

Høring – forslag til lov om e-helse (e-helseloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering

Abelia er NHOs forening for kunnskaps- og teknologibedrifter med over 2400 medlemmer og 50.000 ansatte over hele landet. Våre medlemmer dekker ulike bransjer som IKT/medtech, innovasjonsselskaper og næringsklynger, undervisning, forskning, rådgivning, kreative virksomheter og ideelle organisasjoner. I sum spiller disse virksomhetene sentrale roller for innovasjon og for videreutvikling av helse- og omsorgstjenesten.

Hovedpunkter

Abelia er enige med regjeringen om behovet for økt satsing på digitalisering i helsesektoren. Økt digitalisering i helsetjenestene er nødvendig for å løse fremtidige utfordringer velferdsstaten står overfor, og Norge er godt posisjonert for å lede an i innovasjon i helsenæringen. Abelia er derimot kritiske til forslaget til den nye e-helseloven. Lovforslaget er svakt begrunnet. Vi er bekymret for at forslaget vil kunne medføre store negative konsekvenser for innovasjon, konkurranse i markedet og at lovforslaget vil være hemmende for å lykkes med omstilling i helsetjenesten.

Bruk av lov som virkemiddel for å tvinge igjennom styring er et drastisk grep all den tid det finnes bedre og mer effektive tilnærminger til måloppnåelse. Det er ikke gjort rede for alternative tilnærminger. Det er i så fall demokratisk problematisk om Stortinget ledes hen til å fatte såpass vidtrekkende beslutninger uten at alternative tilnærminger er drøftet.

Vi ber om at lovforslaget trekkes, alternativt omarbeides vesentlig, eller stykkes opp til å omfatte kun elementer av det opprinnelige forslaget. I forlengelsen av dette er det nødvendig med en bredere offentlig debatt omkring departementets interne strategi på e-helsefeltet, samt en mer åpen og utadrettet diskusjon om hvilke virkemidler som er best egnet for å løse våre felles digitale utfordringer.

Utgangspunktet – hva vi står foran

Helse er Norges største sektor, og er blant sektorene med aller størst behov for omstilling og innovasjon. Behovet for endring er godt dokumentert. Det er bred enighet om at det økende presset på helse- og omsorgstjenesten ikke kan løses gjennom stadig økende bevilgninger, men gjennom å se på hvordan oppgavene kan løses på nye og bedre måter. Digitale prosesser og innovasjon vil stå i sentrum for de fleste områder av fremtidens helsetjeneste. Teknologien og løsningene finnes i stor grad i markedet allerede, men det kreves et langt tettere samarbeid mellom næringsliv, helsetjeneste og andre aktører for å lykkes, som beskrevet i bl.a. Helsenæringsmeldingen (Meld. St. 18, 2018-2019). Virkemidler må utformes på nye, bedre og ikke minst bærekraftige måter.

Gjennom de siste årene er det også etablert selvstendige politiske målsetninger om å utnytte omstillingen av helsetjenesten til samtidig å utvikle en globalt konkurransedyktig helsenæring i Norge, herunder utvikle et mangfoldig marked for e-helse og helseteknologi. Stortinget har fastslått at nasjonale tiltak på e-helseområdet skal bidra til å sikre effektiv konkurranse og innovasjon i leverandørindustrien for e-helseløsninger.

Hva lovforslaget synes å ville oppnå

Ved første blick kan formålet med lovforslaget synes tilforlatelig: Det vises til at formålet er å styrke digitalisering i helse- og omsorgssektoren; at loven skal bidra til å sikre at systemer snakker sammen slik at data følger pasienten; at den skal bidra til tydeligere nasjonal kontroll med e-helseløsningene osv. I tillegg synes det å være et særlig formål å lovfeste Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett sine mandater og styringsmidler.

Likevel, ved nærmere ettersyn fremstår lovforslaget problematisk, med vidtrekkende konsekvenser for fremtidig innovasjon og næringsutvikling. Vi begrenser vårt svar i denne omgang til hva vi anser som de viktigste innvendingene til forslaget.

Hvorfor forslaget er problematisk

Abelia er skeptisk til planene som handler om å bygge en topptung styring og kontroll med e-helseutviklingen, der staten tar kontroll med tilgjengeliggjøring og forvaltning av e-helseløsningene. Lovforslagets § 2 og § 3 om nasjonal samordning og etablering av en nasjonal e-helseportefølje vil i praksis kunne bety en nasjonalisering av deler av e-helsemarkedet, med lukking av eksisterende markeder som konsekvens. Det er ikke diskutert hvilke konsekvenser en slik rigiditet vil ha på innovasjon, anskaffelse og investering. Det gjelder særlig i kommunene, men vel så mye i øvrige deler av sektoren.

Den rådende tenkning virker videre å være basert på udokumenterte påstander om at sentralt organiserte IKT-løsninger er det beste. Dette er problematisk, særlig sett i forhold til at mye forskning og evidens tilsier noe annet. Internasjonalt går utviklingen ofte i en annen retning, i retning av mer desentraliserte økosystemer i kombinasjon med definerte arkitekturprinsipper og insentiver. Lovforslaget mangler derimot et internasjonalt perspektiv og sammenlignende erfaringer fra hvordan andre land – ikke minst land som ligger foran oss i utvikling – har løst tilsvarende utfordringer som det Norge står overfor. Det mangler også en drøfting av i hvilken grad såpass radikale forslag i realiteten støtter opp om eller i motstrid med regjeringens øvrige digitaliseringspolitikk, formulert bl.a. gjennom Kommunal- og moderniseringsdepartementet og digitaliseringsminister Astrup.

Lovforslaget løser heller ikke den bakenforliggende årsaken til at digitalisering på tvers av virksomheter er krevende, nemlig manglende insentiver for virksomhetene og finansieringssystemer som trekker i samme retning. Innføring av en egen lov for å underbygge behovet for styring og ledelse er etter vår mening et sterkt overdrevet virkemiddel, spesielt ettersom andre og mer hensiktsmessige tilnærminger så langt ikke er utprøvd.

Vi leser ut av lovforslaget at Direktoratet for e-helse skal gis mandat til å kunne forplikte både offentlige og private avtaleparter til helsetjenesten om å ta i bruk gitte systemer og tjenester. Dette bærer etter vårt syn preg av en gammelmodig tilnærming til digital utvikling. E-helse og helseteknologi er i en rivende utvikling, og mye av innovasjonen oppstår nettopp nedenfra og utenfra. Det viktige fra et myndighetsperspektiv, vil derimot være å sikre klare prinsipper kombinert med krav slik at data skal kunne flyte mellom systemer og løsninger, ikke å bestemme hvilke konkrete systemer som skal brukes.

Lovforslaget definerer videre "e-helsetiltak av nasjonal betydning" svært bredt, og langt bredere og dypere enn det som normalt har vært karakterisert som "nasjonale felleskomponenter". Det medfører at store deler av helsetjenesten vil måtte "forelegge planer" for og rapportere til Direktoratet for e-helse. Vi stusser over hensiktsmessigheten og berettigelse av denne byråkratiske rapporteringsplikten.

Forslaget om innføring av finansieringsordninger for medfinansiering av etablerte nasjonale e-helsetjenester (§ 7 i lovforslaget) vil videre påvirke kommunenes investeringsmuligheter- og vilje. Heller ikke for dette forslaget følger det noen analyse av hvilke konsekvenser det vil få for konkurranse og innovasjon i leverandørmarkedet. Vi anbefaler at finansieringsansvaret for statlige løsninger fortsatt finansieres av staten.

I forslag til lovens § 4, bokstav f), legges det opp til å lovfeste at Direktoratet for e-helse skal "sikre en konsensusbasert styringsmodell". Det er for oss uklart hva som ligger i en "konsensusbasert styringsmodell" og det er også uklart om det lar seg gjøre å sikre dette ved lovs form. Slike formuleringer er allerede hyppig brukt for å beskrive den statlige e-helsepolitikken, men fremstår i realiteten villedende da verken næringslivsaktører, ideell sektor eller øvrige innovasjonsmiljøer tar del i eller er invitert inn i denne modellen.

Om forholdet til EØS-retten

Forholdet til reglene om fri bevegelse

Abelia og NHO anser det som klart at et pålegg overfor helsevirksomhetene om å ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene vil utgjøre en restriksjon på tjenesteytelser i markedet, jf. pkt. 4.4.9.1. Spørsmålet er om restriksjonen er egnet, nødvendig og forholdsmessig for å oppfylle et legitimt formål. Denne vurderingen er slik vi ser det, knapp og ufullstendig. Abelia mener terskelen for å gå til slike skritt skal være svært høy.

Det vises bl.a. til få ansporinger av hvordan forholdsmessigheten er vurdert. Det eneste utslaget er at det hevdes at det vil være "upraktisk og kontraproduktivt dersom det skulle eksistere flere parallelle løsninger". Slike parallelle løsninger er verken nevnt eller vurdert i høringsnotatet. Det påpekes også at rent administrative hensyn ikke kan begrunne en restriksjon. I lys av påleggets omfattende konsekvenser for det private markedet, bør departementet foreta en grundigere vurdering av forholdet til tjenestefriheten.

Forholdet til reglene om statsstøtte

Abelia bemerker at departementet i mai 2019 notifiserte finansieringen av de nasjonale e-helseløsningene som høringen bygger på, til ESA. De nasjonale e-helseløsningene omfattet av notifiseringen var allerede da på plass, og det er derfor grunn til å stille spørsmål ved om det såkalte iverksettelsesforbudet iht. ODA-avtalen del I Protokoll 1(3), er brutt.

Notifikasjonen til ESA nevnt over gjaldt forholdet slik det var før forslagene fra denne høringen gjennomføres. I lys av at vedtaket fra ESA om de nasjonale e-helseløsningene er brakt inn for EFTA-domstolen, anbefales det at innføring av en samfinansieringsmodell omtalt i høringsforslaget notifiseres til ESA.

Om overføring av oppgaver til Norsk Helsenett SF

En rekke oppgaver overføres til Norsk Helsenett SF fra januar 2020. Når det gjelder ansvaret for Helsenorge.no og Kjernejournal er det behov for å reorientere disse i retning av også å tilrettelegge for "appstore-funksjonalitet" for ny helseteknologi og nye helsetjenester.

Videre tenkes Norsk Helsenett SF å videreutvikles til å bli en nasjonal tjenesteleverandør. Det synes å være en særlig begrunnelse i høringsnotatet at "et samlet kompetanse- og leveransemiljø knyttet til de nasjonal e-helseløsningene vil sikre effektiv oppgaveløsning og bedre bruk av det private leverandørmarkedet." Dette er så langt en udokumentert påstand. I den sammenheng viser vi til Riksrevisjonens gjennomgang i 2019 av anskaffelsesfunksjonen hos Norsk Helsenett SF. Her retter Riksrevisjonen skarp kritikk både til Norsk Helsenett SF og til Helse- og omsorgsdepartementet for ikke å ha sørget for at kvaliteten på anskaffelsestjenestene holder mål.

Alternative tilnærminger og løsningsforslag

Selv om vi stiller oss kritisk til måten lovforslaget er innrettet, støtter vi likevel opp om behovet for økt nasjonal innsats. Men anbefalingene om økt nasjonal koordinering, styring av e-helseutviklingen og felles innsats om nasjonale digitaliseringstiltak må funderes på en bredere prinsipiell diskusjon av hvordan myndigheter, tjenesteytere og næringsliv spiller sammen.

I dette ligger det også behov for en tydeliggjøring av roller og oppgaver i digitaliseringsarbeidet, og særlig knyttet til rolledelingen mellom offentlige og private aktører. Som et hovedprinsipp bør arbeidet innrettes langs følgende dimensjoner:

- Myndigheter utøver styring gjennom å formulere rammebetingelser, standarder og krav.
- Næringslivsaktører utforsker løsningene. Designer og utvikler løsninger, driver, forvalter og kommersialiserer løsninger der det er relevant.

Det følger av dette at det å fastsette standarder er en viktig myndighetsoppgave og et betydningsfullt virkemiddel for å legge til rette for digital innovasjon. Myndighetene kan for eksempel stille krav til at systemer som innføres skal ha åpne standarder, at de skal kan fungere med andre systemer eller legge til rette for bruk av såkalte åpne API (programmeringsgrensesnitt). Så langt har myndighetene ikke utnyttet de ulike mulighetene som ligger i å stille krav til markedet.

Det er videre bred enighet om behovet for å styrke utviklingen av det nasjonale "grunnmursarbeidet". Det er derfor bra at "utvikling av nødvendig underlag for å fastsette standarder, kodeverk, terminologi og felles arkitektur skal prioriteres". Samtidig har en bred allianse av næringsaktører, bruker- og profesjonsforeninger lenge tatt til orde for å reorientere og målrette dette arbeidet mot å utvikle et velfungerende økosystem for e-helse. Bare slik kan utviklingen av en "felles grunnmur" også bli et effektivt virkemiddel for innovasjon og næringsutvikling.

Utover behovet for å reorientere e-helsepolitikken er det opplagt også vesentlig at den bredere helsepolitikken moderniseres. Det er velkjent at det ikke har vært investert tilstrekkelig oppmerksomhet på de konkrete, kjente barrierene og problemene som myndighetene kan rydde av veien. Eksisterende insentiver og finansieringssystemer har i liten grad vært gjennomgått slik at virkemidlene understøtter det en faktisk skal oppnå. Det handler bl.a. om at helsetjenesten må kunne ta organisatoriske grep slik at gevinstene fra ny teknologi og nye tjenester hentes ut.

Med vennlig hilsen

Kjetil Thorvik Brun /s/
Direktør næringspolitikk (kst.)

Tarje Bjørgum /s/
Leder bærekraft og helse