

# Sak til produktstyret for Helsenorge

<b>Tittel</b>	Evaluering av prismodeller for nasjonale løsninger
<b>Saks-ID</b>	7-38/23
<b>Dato for møtet</b>	09.02.2023
<b>Ansvarlig</b>	Jacqueline Christine Folkedahl Paulsen
<b>Sakstype</b>	Drøfting

NHN har fått i oppdrag å evaluere og justere prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene basert på erfaringer med ordningene innen 2024.

Det er ønskelig å få innspill fra produktstyret på de mål som er satt for arbeidet.

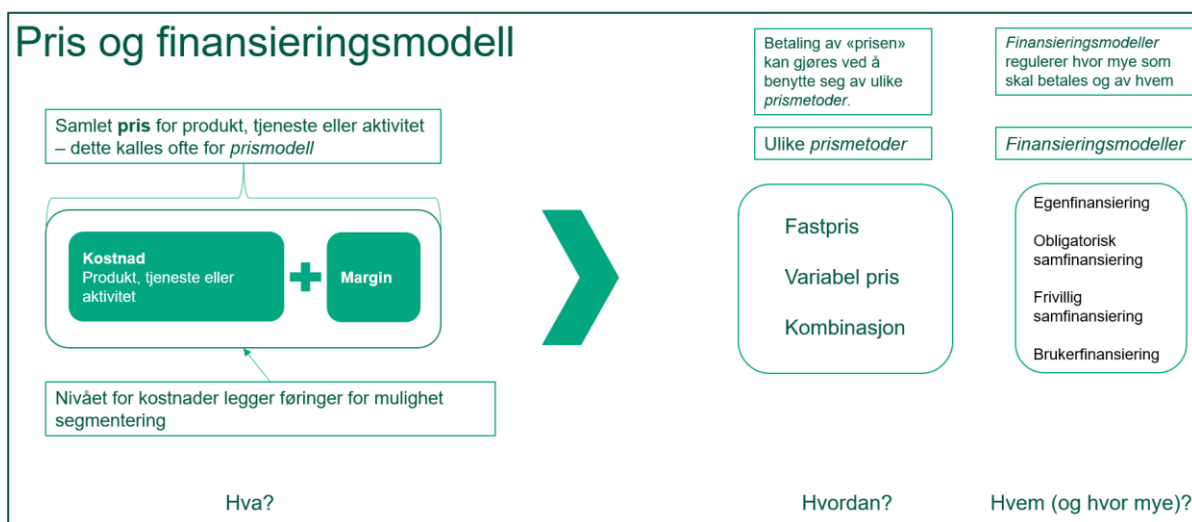
## Bakgrunn

I Stortingets anmodning til regjeringen ved endringer i pasientjournalloven ba Stortinget om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024, og at kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Norsk helsenett fikk oppdraget knyttet til evaluering av prismodeller av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte 27.01.2022. I foretaksmøtet ble Norsk helsenett bedt om å: *"legge fram forslag til hvordan evaluering og justering av prismodellene skal gjennomføres og forberede for gjennomføring, jf. Stortingets vedtak om prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og behandles i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger (TBU) og i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Frist avklares med departementet."*

## Pris- og finansieringsmodeller

I oppdraget fra Stortinget er det valgt å bruke ordet prismodeller. I figuren under forsøker vi å illustrere hva vi legger i prismodell og siden valg av prismodeller påvirker måten finansieringsmodellene i dag fungerer har vi utvidet dette til å gjelde både pris- og finansieringsmodeller.



Figur 1: Illustrasjon av Norsk helsenett sin forståelse av pris- og finansieringsmodell.

## Mål som prismodellene skal understøtte

I Nasjonal e-helsestrategi, mål 5 "Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft", (fra [www.ehelse.no/strategi](http://www.ehelse.no/strategi)), fremgår det at det må arbeides aktivt med videreutvikling av regelverk og finansieringsmodeller som er i takt med digitaliseringsbehov og som skaper forutsigbarhet for aktørene.

"Frem mot 2030 skal vi oppnå:

- finansieringsmodeller som gir forutsigbarhet, fremmer utvikling, innføring, innovasjon og samhandling mellom aktørene
- finansieringsordninger som fremmer bruk av digitale tjenester

(...) Ved måloppnåelse er samarbeid styrket gjennom tydelig definerte og velfungerende samarbeidsarenaer. Aktørene følger opp felles retning og anbefalinger i egne styringslinjer, slik at digitalisering fortløpende gir nytte. Det arbeides kontinuerlig og helhetlig for at regelverk og finansieringsmodeller tar innover seg utviklingen og behovene som oppstår i og på tvers av sektorer."

I vedlegget til Nasjonal e-helsestrategi, Plan for å realisere strategien (november,2022), pekes det på at "gjennomføringskraften på e-helseområdet skal styrkes gjennom økt samarbeid i og på tvers av aktørene i offentlig og privat sektor og bedre bruk av virkemidler

*som regelverk og finansieringsmodeller. Dette vil gi en samordnet og helhetlig e-helseutvikling som gir gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester".*

*Det fremgår også at "Formålet er å stimulere til økt bruk, større vekt på gevinstrealisering og kostnadseffektiv forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger gjennom fastsettelse av plikt til betaling for aktørene i sektoren, jf. pasientjournalloven fra 1.1.2022".*

*Nasjonal e-helsestrategi er en sektorstrategi og skal legge til rette for økt koordinering og samarbeid innen digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Den endrer ikke styringsstrukturer, men skal gjennom aktiv forvaltning i Nasjonal rådsmodell for e-helse være førende på områder som krever felles prioriteringer, beslutninger og koordinering. Strategien skal være retningsgivende for aktørenes egne strategier og planer på digitaliseringsområdet, eksempelvis kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet og de regionale helseforetakenes utviklingsplaner, samtidig som det vil være et gjensidig samspill mellom disse.*

*Strategien og tilhørende plan for realisering skal være i tråd med politiske føringer, og ta innover seg andre aktuelle strategier og planer. De mest sentrale dokumentene er Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) og Én digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025. Nasjonal helse- og samhandlingsplan som blir gjeldende fra 2024, og ny folkehelsemelding og helseberedskapsmelding som kommer i 2023 vil også danne overordnede rammer for politiske føringer for helse- og omsorgssektoren.*

*Figur 2: Utdrag fra Nasjonal e-helsestrategi.*

## Overordnet problemdefinisjon (foreløpig)

Utover målene fra Nasjonal e-helsestrategi er det utarbeidet en overordnet problemdefinisjon, som alternative prismodeller skal søke å løse. Problemdefinisjonen er utarbeidet med basis i møter med utvalgte aktører. Hver aktør har så utnevnt sine representanter i spennet fra spisskompetanse på økonomi til IT og IT-ledelse. Hvem vi har hatt møter med, samt oppsummering fra møtene, er redegjort for lengre nede i saken.

Oppsummert erfarer Norsk helsenett at aktørene ønsker at pris- og finansieringsmodeller skal forbedre følgende:

- mer forutsigbarhet, herunder se flere år frem i tid og i det ligger det også hva som kompenseres fra staten og hva som må dekkes av egne midler
- større samsvar mellom de som fremmer behov/ønsker og de som sitter igjen med kostnadene
- Ivareta ulike perspektiver på nytte
  - kommunene ønsker økt innsikt i nytten, både kvalitativ og kvantitativ, som virkemiddel for å bredde løsninger og bedre tilrettelegge for gevinstplanlegging og -realisering for den enkelte aktør
  - RHF-ene ønsker at nyttebetraktningene holdes på et overordnet nivå grunnet asymmetrien i gevinstbildet (ikke alltid aktørene selv sitter igjen med nytten) og at dette fort blir en teoretisk øvelse som ikke nødvendigvis samstemmer med realiteten (mye som endrer seg i parallell). Man kan risikere

spillsituasjoner og at aktørene kun vil betale for løsninger som gir direkte effekt på egen bunnlinje og da blir det utfordrende å realisere nasjonale strategier.

- at aktørene i større grad kan styre kostnadsveksten og dermed oppnå en mer balansert utviklingstakt hvor man klarer å absorbere nye løsninger
- økt innsikt i nytten som virkemiddel for å øke betalings- og investeringsvilje, bredding av løsninger og gevinstplanlegging for den enkelte aktør.

### Møter med utvalgte aktører i sektoren

Det er gjennomført møter med følgende aktører:

- IKT-direktørmøte
- Apotekforeningen
- Dr Fürst Medisinske Laboratorium
- Vigør Rehabiliteringssykehus
- Saksvik legekontor
- Legeforeningen
- Tannlegeforeningen
- Aleris Helse
- Norsk Manuellterapeutforening
- Evidia Norge AS
- KS
- Oslo kommune
- Stavanger kommune
- Bodø kommune
- Bergen kommune
- Skien kommune
- Trondheim kommune
- Kristiansund kommune
- Grimstad, Farsund & Kvinesdal kommune

### Oppsummering etter møtene

- Fra kommunene ble det uttrykt bekymring til kostnadsveksten som de er pålagt å finansiere selv. De forstår ikke alltid hva de betaler for, de opplever at kostnadsøkningene er uforutsigbare, kommuniseres sent og dette vanskeliggjør budsjettplanleggingen.
- Kommunene fremhevet også at den pålagte finansieringen av kostnadsveksten ikke tar hensyn til aktørenes ulike ståsted med tanke på tilgjengelige ressurser, herunder økonomi, kapasitet og kompetanse til å innføre nye løsninger (inkl. avvikle ev. eksisterende løsning), samt aktørenes ulike digitale modenhet og avhengigheter til tredjepartsaktører. Dette gir utslag i hvem som får tatt i bruk de nasjonale e-helseløsningene og at man ender opp med å betale for løsninger som de ikke får tatt i bruk.
- Det stilles spørsmålstegn ved nasjonal rådsmodell og TBU vedrørende styring av kostnadsveksten. Det oppleves at de er involvert, men ikke har en reell påvirkning på kostnadsnivået. Det stilles spørsmålstegn ved hvor prioriteringsbeslutningene som påvirker kostnadsnivået tas. Det ble ytret at det er lite samsvar mellom de som fremmer ønsker/behov og de som sitter igjen med kostnadene. Dette kan resultere i at løsningene man ender opp med å betale for ikke nødvendigvis er det som etterspørres.
- Det pekes på at samarbeid innen e-helse skaper unødig mye administrasjon både sentralt og hos den enkelte aktør, herunder nevnes teknisk beregningsutvalg, nasjonal rådsmodell og den enkeltes aktørs tidsbruk på disse (interne forberedelser og prioriteringsprosesser) samt årsverk som må avsettes til diverse utvalg og forhandlinger.

- Det ble sagt at en ikke har god nok kjennskap til nytten ved løsningene. For kommunene er realnyttan viktig og hva som kan bidra til en mer effektiv hverdag.
- Det ble sagt fra både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten at de opplever at de gjør mange innføringer hvor nytten ikke nødvendigvis ligger hos dem.
- Det var ønske om enkle, overordnede prismodeller heller enn mer detaljerte nyttebaserte modeller. Det ble ytret at nyttebaserte prismodeller er vanskelig å vedlikeholde og gjennomføre i praksis.
- Det ble uttrykt at nyttevurderinger tilhørende dagens og fremtidige samhandlingsløsninger er svært viktig. Dette blant annet for å øke investeringslyst og betalingsvilje i sektoren, og da er det vesentlig med en prismodell der man forstår merverdien av løsningen for den enkelte aktør. Det trekkes også frem at økt innsikt i nytten, både kvalitative og kvantitative effekter, vil være avgjørende for å planlegge og innføre løsninger. Det påpekes fra en aktør at for å gi insentiver til å ta i bruk må det også dokumenteres gevinster på en løpende basis.
- Det trekkes frem at de nasjonale e-helseløsningene utgjør vår felles infrastruktur og at forvaltning av disse burde være finansiert over statsbudsjettet. Videre at alle insentiver burde peke i retning av at disse løsningene breddes og benyttes så mye som mulig.
- Det trekkes frem at betalingsviljen i sektoren er lav og at man må unngå prismodeller som skaper spill-motiver (vente og se-taktikk). Det ble sagt at prismodellene må være tilrettelagt slik at det er de medisinskfaglige vurderingene som legger føringer for hvilke løsninger man tar i bruk og i hvilket omfang.
- Det stilles spørsmål om hva man ønsker å løse med prismodeller.

### Interessenter/aktører som påvirkes

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Helse Midt               | <input checked="" type="checkbox"/> Folkehelseinstituttet    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Helse Nord               | <input checked="" type="checkbox"/> Helsedirektoratet        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Helse Sør-Øst            | <input checked="" type="checkbox"/> Direktoratet for e-helse |
| <input checked="" type="checkbox"/> Helse Vest               | <input checked="" type="checkbox"/> Norsk helsenett          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Primærhelsetjenesten     | <input type="checkbox"/> Veiledningstjenesten Helsenorge     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten | <input type="checkbox"/> Andre (spesifiser i tekst)          |

## Problemstilling

### Spørsmål til diskusjon:

- Er produksstyret enig i at det er tilstrekkelig å se til målene fra Nasjonal e-helsestrategi og at disse egner seg godt som et utgangspunkt for hva vi ønsker å oppnå?
- Har produktstyret kommentarer til foreløpig problemdefinisjon? Eventuelt noen forbedringspunkter som mangler i problemdefinisjonen, som vi også bør søke å løse gjennom alternative prismodeller?
- Hva tenker produktstyret om å se finansieringsmodeller for investeringer og utvikling mer i sammenheng med finansieringsmodeller for drift og forvaltning? Hvordan ser dere for dere at dette eventuelt kan løses?
- Er det forhold ved hvordan tiltak behandles i den nasjonale rådsmodellen (program / produktstyrer, NUIT, nasjonalt e-helseråd) som kan justeres, slik at denne arenaen i større grad kan skape mer forutsigbarhet og at aktørene i større grad kan styre kostnadsveksten? Eventuelt hva kunne man justert?
- Er det forhold ved hvordan Teknisk beregningsutvalg (TBU) kvalitetssikrer kostnader som kan justeres, slik at denne arenaen i større grad kan skape mer forutsigbarhet?
- Hva tenker produktstyret om nyttebetraktninger og bruken av disse i det videre?

## Anbefaling med begrunnelse

Norsk helsenett tar med seg innspill fra diskusjonen inn i arbeidet med pris- og finansieringsmodeller.