oppgaver og har like funksjoner og formål. Dette gir et potensial for å anskaffe og bruke felles IKT-løsninger såfremt man blir enige om de funksjonelle kravene til IKT-løsningen og det er formålstjenlig for alle parter. Felles IKT-løsninger til like formål gir mulighet for kostnadssynergier i anskaffelse og drift, og er således av samfunnsøkonomisk interesse å løse nasjonalt. Nasjonale IKT-løsninger bidrar til rettferdig fordeling av helsetjenester til hele befolkningen.

- **Rolledelingen skal reflektere en mest mulig entydig plassering av myndighet, ansvar og oppgaver**

Det skilles mellom styringsrollen (myndighetsutøving), virksomhetsrollen (helsetjenesteproduksjon) og leveranserollen (leveranse av IKT-tjenester). Myndighetsaktørene er premissgivere. Virksomhetene leverer helse- og omsorgstjenestene og stiller kravene til løsningene. IKT-leverandøren er rådgiver og utførende.

- **Virksomhetssiden med tjenesteproduksjonen skal ha systemeierskap for nasjonale løsninger**

Virksomhetene som leverer helse- og omsorgstjenestene samt utfører forskning og analyse, er brukere og bestillere av IKT-tjenester. Behovsdekkende og tilgjengelige IKT-tjenester er virksomhetskritisk. Det er naturlig at det er representanter fra disse virksomhetene som har et operasjonelt systemeierskap med fullmakter til å prioritere funksjonelle behov, stille krav og utføre livssyklusplanlegging av IKT-systemet.

- **Realisering av nasjonal IKT-strategi skal utnytte virksomhetenes eksisterende kompetanse og kapasitet**

«Én innbygger – én journal» kan ikke realiseres uten bruk av kompetanse og kapasitet i virksomhetenes regionale og lokale IKT leveranseorganisasjoner. God samordning av aktørene gir bedre samlet kapasitet. Kompetansen og kapasiteten til private leverandører er også en viktig forutsetning.

Anbefalinger

De 10 anbefalingene som fremmes i denne utredningen er knyttet til tre typer virkemidler:

- Organisatoriske: Styrings- og beslutningsvirkemidler
- Økonomiske: Finansiering av IKT-tjenester
- Juridiske: Lover, forskriftshjemler og avtaler

1. IKT er integrert del av utredningsarbeid og politikktutforming

IKT skal være en integrert del av utredningsarbeid og politikktutforming som berører helse- og omsorgstjenesten gjennom at HOD i sine utredningsoppdrag stiller krav om at muligheter og konsekvenser innen IKT beskrives.

De aller fleste oppgaver og funksjoner som utføres av helse- og omsorgstjenesten og den sentrale helseforvaltningen innebærer bruk av IKT som et verktøy. Fagavdelinger i HOD og de fagmiljøer HOD benytter må derfor sikre at IKT tas inn i tidlig fase av utredningsarbeid som innebærer endringer i helse- og omsorgssektoren.

Dette iverksettes fra og med 2016.

2. E-helsestyret

For å sikre nasjonal styring av e-helse med involvering av aktørene etableres et «e-helsestyre» for helse- og omsorgssektoren med formaliserte fullmakter og forpliktende deltagelse. To underutvalg understøtter styret etter tildelt mandat og fullmakter (Strategiutvalget og Fagutvalget for e-helse).

Direktoratet for e-helse etableres fra 2016.

Direktoratet vil ha ansvar for:

- *Styring, gjennomføring og forvaltning av nasjonale IKT-prosjekter.*
- *Forvaltning og utvikling av lover og forskrifter, kodeverk, terminologi og IKT standarder.*

Styringen må foregå på et likeverdig vis mellom statlige aktører og kommunene (*samstyring*).

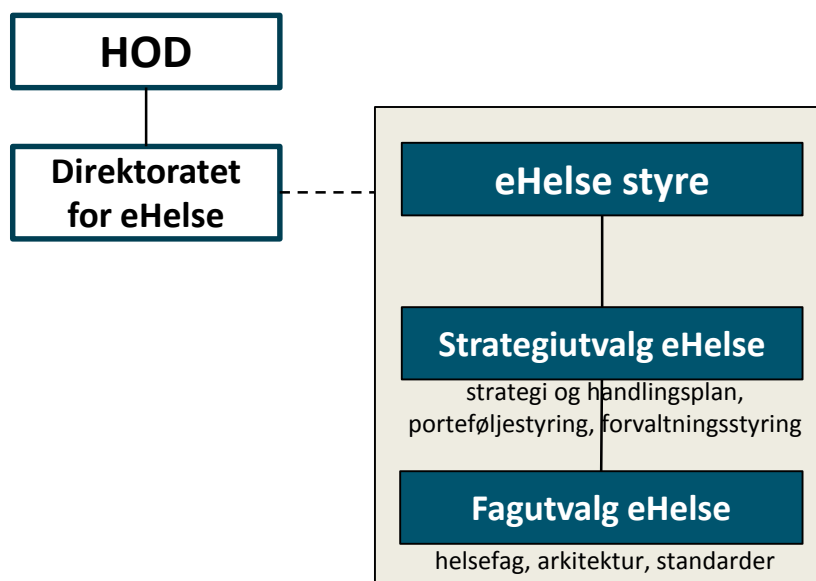
Direktoratet for e-helse får i oppdrag å etablere et *e-helsestyre* med representanter fra aktørene i sektoren. Styreleder skal velges av styret og bør være en representant fra sektoren. Direktoratet for e-helse utøver sekretariatsfunksjonen for e-helsestyret ved å fasilitere prosesser og utarbeide saks- og beslutningsunderlag til styret og styrets underutvalg.

E-helsestyret skal beslutte felles målbilder og strategier for gjennomføring. Styret skal søke konsensus mellom aktørene. Styret bestemmer selv hvilke saker som skal behandles. Dette innebærer at begrepet nasjonale løsninger til enhver tid defineres av e-helsestyret. Utgangspunktet er at e-helsestyret behandler store satsningsforslag, IKT-konsekvenser av vedtatt politikk og nasjonal satsning i sektoren. I tillegg skal styret behandle behov for regelverksendringer og normer. Styret skal

også fungere som investeringskomite for den nasjonale porteføljen. Et årshjul for styrebehandlinger tilpasses offentlige plan- og budsjettprosesser.

Der det er enighet om mål eller tiltak, skal Direktoratet for e-helse oversende innstilling til HOD. Dersom HOD er enig, skal HOD utforme og utøve styring overfor underliggende virksomheter basert på innstillingene. Overfor RHF'ene vil dette operasjonaliseres i det etablerte styringssystemet. Overfor kommunene vil tilsvarende operasjonaliseres gjennom IS1, og bruk av økonomiske og pedagogiske virkemidler. Lov/forskrift for kommunene hvis behov.

Dersom det er uenighet i styret, skal styret vurdere hvorvidt uenigheten skal legges frem for HOD. Direktoratet for e-helse har i tillegg et selvstendig ansvar for å løfte saker med uenighet til HOD. Kun i større eller prinsipielle saker vil det være aktuelt å oversende uenighet til HOD. HOD vil avgjøre om det er grunnlag for å ta beslutning der det er uenighet.



Sammensetting av et e-helsestyre skal gjenspeile en modell for samstyring:

- KS får et formelt mandat til å utpeke fire representanter fra kommunene for en forhåndsbestemt periode.
- Administrerende direktør fra KS.
- Administrerende direktører fra RHF-ene.
- Helsedirektøren, direktør for FHI og direktør i Direktoratet for e-helse.
- To representanter fra pasient- og brukerforeninger.
- Representant fra HOD og administrerende direktør for NHN SF deltar som observatører.

For å sikre ulike kommunale interesser og behov bør representantene komme fra både store og små kommuner. Ulik geografisk representasjon fra kommunene bør også vurderes. Deltagerne bør være øverste administrative leder for helse- og omsorgstjenesten i kommunene, dvs rådmann eller byrådsleder/kommunaldirektør i parlamentarisk styrte kommuner.

E-helsestyret understøttes av to utvalg; et utvalg for Strategi og porteføljestyling (Strategikutvalget e-helse) og et utvalg for Helsefag, arkitektur og standardisering (Fagutvalget e-helse – se anbefaling nr.

3). Utvalgene gjenspeiler i hovedsak de samme aktørene som sitter i e-helsestyret. *Strategiutvalget* innstiller til e-helsestyret basert på faglige råd fra *Fagutvalget*.

Mandatet for styret bør forankres i et regelverk (lov/forskrift) slik at det gis et hjemmelsgrunnlag for å kunne forplikte kommunesiden mht e-helsestyrets beslutninger. Staten benytter styringslinjene og styrer i egen del av helse- og omsorgssektoren i kraft av sin instruksjonsmyndighet.

Formalisering og omfang av e-helsestyrets mandat bør utvikles stegvis:

2016

- Forventning om deltagelse i e-helse styret legges inn i oppdrags- og tildelingsbrev til foretak og etater fra HOD. Deltagerne forpliktet av konsensusbeslutninger i e-helse styret, men ledernes fullmakter i egne virksomheter er uendret.
- KS gis en formalisert fullmakt til å utpeke kommunerepresentanter til styret. Dette bør utredes nærmere i løpet av andre halvår 2015.
- Behov for eventuelt hjemmelsgrunnlag for å forplikte kommunene til vedtak i styret utredes.
- «Nasjonal e-helse» - omfatter nasjonal e-helseportefølje som prioritert i NUIT. En eventuell endring av hva som omfattes av det nasjonale besluttet av styret.
- E-helsestyret gir sin innstilling om beslutning til Direktoratet for e-helse. Det gir råd til strategi- og politikkutforming på e-helseområdet, samt etableres som et styre for gjennomføringen av vedtatt politikk.
- E-helsestyret tar rollen som investeringskomite og beslutter anvendelse av årets ramme for nasjonale e-helse investeringer. Beslutningene må ligge innenfor de rammene HOD har gitt i tildelingsbrevet til direktoratet. Formell økonomisk disponeringsfullmakt ligger til direktoratet.
- Ansvar som styringsgruppe for utredningen av «Én innbygger, én journal» overføres til e-helsestyret.
- E-helsegruppen kan endres til et halvårlig orienteringsmøte og ledes av HOD.
- NUFA går over til å bli Fagutvalget for e-helse, NUIT blir Strategiutvalget. Mandat og representasjon revideres av e-helsestyret. Strategiutvalg har en styringslinje til e-helsestyret og Fagutvalget til Strategiutvalget.
- Aktørenes strategi og planer deles, strategiske/større investeringsbehov vurderes i en nasjonal kontekst (besluttet lokalt). Dette skal bidra til at aktørene er godt orientert om helheten. Aktørene kan reise saker til nasjonal vurdering i styret, som eksempel kan RHF eller NIKT HF ta inn saker som ønskes diskutert med kommunal sektor.
- Etablere nasjonal e-helsestrategi og oppdatere nasjonal handlingsplan basert på konseptvalg og gjennomføringsplan «Én innbygger, én journal».

2017 - 2018

- «Nasjonal e-helse» - omfatter revidert strategi og handlingsplan basert på «Én innbygger, én journal».
- Strategiske/større investeringsbehov besluttet i en nasjonal kontekst.
- Hjemmelsgrunnlag for e-helsestyret etableres basert på behov og etablert praksis.

- Årlig gjennomgang av mandatene til e-helse styret med underutvalg.

3. Fagutvalg for helsefag, arkitektur og standarder

For å sikre forankrede og gode faglige beslutninger oppretter e-helsestyret et fagutvalg for helsefag, arkitektur og standarder (Fagutvalget for e-helse).

Fagutvalget for e-helse gir faglige råd og innstillinger til strategiutvalget. Fagutvalget innstiller på nasjonale retningslinjer, samt har en strategisk og kvalitetssikrende rolle. Fagutvalgets strategiske rolle innebærer å bli involvert i relevante utredningsoppdrag og ved utforming av e-helsestrategier og handlingsplaner. Den kvalitetssikrende rollen innebærer kvalitetssikring av arkitekturvalg i utvalgte prosjekter og programmer. Utvalget skal bidra til at hele verdikjeder på tvers i sektoren understøttes av IKT på en hensiktsmessig måte. Utvalget gir råd om overordnede faglige føringer og kan opprette ulike ekspertgrupper i tråd med mandat og fullmakter.

Mandatet til fagutvalget for e-helse kan være å gi innstillinger vedrørende overordnet prioritering av helsefaglige behov; nasjonale retningslinjer for arkitekturprinsipper og referansearkitekturer for prioriterte områder, samt standarder for semantisk og teknisk interoperabilitet for prioriterte områder. Fagutvalget skal behandle forslag om utvikling av nye standarder, herunder kodeverk og terminologi. Fagutvalget kan foreslå nye nasjonale prosjekter til prioritering i Strategiutvalget. E-helsestyret fastsetter endelig mandat til Fagutvalget for e-helse.

E-helsestyret beslutter sammensetning av Fagutvalget for e-helse. Utvalget bør bestå av senior fagpersoner fra aktørene i sektoren, i tillegg til fagpersoner fra Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

Direktoratet for e-helse utøver sekretariatsfunksjonen for utvalget.

Innføringen skjer ved at NUFA i 2016 går over til å bli Fagutvalget for e-helse. Mandat og representasjon revideres.

4. Nasjonal porteføljestyling

Nasjonal porteføljestyling tas i bruk for å sikre at de riktige prosjektene startes og følges opp for å realisere vedtatt strategi, handlingsplan og mål.

E-helsestyret bør være investeringskomité og Strategiutvalget bør være porteføljestyre for nasjonal portefølje.

E-helsestyret beslutter kriterier for hvilke prosjekter som skal inkluderes i nasjonal portefølje. Kriteriene bør være (i) investeringer over en viss størrelse, og/eller (ii) berører flere aktører, og/eller (iii) prosjekter av strategisk viktighet i et nasjonalt perspektiv. E-helsestyret beslutter også prioriteringskriterier for porteføljen.

E-helsestyret har myndighet over investeringsmidler for porteføljen og prosjekter over en viss størrelse må besluttet her for å få ressurser til oppstart. Inntil videre vil det være naturlig at

Direktoratet for e-helse er den linjeorganisasjonen som får den formelle disponeringsfullmakten for de midler som settes av til nasjonale prosjekter. Disponeringen skal utøves i tråd med beslutninger i e-helsestyret og rammene fra HOD.

Strategiutvalget disponerer den nasjonale investeringsrammen i henhold til mandat og delegerte fullmakter fra e-helsestyret. Strategiutvalget innstiller forslag til prioriteringer til e-helsestyret, og kan selv beslutte oppstart av mindre prosjekter basert på disse fullmaktene. Strategiutvalget har ansvar for å overvåke porteføljen og har myndighet til å iverksette nødvendige tiltak for at porteføljen skal levere i henhold til budsjett, tid, kvalitet og ressursbruk. Gevinstrealiseringsansvaret ligger i linjen, men strategiutvalget overvåker.

Direktoratet for e-helse etablerer nasjonalt Porteføljekontor og utøver sekretariatsfunksjonen for utvalget og tilhørende porteføljestytingsprosesser. Porteføljekontoret holder også oversikt over den totale porteføljen av tiltak over en viss størrelse i sektoren. Dette med bistand fra NIKT HF for RHFene og med KS for kommunene. En slik total oversikt gir et bedre underlag for kunnskapsdeling i sektoren.

Innføringen starter i 2016 ved at den nasjonale porteføljen består av NUITs prioriteringer for 2016. Dette skal behandles i NUIT i oktober 2015. Innføring av porteføljestyting som metode skjer gradvis.

5. Nasjonal prosjekteier og Difis prosjektveiviser som prosjektmetode

Nasjonale prosjekter skal ha en nasjonal prosjekteier og gjennomføres i henhold til Difis Prosjektveiviser.

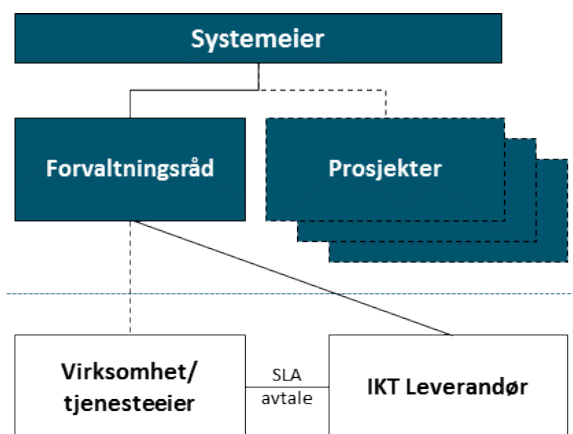
Nasjonale prosjekter skal gjennomføres i henhold til Prosjektveiviseren, som er Difis anbefalte prosjektmodell for gjennomføring av digitaliseringsprosjekter i offentlige virksomheter. Sammensetning av styringsgruppe og øvrig prosjektorganisering bør reflektere samstyring av nasjonale prosjekter. Dette betyr at sentrale aktører i helse- og omsorgssektoren bør være representert. Nasjonal prosjekteier utpekes av e-helsestyret og skal involvere fag- og brukergrupper fra virksomhetene som sikrer hensiktsmessig representasjon av interessenter.

Innføring av metodikken skjer gradvis med oppstart i 2016.

6. Nasjonal systemeier og Forvaltningsråd

Nasjonal forvaltningsstyring etableres med en systemeier og et forvaltningsråd med representanter fra aktørene. Like forvaltningsprosesser skal etableres for nasjonale fellesløsninger.

For *nasjonale systemer* i produksjon utpeker e-helsestyret en nasjonal systemeier med mandat og fullmakter for sitt system. Nasjonal systemeier er ansvarlig for at forvaltning og videreutvikling av systemet skjer i henhold til nasjonal strategi og retningslinjer.



Nasjonal systemeier etablerer forvaltningsråd bestående av representanter for lokale systemeiere (tjenesteeiere). Nasjonal systemeier tilrettelegger prosess for innmelding av nye behov fra lokale systemeiere og utarbeider forslag til felles videreutviklingsplan for systemet.

Nasjonal systemeier har videre ansvar for at det inngås tjenestenivåavtaler mellom virksomhetene og IKT-leverandøren. Rammene for avtalene skal balansere ivaretagelse av enkeltvirksomheters lokale behov og krav om uttak av synergier og

stordriftsfordeler nasjonalt.

Forvaltningsstyring skal gjøres i tråd med nasjonal e-helsestrategi og større arkitekturbeslutninger skal drøftes med Fagutvalget for e-helse.

Implementeringen skjer stegvis og starter i 2016 med E-resept, Kjernejournal, helsenorge.no og administrative registre. E-helsestyret beslutter hvilke nasjonale løsninger som skal underlegges en standardisert nasjonal modell for forvaltning.

7. Nasjonal e-helsestrategi med fireårige rullerende handlingsplaner

Nasjonal e-helsestrategi med fireårige rullerende handlingsplaner formaliseres og oppdateres årlig relatert til øvrige plansykluser for helse- og omsorgssektoren.

En nasjonal strategi for e-helse utarbeides for å bidra til at aktørene arbeider mot felles mål og for å utføre porteføljestyling på nasjonalt nivå. For å sikre utarbeidelse og jevnlig revidering av nasjonal e-helsestrategi, må en strategiprosess etableres. Strategien må utarbeides med konkrete mål og tiltak. Strategien beslattes i e-helsestyret. Direktoratet for e-helse er ansvarlig for å fasilitere strategiprosessen med utvalgene og styret. Utvalgene innstiller strategi og handlingsplan for e-helsestyret.

Den nasjonale e-helsestrategien skal ha logoen til alle aktørene på forsiden for å sikre forankring i helsesektoren.

Innføringen starter i 2016 med at strategi- og handlingsplan utarbeides basert på konseptvalg for "Én innbygger – én journal". Deretter skal det være årlig gjennomgang av strategi inkludert revidering av handlingsplaner.

8. Strategigjennomføring

Gjennomføring av nasjonal e-helsestrategi sikres formelt gjennom styring i linjen fra HOD og ved forskrift for de utenfor linjen. IKT-krav tas inn i avtale med tjenesteytende virksomheter på avtale med det offentlige.

Styring av gjennomføring skjer formelt langs to akser; Én for den statlige linjestyringen og én for aktørene utenfor.

Til organisasjoner i HODs styringslinje (helseforetak, statsforetak og direktorat/etater) gis tydelige mål og oppdrag i oppdrags- og tildelingsbrev. Til kommuner gis tilsvarende tydelige mål og oppdrag i IS 1. Deltagelse i prosesser i e-helsestyret, Strategiutvalget og Fagutvalget for e-helse skal skape eierskap til målene og oppdragene.

For aktører utenfor linjen (kommunene) sikres gjennomføring gjennom gradvis mer formelle virkemidler. Det stimuleres til å ta i bruk nye nasjonale «IKT-løsninger» gjennom bistand og tilskudd til innføringsaktiviteter og tilskudd til hele eller deler av brukskostnadene i en definert innføringsperiode.

Dersom en ikke lykkes med frivillig innføring av IKT-løsninger, er det mulig å benytte sterkere virkemidler i form av lov eller forskrift for å pålegge slik innføring. Spesielt der IKT-løsningen er en forutsetning for elektronisk samhandling, effektiv informasjonsflyt eller andre grunnleggende behov som ligger til grunn for nasjonale prosjekter kan slike løsninger gjøres obligatoriske etter en innføringsperiode. Utforming av hjemmelsgrunnlag for pålegg må knyttes til konsepter/løsninger besluttet i e-helsestyret. Generelt bør det være begrenset hva som pålegges ved lov eller forskrift.

9. Finansiering

Det etableres en finansieringsmodell som styrker gjennomføringsevnen gjennom å differensiere finansiering etter type aktivitet.

De totale kostnadene ved investering, forvaltning og drift for alle aktører, samt finansieringsplan for disse, må tydelig fremkomme når beslutninger tas.

Store nasjonale investeringer vil forutsette overføringer over statsbudsjettet. Investeringsprosjekter finansieres også gjennom bidrag direkte fra aktørene, hvor øremerking også kan benyttes hvis behov. Summen av dette utgjør den nasjonale rammen. Det kan vurderes å lage en nøkkel for fordeling av investeringskostnader mellom sentrale myndigheter, RHF, kommuner og eventuelle andre brukere av fellesløsningene. En forventning om gevinstrealisering fra implementering av tidligere prosjekter kan også anvendes som delfinansiering, men aktørene bør selv balansere bruk av gevinstene mellom ulike formål.

Forvaltning, drift og vedlikehold finansieres gjennom en aktivitets- og tjenestepricing til virksomhetene som bruker felles IKT-tjenester. Bruk av enkelte IKT-tjenester, som f. eks. gjenbruk av

data fra nasjonale registre, bør ha lav pris og primært finansieres som basiskostnader til forvalteren av registrene. Som eksempel kan en engangs tilknytningskostnad for nye aktører som tar i bruk et nasjonalt register vurderes.

Basiskostnader innen ledelse og administrasjon og for å gi leverandøren en fleksibilitet til å delta i plan- og strategiprosesser, kan gis som en grunnfinansiering i rammen til IKT-leverandøren.

Finansieringsmodellene skal innføres gradvis. Nasjonal IKT-leverandørfunksjon bør etableres før modellen med bruks- og tjenestepriking av drift tas i bruk fullt ut. E-helsestyret beslutter plan for innføring av endrede finansieringsmodeller. I 2015 – 2016 utarbeides anbefaling om ny finansieringsmodell for de etablerte nasjonale fellesløsningene (kjernejournal, e-resept, helsenorge.no, administrative registre).

10. Nasjonal leverandørfunksjon

Det er behov for en helhetlig og felles nasjonal leverandørfunksjon for helse- og omsorgssektoren som kan sørge for anskaffelse, utvikling, drift og forvaltning av nasjonale fellesløsninger.

Prinsippet om at rolledelingen skal reflektere en mest mulig entydig plassering av oppgaver, ansvar og myndighet tilsier at IKT leverandørfunksjonen bør rendyrkes som en nøytral organisasjon for å unngå uheldig rolleblanding mellom myndighetsutøvelse, tjenesteproduksjon og IKT-leverandør. Virksomhetene som står for tjenesteproduksjonen bør være representert i styret for IKT leverandørfunksjonen. Prinsippet om å utnytte eksisterende kompetanse og kapasitet må også hensyntas.

Ved organisering av en nasjonal leverandørfunksjon i helse- og omsorgssektoren bør det å velge en organisasjonsform med rammebetingelser som styrker gjennomføringsevnen på IKT-området stå helt sentralt. Valget bør både ha en prinsipiell begrunnelse og være praktisk funksjonell.

Forhold som bør vurderes inkluderer følgende:

- Om det vurderes at det er mest hensiktsmessig at funksjonen er en del av staten som juridisk person eller er et eget rettssubjekt
- Hvor ansvaret for organisering og strategisk styring, økonomi og finansiering bør være plassert; i virksomheten selv eller på nivå over virksomheten
- Om det er behov for å kunne utøve direkte politisk styring av leverandørfunksjonen
- Tilknytningsformens betydning for om anskaffelsesregelverket kommer til anvendelse ved leveranser til eier, i den grad det vil være behov for dette
- Om behovet for, og adgangen ulike tilknytningsformer gir til flerårig prosjektfinansiering og låneopptak.

Usikkerhet knyttet til valg av konsept og gjennomføring av «Én innbygger - én journal» og resultat av ny helse- og sykehusplan gjør at en endelig vurdering av IKT leverandørorganisering i et nasjonalt perspektiv ikke kan gjøres nå. En endelig vurdering kan gjennomføres først når konseptvalg for «Én innbygger – én journal» er foretatt og etter at en overordnet gjennomføringsplan er besluttet. Organisatoriske konsekvenser av ny helse- og sykehusplan bør også være avklart.

En grundigere utredning med juridiske vurderinger knyttet til opprettelsen av en ev. samlet virksomhet (valg av virksomhetsform, enerettsspørsmål m.m.) og problemstillinger knyttet til anskaffelse, finansiering, utvikling, drift og forvaltning av nasjonale fellesløsninger bør gjøres i løpet av 2016.

Etablering av en helhetlig nasjonal IKT-leverandørfunksjon anbefales gjennomført i 2018.

Dokumentoversikt

Dokument nr. 3:12 (2007–2008): Riksrevisjonens undersøkelse av elektronisk informasjonsutveksling og tjenesteutvikling i offentlig sektor.

Difi: Notat Finansieringsmodeller for nasjonale felleskomponenter – Løsningsskisse 29.10.2014.

UNI Research: Offentlig-privat samarbeid i kommuner - Modeller og erfaringer, 2014.

St.meld. nr. 15 2004–2005: Om konkurransepolitikken.

St.meld. nr. 19 (2008-2009) Ei forvaltning for demokrati og fellesskap.

DIFI: Temaside om OPS:

<http://www.anskaffelser.no/temaer/gjennomforingsmodeller/offentlig-privat-samarbeid-ops>

NOU 1989:5 En bedre organisert stat

Riksrevisjonen Dok. nr. 3:12 (2008-2009)

Utredning av «Én innbygger – én journal» - Mulighetsstudien, mars 2015, versjon 0.8.

Utredning av "Én innbygger – én journal" - IKT utfordringsbilde i helse- og omsorgssektoren, september 2014

Meld. St. 12 (2011–2012) Stat og kommune – styring og samspel, jf. Innst. 270 S (2011–2012)

Veileder i Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner, Kommunal- og regionaldepartementet.

KS: Høringsrunde om felles IKT-organisering i kommunesektoren, 12.12.2011.

Finansdepartementet: Reglement for økonomistyring i staten Bestemmelser om økonomistyring i staten fastsatt 12. desember 2003 med endringer, senest 18. september 2013.

SINTEF: Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal medfinansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2013)

NOU 2008:2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

NOU 1999:15 Hvor nært skal det være?

NOU 2003:34 "Mellom stat og marked"

St.meld. nr. 19 (2008-2009) "Ei forvaltning for demokrati og fellesskap"

Statskonsult rapport 1998:18 "Fakta, former og fristilling"

Fornyings- og Administrasjonsdepartementet: "Prinsipp for organisering av statleg verksemd"

KS: Økt gjennomføringskraft e-helse notat til Hdir 12.05.2015

Nasjonal handlingsplan for e-helse (2014-2016):

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/12/Nasjonal-handlingsplan-for-e-helse-2014-2016-IS-2179.pdf>



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no