Center för eHälsa
i samverkan

HANDLINGSPLAN 2013–2018

Landstings, regioners och kommuners samarbete inom eHälsoområdet

© Center för eHälsa i samverkan, 2012

Mer information:
www.cehis.se

Center för eHälsa i samverkan
Hornsgatan 20, 118 82 Stockholm
Telefon: 08–452 70 00
info@cehis.se

Grafisk form: ETC Kommunikation
Illustration: Syster Diesel

Innehållsförteckning

4 Stora utmaningar och möjligheter

7 Ny planeringsperiod

8 Kort översikt av tidigare utveckling och omvärld (Europa)

10 Målbild 2018

11 Årsvisa mål

14 Vad bör göras gemensamt – innehåll och principer

16 Organisation och styrning

16 Politisk styrning

17 Roll och uppdrag för Center för eHälsa

19 Finansiering och ekonomimodell

22 Sammanfattning

Stora utmaningar och möjligheter

Ökade behov, ökad valfrihet, oförändrade resurser

Vård och omsorg står inför stora förändringar. Den demografiska utvecklingen på sikt innebär att andelen personer i arbetsför ålder minskar samtidigt som gruppen äldre ökar kraftigt, inte minst de allra äldsta. Detta beror på en rad olika faktorer. Förbättrad levnadsstandard, och därmed en bättre hälsa, kombinerat med en allt mer effektiv hälso- och sjukvård har lett till att människor i dag blir allt äldre. När man drabbas av de traditionellt stora folksjukdomarna som cancer, stroke, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar är chansen att man överlever betydligt större än tidigare. Samtidigt ökar risken för att man i ett senare skede på nytt insjuknar i samma eller andra sjukdomar. Detta leder sannolikt till att behovet av vård och omsorg för gamla och långtidssjuka långsiktigt kommer att öka.

Sjukdomspanoramat har ändrats markant under de senaste decennierna; närmare två tredjedelar av de som i dag är sjukskrivna lider av icke prognostiserbara sjukdomstillstånd och vällevnadssjukdomar som fetma, missbruk med mera. Parallellt med detta har den medicinska och tekniska utvecklingen fortsatt att utvecklas, vilket lett till att allt mer kan göras för allt fler. Sammantaget innebär detta att efterfrågan på vård- och omsorgsinsatser kommer att öka och därmed risken för väsentligt ökade kostnader.

Successivt har invånarna beretts allt större möjligheter till att aktivt kunna välja mellan såväl offentliga som privata vårdgivare genom olika valfrihetssystem. Invånarna har också getts allt fler möjligheter att såväl påverka som medverka i den egna vården. Denna utveckling kommer att fortsätta. Genom valfrihetssystemen och kvalitetsjämförelser har kvalitetskonkurrens blivit en viktig faktor för vårdens och omsorgens utveckling. Kvalitetskraven stärks och jämförelser mellan olika vårdgivare ökar kontinuerligt. Varje enskild invånare utgår från att vården och omsorgen är av god kvalitet i hela landet, oavsett vem som är ansvarig för den. Samspelet mellan olika vårdgivare – landsting/region, kommuner, privata, ideella – förväntas fungera. Trycket ökar också successivt gentemot landsting/regioner och kommuner på att använda informationssamhällets möjligheter på ett helt annat sätt än tidigare och arbeta på samma nivå som de branscher som redan har gjort denna utveckling.

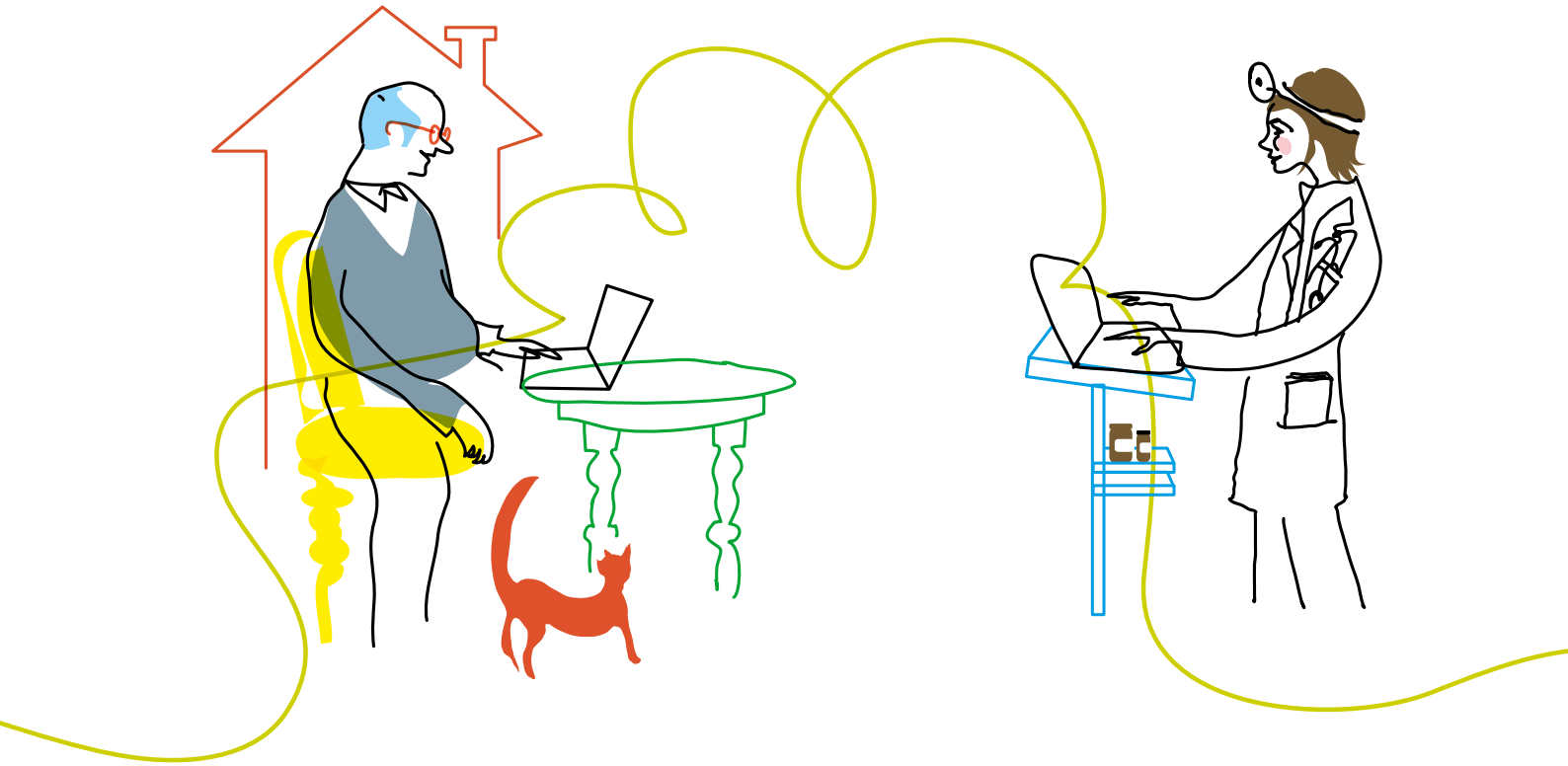
Samtidigt är de övergripande ekonomiska restriktionerna för den gemensamt finansierade vården och omsorgen uppenbara. Det är inte realistiskt att räkna med någon påtagligt ökad andel av BNP till dessa områden under de närmaste åren. Uppdraget för vård och omsorg är alltså att leverera att bättre resultat med avseende på kvalitet, tillgänglighet och service, inom i stort sett befintliga resurser.

Ökad medverkan från individen, smartare eHälsotjänster, samarbete över organisationsgränser och effektivare administration

Huvudstrategin är att stärka möjligheterna för invånarna att medverka i den egna vården och att stödja varje invånares engagemang för den egna hälsan. Invånaren både vill och kan delta mer i vården. Detta kan bland annat understödjas genom att varje individ har tillgång till sina egna hälsodata och enkelt och säkert kan kommunicera med sin vårdgivare.

Därutöver måste huvudmän och vårdgivare ständigt förbättra kvalitet och effektivitet i det egna professionella verksamhetsstödet. Förbättrad användning av modern informations- och kommunikationsteknik är en nödvändighet.

Vård och omsorg är på väg in i hemmen. Under en lång tid har den genomsnittliga vårdtiden och antalet vårdplatser minskat. eHälsotjänster (det vill säga vård och omsorg med användning av modern informations- och kommunikationsteknik), metoder för fjärrövervakning och egenvård ersätter sjukhusvård och besök på medicinska kliniker. Detta ställer krav på infrastruktur och mobila lösningar.



Utveckling av eHälsotjänster har en potential att förändra verksamheten i grunden. Det gäller relationen mellan individ och vårdgivare, invånarnas egna möjligheter att ta ansvar för sin hälsa, men också samarbetet mellan landsting/regioner, kommuner, privata och ideella vårdgivare. När patienten kan boka tider, jämföra vårdcentralers resultat och bemanning, och aktivt tillföra egna uppgifter ändras samspelet mellan individ och vårdgivare på ett positivt sätt.

Samtidigt kommer också vårdpersonalens arbetssätt att kunna utvecklas och förbättras. När till exempel kvalitetsuppgifter används för att bygga användbara IT-baserade kunskapsstöd för det dagliga arbetet stärks också den professionella kompetensen och patientsäkerheten ökar.

På motsvarande sätt kan administrationen inom vård och omsorg effektiviseras med stöd av modern teknik.

Utvecklingen har alla kännetecken på ett paradigmskifte:

- den är gränsöverskridande, påverkar alla och har ingen enskild ägare
- den utmanar och förändrar etablerade tänkesätt, arbetsformer och maktförhållanden
- den kräver omfattande omställningsinvesteringar

För att utnyttja dess fulla potential kräver det ett stort och långsiktigt engagemang på alla ledningsnivåer.

Det är möjligt att både effektivisera och skapa mer nytta – samtidigt.

Ny planeringsperiod

Landstingens/regionernas gemensamma arbete med eHälsa förbereddes och beslutades under 2006 och startade årsskiftet 2006/2007. Parallellt antogs den nationella IT-strategin för vård och omsorg vars innehåll konkretiserades genom landstingens/regionernas samarbete. Landstingens/regionernas samarbete har fastställts i treåriga handlingsplaner, först för 2007–2009 och sedan för 2010–2012. Den nationella IT-strategin har reviderats under perioden och utvecklats till ” Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg”.

Nuvarande handlingsplan gäller till och med utgången av 2012. Mycket har uppnåtts genom samordning och eHälsotjänsterna står på en helt annan nivå jämfört med i början av utvecklingen. En betydelsefull faktor har varit att samspelet mellan skilda aktörer har förbättrats; kommunsektorn, regeringen, myndigheter, privata och ideella utförare samt IT-branschen och IT-marknaden.

I verksamhetsplanen för 2012 angavs att samarbetet ska fortsätta och ytterligare intensifieras.

Den plan som nu presenteras avser perioden 2013–2018 och innehåller förslag till mål, former och finansiering för att svara upp mot högt ställda förväntningar från invånare, professionella medarbetare inom vård och omsorg och beslutsfattare.

Planeringen tar sin utgångspunkt i vad som bör vara uppnått år 2018. Tidshorisonten är nog lång för att tillåta påtagliga utvecklingssprång, men inte så lång att den är oöverblickbar. Naturligtvis kan det under perioden utvecklas tekniska lösningar som ger möjligheter som nu inte är förutsebara. Detta kommer att bedömas och påverka de årliga verksamhetsplanerna.

Den enskilt viktigaste frågan är att öka varje individs möjlighet att delta mer i sin egen vård. eHälsotjänster för invånaren har starka samband med vårdgivarens professionella verksamhetsstöd och områdena behöver integreras inom en samlad IT-arkitektur för att vara effektiva och värdeskapande. En central fråga är därför att samordna och integrera arbetet inom hela eHälsoområdet.

Kort översikt av tidigare utveckling och omvärld (Europa)

Den kritik som ibland riktas mot eHälsoutvecklingen är att den inte går nog fort. Även om Sverige ligger väl till i jämförelser med övriga länder i Europa, så finns möjligheter och behov att göra mycket mer.

IT har använts inom vård och omsorg sedan slutet av 60-talet och är idag är en förutsättning för att kunna bedriva effektiv verksamhet och en naturlig del i det dagliga arbetet. Under senare delen av 90-talet och under 2000-talet har användningen av IT blivit alltmer heltäckande, bland annat beroende på införandet av digitala journalsystem. I de flesta internationella studier som gjorts anses Sverige, tillsammans med de andra nordiska länderna, ligga i framkant när det gäller införande och användning av eHälsa.

Kostnaderna för IT inom landstingen är idag cirka 3 % som andel av landstingens omslutning. I ett europeiskt perspektiv tillhör Sverige de som lägger mest medel på IT inom vården. I USA är spridningen stor men det finns sjukhus/organisationer som satsar betydligt mer på IT. Jämför man IT-kostnaderna för landstingen med övriga sektorer i Sverige, så har landstingen en förhållandevis låg IT-kostnad. Offentlig sektors IT-kostnad i Sverige är cirka 4,4 % medan till exempel bank och försäkringsbranschen ligger på 10–30 %.

"När det gäller IT-användning inom olika områden så har Sverige nått långt när det gäller införande av digitala journalsystem."

Noterbart är att de relativa IT-kostnaderna för landstingen har varit oförändrade under de senaste åtta åren, trots att användningen av IT har ökat dramatiskt och att antalet IT-arbetsplatser har ökat med mer än 50 %. Under denna period har bland annat journalsystem och PACS (digitala bildarkiv) införts heltäckande.

Landstingens totala IT-kostnader var 2011 knappt 8 miljarder kronor varav cirka 390 miljoner (inklusive 1177 Sjukvårdsrådgivningen via telefon) har använts för gemensam utveckling och förvaltning via Center för eHälsa (CeHis).

När det gäller IT-användning inom olika områden så har Sverige nått långt när det gäller införande av digitala journalsystem. Landstingen har idag infört journalsystem till 100 % på sjukhus, primärvård och psykiatri. Inom Europa ligger motsvarande siffror på 65 % och för enbart sjukhusen på 81 %. Utmärkande för Sverige är också att man i de flesta fall infört journalsystem med sammanhållen journalföring inom landstingen, vilket innebär att journalen inom landstingen är åtkomlig inom landstingens alla verksamheter, reglerat enligt villkoren i patientdatalagen. I Europa och de nordiska länderna kan man nu också se att denna typ av lösning eftersträvas för

att få en ökad patientsäkerhet. För att göra informationen tillgänglig över huvudmannagränser används patientöversiktsfunktioner. I flera europeiska länder pågår liknande projekt och det finns länder som kommit betydligt längre än Sverige i detta sammanhang (till exempel Danmark).

Sverige har också kommit långt vad gäller överföring av elektroniska meddelande, framför allt när det gäller e-recept (>80 % i Sverige, jämfört med Europa cirka 30 %) men också med elektronisk överföring av remisser och svar för de flesta laboratoriemedicinska områdena (till exempel kem lab och röntgen cirka 90 %, i Europa cirka 55 %).

Digital radiologi med PACS-lösningar har införts i alla landsting, jämfört med Europa där cirka 60 % av sjukhusen har infört PACS.

Inom området telemedicin (det vill säga vård och omsorg på distans med hjälp av IT) ligger Sverige efter många andra länder i Europa. Det gäller såväl användning av tekniken inom vården, som i dialog med patienter och anhöriga. I Sverige har telemedicin i första hand kommit till stor användning i landets norra delar med stora geografiska avstånd. Det finns en stor potential att kunna använda telemedicin i en betydligt större omfattning genom att bland annat se över nuvarande finansieringsmodeller.

Genom landstingens långsiktiga och tidiga arbete med infrastruktur (Sjunet, SITHS, HSA, Tjänsteplattform med mera) ligger Sverige förhållandevis bra till även inom detta område, jämfört med många andra länder.

Inom området invånartjänster med e-tjänster riktade till patienter och invånare har Sverige en hel del att lära av andra länder, såväl inom Europa som i USA. I Europa ger idag 4 % av sjukhusen möjligheten för patienten att själva elektroniskt läsa sin egen journal.

I Sverige pågår införande av tjänster för att kunna direktboka tid hos sin vårdgivare, men fortfarande i ganska ringa omfattning. I Europa är det generellt en ganska låg nivå, cirka 11 % av sjukhusen erbjuder patienterna att själva direktboka tid för besök.

En viktig förutsättning för att säkert kunna kommunicera med patienter är att patienten kan identifiera sig med ett e-id. Utvecklingen och införande av e-tjänster har starkt begränsats av att det i Sverige inte funnits en klar policy för en nationell e-id-lösning. I Estland, som infört en nationell e-id lösning med ett e-id-kort och så kallat hårt certifikat, har tjänsteutbudet och användningen av e-tjänster kommit mycket längre.

Genom 1177.se har Sverige en gemensam nationell informationstjänst för att kunna läsa fakta om sjukdomar, jämföra sjukvård med mera. Det är endast ett fåtal andra länder som har något motsvarande.

Målbild 2018

Invånare/patienter, medarbetare inom vården och beslutsfattare har rätt att förvänta sig att eHälsotjänster utvecklas snabbt och effektivt och ger nytta i vardagen.

Målbild för situationen år 2018

Varje **individ** kan nå alla uppgifter om sig själv och aktivt medverka i sin vård och omsorg. Individen når sina uppgifter på ett flertal olika sätt beroende på vad som passar personen bäst själv. Tillgång till uppgifterna via mobila plattformar är en självklarhet. Vårdgivaren tar ansvar för de uppgifter som avser respektive vårdgivares verksamhet, men individen som berörs har full tillgång till dem – var som helst, hur som helst och när som helst. Individen kan sammanföra dem med egna uppgifter om den egna hälsan och avgör med vilka man vill dela sina uppgifter. Säkerhet och integritet är garanterad och en nationell säkerhetslösning är införd.

Som **medarbetare** i vården har man tillgång till samtliga uppgifter som krävs för att kunna ge högkvalitativ vård och omsorg. Detta innefattar aktuell kunskap och vetenskapliga rön samt tillgång till patientens hälsodata (förutsatt att patienten ger sitt samtycke). Alla uppgifter registreras endast en gång (vid källan) och då genomförs nödvändiga kvalitetskontroller av informationen. När patienten lämnar en vårdgivare och vårdansvaret övergår till en annan övergår samtidigt tillgången till nödvändiga uppgifter utan manuell hantering och utan tidsfördröjning. De koder, begrepp och termer som används är giltiga och användbara i vårdprocessen – normalt även internationellt. Medarbetare kan använda sina egna data för att kvalitetskontrollera sitt eget arbete.

Som **beslutsfattare** på olika nivåer har man tillgång till bra underlag för faktabaserade beslut. Det finns en enhetlig infrastruktur som gör att informationsförsörjningen och därmed också vårdprocessen fungerar, oavsett om vårdgivaren är offentlig eller privat. Kodifieringen och strukturering av uppgifterna är sådan att man kan analysera och dra slutsatser om hälso- och vårdresultat över tid, mellan olika vårdgivare och mellan olika vårdprocesser och behandlingsformer. Den enhetliga infrastrukturen innebär också att det finns en plattform där eHälsotjänster kan utvecklas av flera olika aktörer och fungera tillsammans.

Det som idag kallas eHälsa är nu helt självklara delar av vården och omsorgen och går i takt med den övriga digitala utvecklingen i samhället.

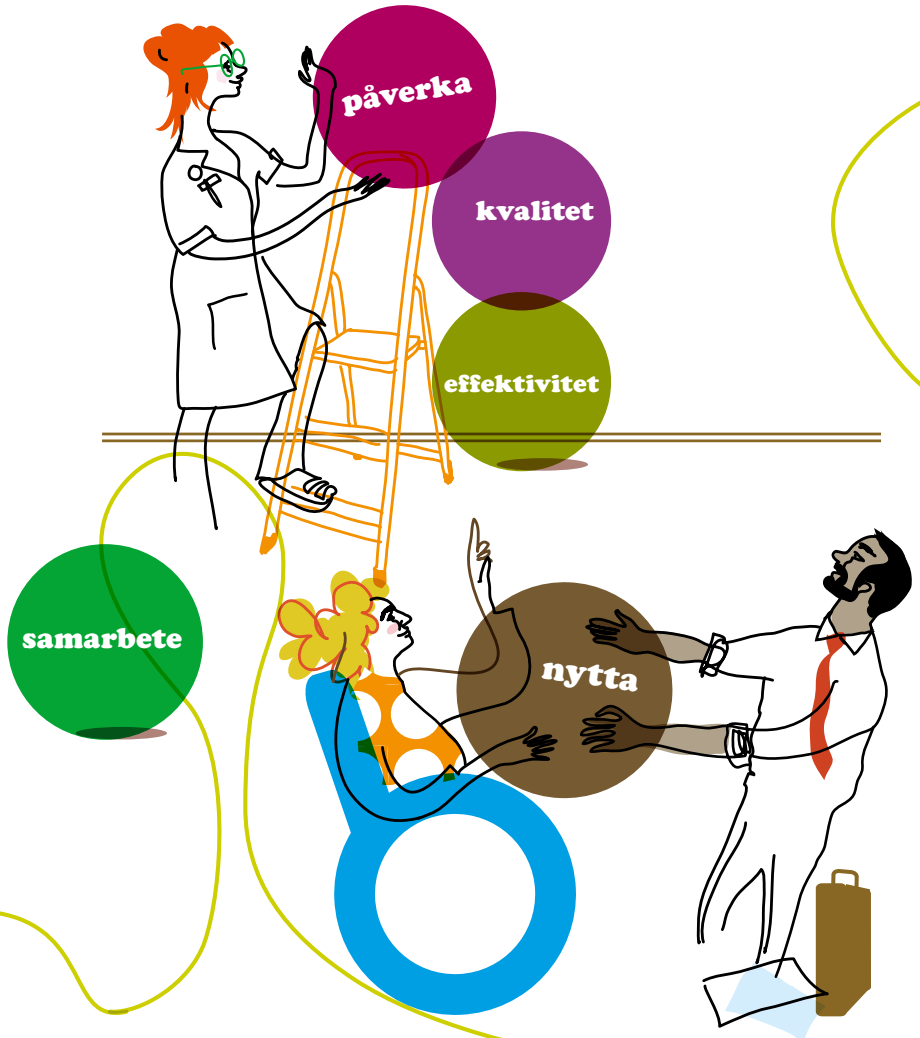
Årsvisa mål

Handlingsplanen för 2013–2018 ska leda till att bestämda mål uppfylls. För att få en rimlig fördelning i tiden bör målen beskrivas och anges per år. I varje kommande årlig verksamhetsplan kommer uppföljning och nödvändiga aktualiseringar av målen att göras.

Förtroendevalda politiker är företrädare för befolkningen. Det betyder att målen nedan främst inriktats på de eHälsotjänster som ska tillhandahållas invånarna. Samtidigt är politikerna även högsta beslutsfattare för den vård som drivs eller finansieras av offentliga resurser. Det betyder att det även är relevant att ange verksamhetsmässiga mål på övergripande nivå.

Generella mål

Under år 2015 har samtliga landsting/regioner och kommuner förändrat befintliga ekonomiska ersättningsformer till vårdgivare så att de stimulerar användning av eHälsotjänster.



Mål ur invånarperspektiv

av invånarna känner år 2013 till 1177-konceptet, råd om vård via internet och telefon. (År 2011 cirka 30%)

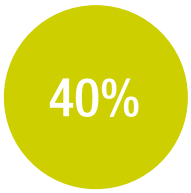
av invånarna är år 2013 anslutna till ”Mina eHälsotjänster”, vidareutveckling baserad på erfarenheter av Mina VårdKontakter, MVK. (År 2011 cirka 10% för MVK)

av invånarna känner år 2014 till hur man ansluter sig till ”Mina eHälsotjänster”.

av invånarna anser år 2014 att 1177 på internet och telefon är ett bra komplement för kontakt med sin vårdcentral.

av patienterna har år 2014 möjlighet att ta del av sina resultat och värden från provtagningar och undersökningar via ”Mina eHälsotjänster”.

av invånarna har år 2014 möjlighet att nå **delar** av sin journalinformation avseende vård enligt hälso- och sjukvårdslagen via ”Mina eHälsotjänster”, integrerat med faktainformation från 1177.se.



av besöken till vården bokas år 2015 via ”Mina eHälsotjänster”.

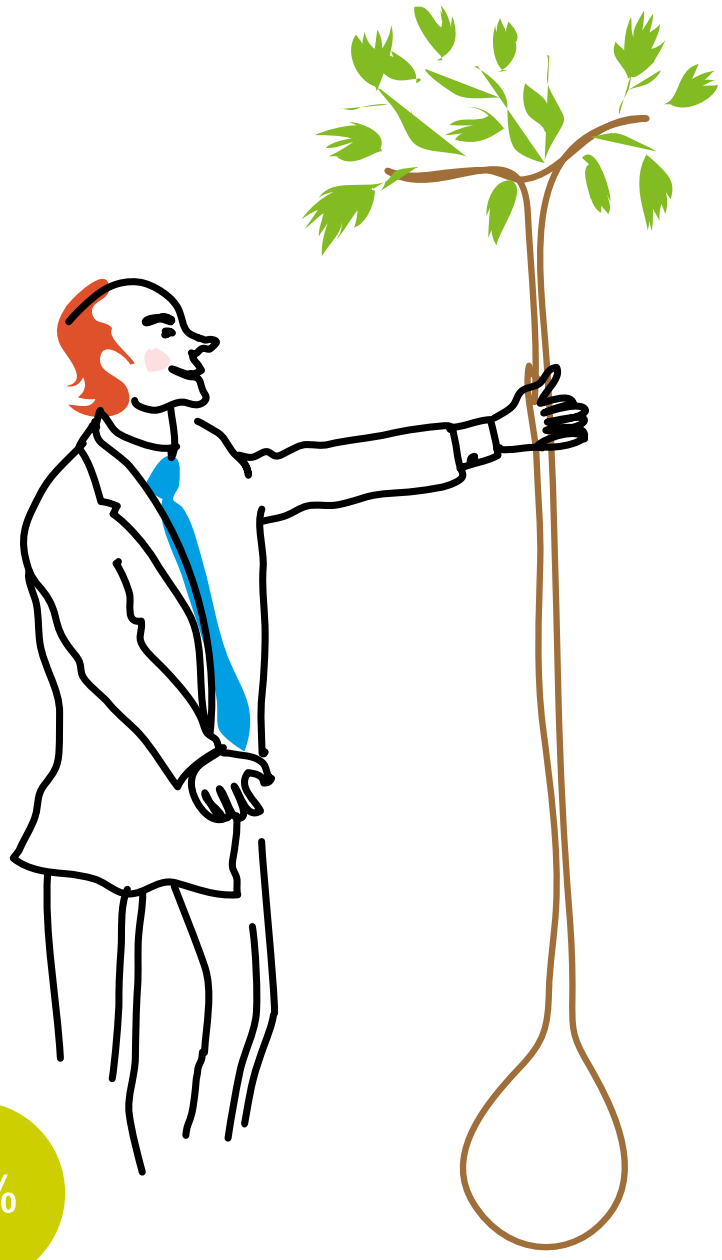
av invånarna har år 2015 möjlighet att nå samtliga intyg som utfärdats inom hälso- och sjukvården via ”Mina eHälsotjänster”.

av invånarna har år 2015 möjlighet att samla och överblicka sina vaccinationer via ”Mina eHälsotjänster”.

av patienterna har år 2016 möjlighet att följa sin remiss via ”Mina eHälsotjänster”.

av invånarna har år 2017 möjlighet att nå sin journalinformation för all vård och omsorg via ”Mina eHälsotjänster”.

av invånarna använder år 2017 ”Mina eHälsotjänster” (inklusive sjukvårdsrådgivningen via telefon) som sin första kontakt med vården.



80%

av användarna av ”Mina eHälsotjänster” anser sig år 2018 vara mer delaktiga i sin egen vård än tidigare.

Anm: Med invånare ovan avses befolkningen över 15 år.

Mål ur verksamhetsperspektiv

100%

av behandlande medarbetare i hälso- och sjukvården har år 2014 tillgång till patientens hälso- och sjukdomshistorik, inklusive läkemedelshistorik samt relevant kunskap om läkemedelsfakta vid behandling och ordination.

90%

av medarbetarna kan år 2016 nå sina professionella verksamhetssystem med **en** samordnad, enkel och säker inloggning (single-sign-on)

Infrastrukturella mål

- Säkerhetstjänsterna för säker inloggning till vården och omsorgen har år 2014 utvecklats till att tillgodose krav för *all* vård och omsorg.
- 100 % av de gemensamma eHälsotjänsterna har år 2016 en drifttillgänglighet och säkerhet som i princip motsvarar 100% tillgång för användarna.

Vad bör göras gemensamt – innehåll och principer

Stora delar av eHälsoutvecklingen bör göras gemensamt. Det handlar om att standarder och metoder för informationsöverföring måste utvecklas och fungera inom hela vård- och omsorgssektorn, men också om att det är klok hushållning med ekonomiska resurser att samarbeta mellan landsting/regioner och kommuner.

Utvecklingen av de gemensamma eHälsotjänsterna ska utgå från en gemensam stomme. Stommen handlar om regelverk, termer och begrepp och om teknisk arkitektur som gör att eHälsotjänster kan kopplas ihop med varandra och fungera oavsett vem som tillverkat dem. På grundval av en gemensam stomme kan respektive huvudman driva nödvändig kompletterande utveckling och samtidigt stimuleras en fristående marknad för eHälsotjänster.

Avsikten är inte att göra allt gemensamt. Men det är också möjligt att samarbeta inom fler IT-områden än eHälsotjänster om särskilda beslut fattas om det.

Det gemensamma arbetet ska kunna inrymma aktiviteter som drivs såväl strikt samordnat, som mer fristående. Det är viktigt att det finns en flexibilitet så att områden kan tillföras eller avföras från den gemensamma agendan.

Det grundläggande är det som innehållsmässigt beslutas, dels i denna långsiktiga handlingsplan, dels i de årliga verksamhetsplanerna.

Huvudinnehållet för det gemensamma arbetet inom eHälsoområdet är:

- Att fastställa, utveckla och underhålla en gemensam arkitektur.
- Att hantera utveckling, införande och förvaltning av konkreta tjänster där huvudmännen har samma behov.

Därutöver föreslås följande principer gälla:

- Redan genomförd utveckling/tjänster ska återanvändas så långt det är möjligt.
- Den/de huvudmän som vill gå före och utveckla tjänster ska kunna göra det. Förutsättningen är att det sker efter öppen information till övriga huvudmän, i enlighet med den överenskomna arkitekturen och ställs till övriga huvudmäns förfogande.
- Andra områden utöver eHälsa ska kunna inrymmas i samarbetsformen, till exempel ekonomisystem, HR-system, gemensam IT-drift, licensförhandlingar med mera.

- Samarbete i mindre konstellationer, till exempel kundgrupper för enskilda journalsystem, ska stödjas och underlättas inom det gemensamma arbetet för att den vägen snabbare även nå en enhetlig struktur på vårdsystemen.
- I genomförandet ska huvudmännen kunna ta ett gemensamt ansvar för olika delar av eHälsotjänster och andra IT-tjänster. Till exempel kan en huvudman ges i uppdrag att svara för vissa invånartjänster åt samtliga huvudmän, en annan huvudman kan åta sig uppdraget att svara för specifika delar inom infrastrukturen och så vidare.
- De utvecklingsaktiviteter som görs gemensamt ska innehålla ett tydligt åtagande från samtliga berörda - från utvecklingsstart till färdigt införande.

Bedömningen av vad som bör göras gemensamt görs ytterst av ledningarna inom varje huvudman.

Organisation och styrning

Politisk styrning

Det gemensamma eHälsoarbetet via Center för eHälsa (CeHis) startade med politiska beslut inom varje landsting/region och av SKL år 2006. Under den första perioden var därefter det konkreta politiska inflytandet inriktat på ställningstagande till de treåriga handlingsplanerna och varje årlig verksamhetsplan. Det löpande arbetet sköttes på verkställande tjänstemannanivå.

Den politiska styrningen av CeHis verksamhet har fungerat i två dimensioner; dels centralt via SKL:s styrelse/delegationer/beredningar som behandlar och rekommenderar huvudmännen att ta ställning till utarbetade planer, dels inom varje huvudman som var och en tar ställning till aktuell plan och åtar sig sin respektive andel av finansieringen.

I början på år 2010 inrättades eHälsoberedningen inom SKL:s politiska ledning och senare under samma år inrättades Beredningen för eSamhället dit även eHälso-frågorna hänsköts.

Det är helt nödvändigt med ett ytterligare stärkt politiskt inflytande över eHälso-frågorna, inte minst för att de på ett grundläggande sätt kommer att förändra hälso- och sjukvårdens arbetssätt.

Den politiska styrningen behöver tydliggöras både inom respektive huvudman som centralt.

De politiska besluten pekar ut riktningen för den verkställande ledningen. Det är än viktigare än tidigare att samtliga ledarskapsnivåer inom hälso- och sjukvården deltar i och påverkar genomförandet av eHälsoutvecklingen. Även detta behöver stärkas och tydliggöras inom respektive huvudman och på gemensam nivå inom ramen för CeHis.

Roll och uppdrag för Center för eHälsa

CeHis styrs för närvarande av ett avtal mellan samtliga landsting/regioner och SKL. Dessa har gemensamt avtalat att samarbeta för att utveckla eHälsotjänster och skapat en arbets- och organisationsform (CeHis) för detta ändamål. SKL har åtagit sig att härbärgera CeHis kansli, bistå med visst stöd och säkerställa en koppling till SKL:s ledning såväl på tjänstemannanivå som på politisk nivå. Därutöver styrs CeHis av verksamhetsplanerna som anger vad som ska uppnås och nivån på ekonomiska resurser. Eftersom CeHis helt finansieras av landsting/regioner ingår inte CeHis i SKL:s kansliorganisation.

Den nuvarande samarbetsformen bygger på att CeHis fungerar som huvudmännens samordnande redskap för beställning och uppföljning av projekt och förvaltnings-objekt. Kontrakt tecknas med aktuell utförare, vanligtvis Inera AB. Genom metodiken har ett konstruktivt partsförhållande (kund–leverantör) skapats.

För perioden 2013–2018 föreslås följande principer:

- CeHis uppdrag vidgas så att samtliga huvudmän, det vill säga landsting/regioner och kommuner, inbjuds vara intressenter, det vill säga finansiärer och därmed beslutsfattare av gemensam utveckling via CeHis. CeHis utgör samarbetsform för utveckling av eHälsa och övriga IT-frågor kopplade till vård och omsorg, där intressenterna avser att samarbeta.
- Kommunerna bereds därigenom möjlighet att delta på samma villkor som landsting/regioner.
- Intressenterna avgör hur resurserna ska användas och styr CeHis inriktning.
- Sjukvårdsdelegationen svarar för aktiv politisk styrning av CeHis ur hälso- och sjukvårdsperspektiv. Ett nära samråd bör ske med SKL:s beredning för primärvård och äldreomsorg samt beredningen för socialpolitik och individomsorg.
- Beredningen för eSamhället svarar för rollen som samordnande politiskt styrorgan för CeHis och övriga eSamhällesfrågor.
- CeHis operativa styrelse med representanter för intressenternas tjänstemannaledningar behålls.
- CeHis kansliorganisation integreras, när det gäller övergripande strukturfrågor och erfarenhetsåtervinning mellan olika sektorer, i SKL:s nyligen inrättade Center för eSamhället, CeSam. Härigenom skapas förutsättningar för tydligare politisk styrning och ökat samspel mellan landsting/regioner och kommuner. Dessutom skapas goda förutsättningar för samordning och återanvändning av gjorda investeringar mellan olika delar av landstings/regioners och kommuners uppdrag.

Ovanstående principer och de praktiska konsekvenserna av dem bekräftas i ett nytt avtal mellan intressenterna och SKL. Genom det kan också en större tydlighet ges att CeHis är intressenternas och SKL:s gemensamt överenskomna form för att driva gemensam eHälsoutveckling. Kommunsektorn inbjuds att ingå i samarbetet och avtalet.

På detta sätt säkerställs att de finansierande intressenterna fortsätter att styra de gemensamma resurser som hanteras via CeHis.

Finansiering och ekonomimodell

eHälsoutvecklingen kräver omfattande omställningsinvesteringar under hela perioden fram till 2018. Det är önskvärt att omställningsperioden blir kort. Då kommer nyttan tidigare för invånare och medarbetare, liksom effektiviseringsvinsterna.

De nivåer som den gemensamma utvecklingen legat på de senaste åren, det vill säga cirka 300 mkr per år, motsvarar knappt 3 % av landstingens/regionernas samlade IT-kostnader. Det har ändå gett betydande och goda resultat. De första åren kunde beloppen till stor del användas till utvecklingsprojekt. I takt med att projekt färdigställts har förvaltningskostnader tillkommit för de nya eHälsotjänsterna. För år 2012 uppgår förvaltningsandelen till 80–85 % av de gemensamma resurserna. Inom kort återstår i princip inget utrymme för nyutveckling.

Under de tidigare åren har staten via Socialdepartementet gett stöd till landstingens/regionernas utvecklingsprojekt med i storleksordningen 45 mkr per år. Även kommunernas utveckling har getts stöd, men i mindre omfattning. Det är inte sannolikt att räkna med att detta stöd kan fortsätta i samma form och på samma nivå; inte heller att eventuella ekonomiska tillskott kan inkluderas i planeringen i förväg.

Följande huvudvägar föreslås därför gälla avseende finansiering av gemensamma aktiviteter:

- En utökning av den gemensamma utvecklingsbudgeten, främst mot bakgrund av att staten sannolikt inte kan leverera stöd på samma finansiella nivå som tidigare.
- En fortsatt positiv inställning till stöd från regeringen, men med insikten att sådant stöd blir av tydlig stimulanskaraktär för att nå specifika mål.
- För att bland annat skapa ekonomiskt utrymme för ökade satsningar bör huvudmännen samarbeta mer inom andra IT-områden. Typexempel är administrativa system inom till exempel ekonomi, HR, e-post etc. Formerna för detta kan vara gemensam upphandling eller samordnad drift som en övergångslösning före upphandling. Till stor del är dessa applikationer oerhört viktiga, men inte på något sätt unika för det enskilda landstinget/regionen/kommunen.
- Rationalisering och effektivisering som en följd av ändrad organisation och struktur för CeHis och Inera AB.
- Möjlighet för SKL att förskottera utvecklingsmedel inför gemensam upphandling som sedan återbetalas av huvudmännen i samband med avrop av nya etjänster.

Sammantaget bör ovanstående åtgärder utnyttjas för att ge utrymme att täcka utvecklingsbehoven. Med ökat finansiellt utrymme kan tempot höjas och effektivitetsvinster tas hem snabbare. Aktualiserad bedömning av finansieringen görs i varje årlig verksamhetsplan.

Följande ekonomimodell föreslås:

- Införande hos varje intressent betalas av denne, men hålls samman av centrala införandeprojekt med mandat att se till att överenskomna tidsplaner hålls
- Drift och förvaltning av färdigutvecklade eHälsotjänster upphandlas/beställs av CeHis på intressenternas uppdrag. På sikt bör de betalas efter användning. Logiska modeller som passar respektive tjänst behöver utvecklas. Enkelhet ska eftersträvas. Förändringen skulle kunna leda till att någon intressent underutnyttjar gemensamma tjänster eller bygger upp egen hantering. För att motverka detta är det nödvändigt, dels att intressenterna förbinder sig att använda de gemensamma tjänsterna, dels att stärka den löpande uppföljningen av att drift/förvaltning är kostnadseffektiv. I denna funktion ska representanter för intressenterna ges aktiva och avgörande roller.
- Vissa tjänster kan förvaltas av en enskild intressent på samtligas vägnar. Beställningen görs från CeHis som representant för samtliga intressenter. Med denna metod kan även marginalkostnaderna förväntas bli lägre, eftersom uppdraget ges till den/de som har särskilt goda förutsättningar att genomföra det. Samma metod kan också användas för utvecklingsprojekt.
- De tjänster som inte kommer att utföras eller utvecklas av en av intressenterna bör konkurrensutsättas på ett tydligt och professionellt sätt.
- Intressenterna betalar framöver gemensamt via CeHis för:
  - gemensamma utvecklingsprojekt enligt årlig verksamhetsplan.
  - verkställande beställarfunktion inklusive informationssamordning och arkitektursamordning.
- Prioritering och val av utvecklingsprojekt hanteras på följande sätt:
  1. *Projekt som beslutas och finansieras gemensamt inom den årliga verksamhetsplanen.* De konkreta uppdragen beställs på vanligt sätt av CeHis. En leverantör eller en enskild intressent får beställningen efter förhandling/upphandling.
  2. *Utvecklingsprojekt med nationell potential som initieras av ett mindre antal intressenter*. Projektet behandlas före start av CeHis styrelse och följs löpande av CeHis för att säkerställa att det fungerar i den gemensamma strukturen. Regelverket för hur övriga ska kunna ansluta sig och betala ska beslutas innan projektet startar.
  3. *Utvecklingsprojekt som drivs av en enskild huvudman som har kapacitet att ligga i frontlinjen* och driva projekt som inte (ännu) prioriterats av de övriga huvudmännen. Hanteras på principiellt samma sätt som punkt 2 ovan.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis har följande beskrivits i denna handlingsplan för 2013 –2018:

- Den politiska styrningen stärks
- eHälsoutveckling bidrar till att hantera välfärdens finansiering, dels genom att ge möjlighet för varje individ att medverka i sin vård, dels genom att effektivisera arbetet inom vård om omsorg
- Sverige står sig, som ett genomsnitt, väl jämfört med andra länder, men utvecklingspotentialen är betydande
- En sammanhållen IT-arkitektur gör det möjligt för marknadens IT-företag att utveckla och ansluta eHälsoapplikationer
- eHälsoutvecklingen fortsätter att drivas gemensamt
- Samspelet mellan landsting/regioner och kommuner stärks
- Center för eHälsa vidgas till att inkludera kommunsektorn på samma villkor som landsting/regioner
- Vid behov och efter särskilt beslut kan även andra IT-områden tillföras det gemensamma arbetet
- Koordinering med andra samhällssektorer sker inom ramen för SKL:s Center för eSamhället
- Tidshorisonten omfattar åren 2013–2018 med en målbild för slutåret
- Konkreta årsvisa mål sätts upp, främst riktade till vad invånarna kan förvänta sig
- Inför varje år görs en verksamhetsplan som beslutas av intressenterna
- Finansieringsformerna utvecklas och differentieras
- Ekonomimodellen anpassas till den ökande volymen eHälsotjänster i drift

Center för eHälsa i samverkan

Center för eHälsa i samverkan koordinerar landstingens och regionernas samarbete för att förverkliga strategin för Nationell eHälsa – tillgänglig och säker information inom vård och omsorg. Centret ska skapa den långsiktighet som krävs för att utveckla och införa gemensamma eHälsostöd, infrastruktur och standarder som förbättrar informationstillgänglighet, kvalitet och patientsäkerhet. Center för eHälsa i samverkan styrs av representanter från landsting och regioner, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), kommunerna och de privata vårdgivarna.