

Helse- og omsorgsdepartementet

Høring

Endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger (økning i betalingen for nasjonale e-helseløsninger mv.)

Høringsfrist: 26. oktober 2022

Innhold

1	Innledning	3
2	Oversikt over gjeldende lov- og forskrift	4
2.1	Pasientjournalloven	4
2.2	Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger	5
3	Departementets vurderinger og forslag	5
3.1	Virksomhetenes plikt til å betale for forvaltning og drift	5
3.1.1	Generelt om beregning av kostnader og fastsetting av betaling	6
3.1.2	Betaling for helsenettet	10
3.1.3	Betaling for kjernejournal, e-resept og hels norge.no	11
3.2	Endringer i meldingsstandarder	16
3.2.1	Innledning	16
3.2.2	Epikrise v1.2 (HIS 80226:2014)	16
3.2.3	Utskrivningsrapport v1.6 (HIS 1148:2014)	17
4	Administrative og økonomiske konsekvenser	18
4.1	Endring i betalingen for nasjonale e-helseløsninger	18
4.2	Endring i meldingsstandarder	18
	Forslag til forskriftsendringer	19

1 Innledning

Departementet sender på høring forslag til endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger. Departementet foreslår endringer i enkelte av beløpene som virksomheter skal betale for de fire nasjonale e-helseløsningene; helsenettet med grunndata og helseID, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. Videre forelås endringer i to meldingsstandarder for hhv epikrise (HIS 80226:2014) og utskrivningsrapport (HIS 1148:2014).

Høringsfristen er 26. oktober 2022.

Det foreslås endringer i betalingen fra 2022 til 2023 på totalt 35 mill. kroner for regionale helseforetak og kommuner som følge av økte kostnader på 28 mill. kroner til forvaltning og drift av helsenorge.no, og på 7 mill. kroner til grunndata og helseID. Samlet er kostnadsveksten fra 2021 på 115 mill. kroner. Det foreslås i tillegg justeringer i fordeling av kostnadsveksten for helsenorge.no og kjernejournal der kommunenes andel av betalingen økes fra 40 prosent til 45 prosent sammenlignet med 2022. Den nye fordelingen brukes på kostnadsveksten fra 2021 når betalingen skal fastsettes i 2023. Det foreslås ingen endringer i de samlede kostnadene til forvaltning og drift av helsenettet, kjernejournal og e-resept fra 2022 til 2023 utover ordinær prisjustering. Forslagene er basert på tallgrunnlaget fra Norsk helsenett SF om forventede kostnader til forvaltning og drift, vurderingen fra det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger og Direktoratet for e-helses anbefaling om fordeling av kostnadsveksten.

Forslag til endringsforskrift inneholder tall før prisjustering, og beløpene vil derfor bli prisjustert før forskriften fastsettes.

Stortinget vedtok 17. desember 2021 endringer i pasientjournalloven § 8 som gir departementet hjemmel til å pålegge virksomheter innen helse- og omsorgstjenesten plikt til å ta i bruk de fire nasjonale e-helseløsningene, og å betale for forvaltning og drift av dem.

Formålet med lovendringene var å styrke og legge til rette for digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å bidra til gode og effektive helse- og omsorgstjenester. De fire nasjonale e-helseløsningene er nødvendige for å levere gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne og for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet, personvern og effektiv bruk av offentlige ressurser.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte 22. desember 2021 endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger som pålegger virksomhetene å betale for forvaltning og drift av kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenettet inkludert grunndata og helseID. De regionale helseforetakene og kommunene fikk dermed en forskriftsfestet plikt til å betale for helsenettet inkludert grunndata og helseID, Nasjonal kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Apotek og bandasjister fikk plikt å betale for drift og forvaltning av e-resept, og alle som er medlemmer i helsenettet skal betale for forvaltning og drift av helsenettet. Beløpene er fastsatt i forskriften.

Årlige endringer i betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene, med unntak for ordinær prisstigning, skal fastsettes gjennom endringer i forskriften. Grunnlaget for å fastsette betalingen er Norsk helsenett SFs forventede kostnader til

forvaltning og drift i det kommende budsjettåret, vurderingen fra teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger, Direktoratet for e-helses anbefaling om fordeling av kostnadsveksten. Direktoratet for e-helse skal legge til rette for at prinsipper for fordeling av kostnader til forvaltning og drift drøftes i den nasjonale rådsmodellen for e-helse (tidligere Nasjonal styringsmodell for e-helse) før forslag til forskriftsendringene sendes på høring. Endringene i kostnader for kommunal sektor drøftes i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Konsultasjonene skjer i et politisk møte før forslag til forskrift sendes på høring og i det bilaterale konsultasjonsmøtet på høsten etter at høringen er gjennomført og før forskriften fastsettes.

2 Oversikt over gjeldende lov- og forskrift

2.1 Pasientjournalloven

Pasientjournalloven § 8 fjerde ledd hjemler at departementet kan gi forskrift om at regionale helseforetak, kommuner, apotek, bandasjister og andre virksomheter skal betale for at de nasjonale e-helseløsningene gjøres tilgjengelige for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten eller – når det gjelder helsenorge.no – for allmennheten.

Det er presisert at når det gjelder apotek og bandasjister, kan eventuell plikt til betaling kun omfatte løsningene nevnt i § 8 andre ledd bokstav a og c, det vil si helsenettet og e-resept. Det avgjørende er om e-resept er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomheten og at det er inngått avtale om tilkobling til helsenettet.

Også andre virksomheter som har inngått avtale om tilkobling til helsenettet skal betale for forvaltning og drift av helsenettet.

Videre følger det at departementet kan gi forskrift om det nærmere innholdet betalingsplikten og løsningene, inkludert krav til løsningenes innhold, hvilke virksomheter som omfattes og betalingspliktig beløp. Forskriftene kan også fastsette fra hvilket tidspunkt betalingsplikten, plikten til å gjøre en løsning tilgjengelig i virksomheten eller plikten til å gjøre tjenester tilgjengelig på helsenorge.no, skal gjelde.

Virksomhetenes samlede betaling skal ikke overstige kostnadene til forvaltning og drift av løsningene. Betalingen vil fastsettes på bakgrunn av forventede kostnader i det kommende budsjettåret. Kravet innebærer derfor ikke at virksomhetenes betaling for det enkelte år skal tilsvare de faktiske kostnadene i dette året, men at dette skal være tilfellet over tid. Det vil derfor ved fastsettelsen av betalingen i et bestemt år ikke bare være relevant å se hen til forventede kostnader i dette året, men også til avviket mellom den faktiske betalingen for foregående år sammenlignet med de faktiske kostnadene. Beregning av kostnadene skal baseres på en bærekraftig forvaltning og drift som tar høyde for verdibevarende oppdatering og vedlikehold av løsningene. Se nærmere omtale under 3.1.1.

2.2 Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger regulerer bl.a. krav til funksjonalitet ved elektronisk meldingsutveksling. Dette fremkommer av § 6 hvor det er krav om bruk av bestemte standarder ved sending eller mottak av meldinger, og hvilke virksomheter som omfattes av plikten til bruk av standarden. Dette er for eksempel meldingsstandarder om epikrise og henvisninger.

Forskriften §§ 13-16 regulerer den konkrete betalingen for de fire nasjonale e-helseløsningene. De regionale helseforetakene og kommunene plikter å betale for helsenettet inkl. grunndata og helseID, Nasjonal kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Apotek og bandasjist plikter å betale for bruk og forvaltning av e-resept, og alle som er medlemmer i helsenettet betaler for forvaltning og drift av helsenettet. Alle betalingene skal skje til Norsk helsenett SF.

Forskriften § 17 regulerer at Norsk helsenett SF kan øke betalingen uten forskriftsendringer tilsvarende forventet prisstigning.

Forskriften § 18 regulerer Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger. Utvalget skal bidra til transparens i prosessen og gi et best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Utvalget skal gjennom arbeidet med å vurdere og kvalitetssikre tallmaterialet, bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen og til å oppnå størst mulig grad av konsensus om nivå på kostnadene. Medlemmene i utvalget oppnevnes av departementet og har representasjon fra kommunesektoren oppnevnt av KS (KS og kommuner), de regionale helseforetakene, Den Norske legeforening, og Apotekforeningen. Direktoratet for e-helse leder utvalget og ivareta sekretariatsfunksjonen. Norsk helsenett SF deltar i sekretariatet. Utvalgets vurderinger inngår som en sentral del av beslutningsgrunnlaget når departementet fastsetter betalingen. Direktoratet for e-helse legger fram resultatet av utvalgets arbeid for departementet. Norsk helsenett SF skal levere grunnlagsmaterialet til utvalget.

3 Departementets vurderinger og forslag

3.1 Virksomhetenes plikt til å betale for forvaltning og drift

Plikten til betaling fra regionale helseforetak og kommuner skal være uavhengig av om løsningene faktisk er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomhet. Ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester til innbyggerne er lagt til alle landets regionale helseforetak og kommunene. De nasjonale løsningene er viktige for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne oppfylle ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester.

Det skal tas hensyn til at flere av løsningene brukes i noe mindre grad av den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn av spesialisthelsetjenesten. Departementet viser i denne sammenhengen til at Stortinget har bedt regjeringen sørge for 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. Se omtale nedenfor.

Både kommuner og regionale helseforetak er i statsbudsjettet for 2022 kompensert for eksisterende kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Dette er en varig endring som en følge av innføring av plikt til betaling. I tillegg er det bevilget kompensasjon og for en tredjedel av kostnadsveksten i 2022. Prop. 3 L (2021-2022) Endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.) åpner for at dersom utgiftene til drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene øker betydelig, kan det bli aktuelt å kompensere kommunene og helseforetakene for deler av merutgiftene.

I sammenheng med behandling av Prop. 3 L (2021-2022) fattet Stortinget følgende anmodningsvedtak som følges opp av departementet:

- Vedtak 87: Stortinget ber regjeringen om at de årlige endringene i kostnader for kommunal sektor drøftes i konsultasjonsordningen med KS.
- Vedtak 88: Stortinget ber regjeringen sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, skal synliggjøres og behandles i den nasjonale rådsmodellen for e-helse.
- Vedtak 89: Stortinget ber regjeringen sørge for 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.

Departementet og KS har i fellesskap utarbeidet et årshjul for dialogen mellom stat og kommune. Dette innebærer at endringer i kostnader til forvaltning og drift behandles i et politisk møte om våren og i det bilaterale konsultasjonsmøtet mellom departementet og KS om høsten. Videre har Direktoratet for e-helse i 2022 fått i oppdrag å legge opp til et årshjul for den nasjonale rådsmodellen for e-helse som er tilpasset forankringsprosessene mellom KS og regjeringen. Direktoratet skal videre sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, synliggjøres og behandles i rådsmodellen.

For å følge opp anmodningsvedtaket fra Stortinget, har Norsk helsenett SF i 2022 fått i oppdrag å legge fram forslag til plan for evaluering og justering av prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene og forberede gjennomføring av endringer. Norsk helsenett skal vurdere hele spekteret av prismodeller og å gjøre anskaffelsesrettslige vurderinger av alternativene. Evalueringen skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og behandles i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger og i den nasjonale rådsmodellen for e-helse.

3.1.1 Generelt om beregning av kostnader og fastsetting av betaling

Beregningen av betalingen er basert på tallgrunnlaget fra Norsk helsenett SF om forventede kostnader til forvaltning og drift, Direktoratet for e-helses anbefaling om fordeling av

kostnadsveksten og vurderingen fra det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger.

Beregning av kostnader

Beregning av kostnadene skal baseres på en bærekraftig forvaltning og drift som tar høyde for verdibevarende oppdatering og vedlikehold av løsningene. Virksomhetenes samlede betaling skal ikke overstige de kostnadene Norsk helsenett SF har til å forvalte og drifte løsningene. Norsk helsenett SF skal ikke gå med overskudd i større utstrekning enn nødvendig for å sikre en forsvarlig drift. Kostnadene kan inkludere en nødvendig risikomargin.

Alle kostnader til forvaltning og drift skal inngå i beregningsgrunnlaget. Nyutvikling vil medføre varig økning i drifts- og forvaltningskostnader som må tas inn i framtidig budsjettering. Forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene omfatter blant annet produkt- og applikasjonsledelse, versjonshåndtering, bruker- og kundehevendelser, hendelses- og problemhåndtering (inkludert feilretting) og funksjonelle og tekniske endringer slik at løsningene skalerer og teknisk gjeld unngås. I tillegg kommer ivaretagelse av endrede krav til universell utforming, nødvendige endringer på plattformen som følge av at nye tjenester utvikles, og en rekke sikkerhetstiltak for å ivareta krav etter personvernforordningen. Når det gjelder helsenorge.no, er etablering av standardprofiler for integrasjon for innsyn og forbedret arkitektur for å kunne utbre til nye aktører, aktuelle eksempler. Drift omfatter produksjonsledelse, lisenser og driftshåndtering, tele- og datanettverk og datasenter mv.

Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger

Oppgaver og sammensetning av teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger er regulert i forskriften § 18. Utvalgets vurderinger vil inngå som en sentral del av beslutningsgrunnlaget når betalingen skal fastsettes. Direktoratet for e-helse legger fram resultatet av utvalgets arbeid for departementet.

Departementet understreker at utvalget kun gir råd til departementet og at størrelsen på betalingen og fordelingen mellom aktørene fastsettes i forskrift. Selv om en del av formålet med utvalget er å bidra til størst mulig enighet om tallgrunnlaget, er det ikke et krav om full enighet om konklusjonene fra utvalget. Der aktørene har ulikt syn, skal dette gå fram av rapporten til departementet. Departementet har i 2022 justert mandatet slik at utvalget ikke lenger skal vurdere kostnadsfordeling mellom aktørene. Videre er det gjort en endring i mandatet som innebærer at utvalget på høsten skal behandle Norsk helsenett SFs anslag over kostnadsveksten året etter neste budsjettår for å sikre mer forutsigbarhet.

Departementet viser også til den nasjonale styringsmodellen for e-helse som fra 1 juli 2022 er oppdatert og etablert som nasjonal rådsmodell for e-helse. Direktoratet for e-helse har i tildelingsbrevet for 2022 fått i oppdrag å legge til rette for at prinsipper for fordeling av kostnader til forvaltning og drift drøftes i rådsmodellen. Direktoratet skal sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, synliggjøres og behandles i rådsmodellen, og at det gjøres

en konkret vurdering av om kostnadene faller innenfor plikten til betaling, krever lov- eller forskriftsendring eller må finansieres på annen måte.

Fastsetting av betalingen

Betalingen betalingenfastsettes basert på forventede kostnader til forvaltning og drift i det kommende budsjettåret. Virksomhetenes betaling for det enkelte år vil derfor ikke nødvendigvis tilsvare de faktiske kostnadene i dette året, men betalingen skal over tid tilsvare disse kostnadene. Det vil derfor ved fastsettelsen av betalingen i et bestemt år ikke bare være relevant å se hen til forventede kostnader i dette året, men også til avviket mellom den faktiske betalingen for foregående år sammenlignet med de faktiske kostnadene. Dersom Norsk helsenett fikk betalt mer enn en kostnadsdekning som tar høyde for en bærekraftig utvikling i tidligere år, kan den samlede betalingen året etter reduseres med differansen. Motsatt, kan det tas hensyn til at betalingen i foregående år ikke dekket kostnadene ved å øke den samlede betalingen for det nye året med differansen. Virksomhetene vil derfor ikke ha krav på tilbakebetaling dersom kostnadene for et bestemt år er lavere enn det som er betalt.

Betalingen for de lovfestede nasjonale e-helseløsningene fastsettes ikke individuelt for hver enkelt virksomhet basert på forbruk eller andre objektive kriterier. Det må derfor etableres en priskategori som retter seg mot et ubestemt antall virksomheter og personer. Forskriftsfesting av et kronebeløp for gruppen øvrige aktører vil gi virksomhetene høy grad av forutberegnelighet. Forskriften kan endres når alminnelige høringsprosesser er gjennomført. Dette gjør det mulig for departementet å foreslå årlige endringer i forskriften basert på kostnadsanslagene fra Norsk helsenett SF, vurderinger og innspill fra det tekniske beregningsutvalget og Direktoratet for e-helse.

Departementet viser videre til at Stortinget har bedt om at de årlige endringene i kostnader for kommunal sektor drøftes i konsultasjonsordningen med KS. Dette er gjennomført ved et politisk møte i juni 2022 og i det bilaterale møtet mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2022.

Departementet viser også til at det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger 29. april leverte vurderinger av prognosene for kostnadsnivå til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene i 2023. Utvalget legger tallgrunnlaget fra Norsk helsenett SF til grunn for behovet i 2023, og forutsetter at eventuelle innsparinger overføres og kommer til fratrekk i 2024. Kostnadsnivået ble presentert slik:

Tabell 1 Endring i kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger og prognose for kostnadsnivå for 2023 (i millioner kroner)

	Bevilget beløp 2021 - basisbeløp	Fakturert i 2021	Samlet kostnad i 2021	2022	2023
Helsenorge	192,6	15,4	208,3**	264,0	292,0

Kjernejournal	88,3	2,7	91,1	108,2	108,2
E-resept	124,7	-	124,7	124,7	124,7
Grunndata og helseID	81,7	17,6	99,6	70,4	77,4
Sum	487,2	36,4	523,7	567,3	602,3
Helsenettet	246,0	-	246,0	246,0	246,0
Sum	733,2	36,4	769,7	813,3	848,3

*Tallene for 2021 er prisjustert med 2,1 prosent sammenlignet med tabellen til teknisk beregningsutvalg. Hele tabellen er nå oppgitt i 2022 kroner.

**Helfo tjenester på helsenor.no som utgjør 13 mill. kroner er fratrasket

Utvalget er opptatt av at tallgrunnlaget må videreutvikles og viser til følgende vurdering i rapporten høsten 2021: «Teknisk beregningsutvalg ønsker å få grundigere innsikt i baseline og driverne for vekst dersom de skal kvalitetssikre finansieringsbehovet.» Det er enighet i utvalget om å arbeide videre med videreutvikling av kvalitetssikringsarbeidet i en egen sak som legges fram i teknisk beregningsutvalg høsten 2022.

I tillegg ble fordelingen av veksten i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene drøftet på møtet i Nasjonalt e-helsestyre (nå Nasjonalt e-helseråd) 8. juni 2022. Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å legge fram forslag til fordeling av kostnadene til forvaltning og drift for departementet. Direktoratet foreslår at regionale helseforetak betaler 55 prosent av veksten i kostnader til forvaltning og drift av kjernejournal og helsenor.no i 2023, og at kommunene tilsvarende betaler 45 prosent av denne veksten. Når det gjelder grunndata og helseID, foreslår direktoratet at kommuner og regionale helseforetak betaler halvparten hver slik som i 2022. Det har ikke vært vekst i kostnadene til forvaltning og drift av e-resept utover ordinær prisstigning etter 2020. Nasjonalt e-helsestyre gjorde følgende vedtak:

«Nasjonalt e-helsestyre anbefaler fremlagte forslag til fordeling av vekst i kostnader til forvaltning og drift for de nasjonale e-helseløsningene for 2023. Direktoratet for e-helse anbefales i samarbeid med Norsk helsenett SF å videreutvikle faktagrunnlaget for fremtidige drøftinger av kostnadsfordeling, som gir oversikt over kostnader, bruk og nytte for de ulike tjenestene og brukergruppe for tjenestene. Dette vil bidra til transparens i diskusjonen, noe som over tid vil være viktig for forutsigbarhet og tillit.»

Representantene fra kommunene viste imidlertid til at fordeling av kostnadsvekst skal ta hensyn til nytten for aktørene, og er grunnleggende uenig i utgangspunktet om at kostnadene til drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene skal fordeles likt mellom kommunesektoren og regionale helseforetak. Representantene for de regionale helseforetakene mener fordelingen prinsipielt bør være lik, men at forslaget som ble presentert fra direktoratet går i riktig retning. Se referatet fra møtet her: [Agenda og sakspapirer Nasjonalt e-helsestyre 8. juni 2022_oppdateret.pdf](#)

3.1.2 Betaling for helsenettet

Regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner fikk fra 1. januar 2022 en forskriftsfestet plikt til å betale Norsk helsenett SFs forventede kostnader til forvaltning og drift av helsenettet. Alle andre virksomheter som faktisk benytter helsenettet, skal også betale for løsningen.

For regionale helseforetak og kommuner inkluderer betalingsplikten også kostnader til forvaltning og drift av grunndata og helseID.

Det gjøres ingen endringer i betalingen for helsenettet i 2023 utover ordinær prisjustering, men regionale helseforetaks og kommuners betaling for grunndata og helseID foreslås økt med totalt 7 mill. kroner. Ordningen med at betalingen for grunndata og helseID fordeles likt mellom regionale helseforetak og kommuner videreføres i 2023. Elementer av grunndata brukes i dag av de aller fleste virksomheter både i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Grunndata er viktig for pasientsikkerheten og tilrettelegger for gevinstrealisering av andre løsninger, for eksempel elektronisk meldingsutveksling og helseID. Når det gjelder helseID, viser departementet til at særlig kjernejournal, og dermed bruken av helseID, vil ha økt utbredelse i kommunesektoren i 2023.

Departementet foreslår følgende betaling for helsenettet i 2023:

- Regionale helseforetak skal betale Norsk helsenett SF 74,6 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet og 38,7 mill. kroner for drift av grunndata og helseID. Kostnadene fordeles mellom de regionale helseforetakene etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisbevilgningen.
- Landets kommuner skal for 2023 betale Norsk helsenett SF 72,1 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet og 38,7 mill. kroner til forvaltning og drift av grunndata og helseID. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.
- De enkelte fylkeskommunene skal betale Norsk helsenett SF 10 086 kroner per måned til forvaltning og drift av helsenettet.
- Øvrige medlemmer skal betale Norsk helsenett SF 1 247 kroner per måned per virksomhet til forvaltning og drift av helsenettet.

Tabell 1 Kostnadsfordeling mellom kommuner og RHF for helsenett, grunndata og helseID*

	Regionale helseforetak	Kommuner	Sum
Helsenettet	74,6	72,1	146,7
Grunndata og helseID	38,7	38,7	77,4
Sum	113,3	110,8	224,1

*Beløpene er oppgitt i millioner kroner, uten merverdiavgift, i 2022-kroner og vil bli prisjustert.

Departementet viser til at kommuner og regionale helseforetak i budsjettet for 2022 er kompensert for eksisterende kostnader til grunndata og helseID. Kommunene ble også kompensert for hele kostnaden ved gjeninnføring av medlemsavgiften for helsenettet. Det er har ikke vært vekst i kostnadene til forvaltning og drift av helsenettet for kommuner og regionale helseforetak utover ordinær prisstigning etter 2021. Kostnadene til Grunndata og helseID er i 2023 redusert med 4,3 mill. kroner sammenlignet med 2021.

Virksomhetene vil i tillegg ha lokale kostnader knyttet til forvaltning og drift av e-ID.

3.1.3 Betaling for kjernejournal, e-resept og helsenorge.no

Regionale helseforetak og kommuner fikk fra 1. januar 2022 en forskriftsfestet plikt til å betale Norsk helsenett SF for forvaltning og drift av e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. Plikten gjelder uavhengig av om løsningene faktisk er tatt i bruk av virksomhetene. Videre ble apotek og bandasjister pålagt å betale for e-resept.

Departementet foreslår en samlet økning i betalingen for helsenorge.no på 28 mill. kroner som følge av økte kostnader til forvaltning og drift i 2023. Det foreslås i tillegg justeringer i fordeling av kostnadene for helsenorge.no og kjernejournal mellom regionale helseforetak og kommuner sammenlignet med 2022. Det foreslås ingen endringer i de samlede kostnadene til forvaltning og drift av kjernejournal og e-resept fra 2022 til 2023 utover ordinær prisjustering.

Betalingen for e-resept, kjernejournal og helsenorge.no baseres på en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale e-helseløsninger som kommer pasientene til gode og som i tillegg tar hensyn til virksomhetenes nytte av løsningene. Departementet viser i denne sammenheng til at både de regionale helseforetakene og kommunene har ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen. Dette fremkommer av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesten § 3-1. Videre er budsjettene og antall årsverk for disse tjenestenivåene om lag av samme størrelse. I tillegg er det tatt hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk.

Når det gjelder apotek og bandasjisters betaling for e-reseptløsningen, skal denne så langt det er mulig baseres på en vurdering av nytten virksomhetene har av løsningen.

Betalingsmodellen bør være enkel å forvalte, stabil over tid, reflektere faktiske og mulige gevinster og stimulere til bruk av fellesløsninger. Kostnadsfordelingen bør gi en relativt rettferdig fordeling av den økonomiske byrden og i rimelig grad reflektere fordelingen av gevinster mellom aktørene. Det er, basert på tilgjengelig dokumentasjon av gevinster av løsningene, vanskelig å tallfeste den direkte nytten hver av løsningene har for henholdsvis spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er imidlertid pasientene som samlet sett har den største nytten av løsningene, både tidsgevinster og gevinster knyttet til kvalitet på tilbudet. Departementet legger vekt på at pasientenes gevinster av løsningene skal være et viktig grunnlag for å fastsette fordelingen mellom aktørene. Departementet viser i denne forbindelse til at de regionale helseforetakene og kommunene har ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen. De nasjonale

løsningene er viktige for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne oppfylle ansvaret for å tilby tjenester til befolkningen.

Ved fordelingen av kostnadsveksten tar departementet hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk. I tillegg vurderer departementet om det er andre forhold knyttet til videreutvikling av løsningene som har betydning for aktørenes nytte av løsningene og som gjør det aktuelt å vurdere ulik fordeling av kostnadsveksten.

Fordelingen av kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger mellom de regionale helseforetakene, tar utgangspunkt i fordelingsnøklerne i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisbevilgningen. Fordelingen av kostnader mellom helseforetakene innenfor en region bestemmes av det enkelte regionale helseforetak. Når det gjelder fordeling mellom kommunene, fordeles betalingen etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene. Fordeling av kostnadene mellom apotekene og mellom bandasjistene baseres på oppslag i e-resept som fører til faktisk salg.

Regionale helseforetak og kommuner er i 2022 kompensert for eksisterende kostnadene til forvaltning og drift av kjernejournal, e-resept og helsenorge.no og for en tredjedel av kostnadsveksten. Det har ikke vært vekst i kostnadene til forvaltning og drift av e-resept utover ordinær prisstigning i perioden. Kompensasjonen er fordelt etter samme fordelingsnøkler som betalingen.

Tabell 3 Oppsummering av kostnadsfordeling per aktør for kjernejournal, e-resept og helsenorge.no*

	Regionale helseforetak	Kommuner	Apotek	Sum
Helsenorge	151,0	141,0	-	292,0
Kjernejournal	55,1	53,1	-	108,2
E-resept	55,5	55,5	13,7	124,7
Sum	261,5	249,6	13,7	524,9

*Beløpene er oppgitt i millioner kroner, uten merverdiavgift, i 2022-kroner og vil bli prisjustert.

Betaling for kjernejournal

Regionale helseforetak og kommuner betaler fra 1. januar 2022 årlig Norsk helsenett SF for forventede kostnader til forvaltning og drift av kjernejournal. Departementet foreslår som nevnt ingen endringer i den samlede betalingen for kjernejournal i 2023 utover ordinær prisjustering, kun en justering i fordelingen av kostnadsveksten mellom regionale helseforetak og kommuner.

Kjernejournal er en nasjonal e-helseløsning som er etablert for å øke pasientsikkerheten. Kjernejournal er innført ved alle sykehus, alle legevakter og ved alle fastlegekontorene. Kjernejournal er tilgjengeliggjort fra Norske helsenett SF og tatt i bruk av aktørene i helse- og omsorgsektoren i stort omfang. Kjernejournal har kvantifiserbare gevinster både for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell vil spare tid på å innhente og kvalitetssikre opplysninger om pasienten ved å benytte

kjernejournal, men den største gevinsten av kjernejournal er knyttet til ikke-kvantifiserbare virkninger som bedre pasientsikkerhet og færre tilfeller av feilbehandling.

Departementet viser til det ansvaret både regionale helseforetak og kommuner har for å sørge for tjenester til befolkningen, og mener at kostnadene til forvaltning og drift av kjernejournal innenfor gjeldende prismodell i utgangspunktet bør fordeles likt mellom regionale helseforetak og kommuner. I 2023 foreslår departementet likevel at regionale helseforetak skal betale en større del av kostnadsveksten fra 2021 til forvaltning og drift av kjernejournal enn kommunene fordi helseforetakene foreløpig benytter kjernejournal i større grad og potensielt har større gevinster av løsningen. Departementet foreslår at kostnadsveksten fordeles slik at regionale helseforetak betaler 55 prosent av kostnadsveksten og kommuner 45 prosent av kostnadsveksten på 19,9 mill. kroner i 2023. I 2022 betalte regionale helseforetak 60 prosent og kommuner 40 prosent av kostnadsveksten. Det har ikke vært vekst i kostnadene til forvaltning og drift av kjernejournal utover ordinær prisstigning fra 2022 til 2023. Endring i fordeling innebærer at kommunene betaler for en større del av kostnadsveksten i 2023 enn i 2022. Kjernejournal øker i utbredelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter planen vil 80 prosent av kommunene ha innført kjernejournal i tjenesten i 2023. 100 prosent av legevaktene og 91 prosent av fastlegene bruker e-resept. Fordelingen er ikke basert på faktisk bruk, men tar hensyn til dagens utbredelse i spesialisthelsetjenesten (inkludert avtalespesialister og private sykehus) og helse- og omsorgstjenesten i kommunene (fastleger, legevakt og pleie- og omsorgstjenesten).

På bakgrunn av dette foreslår departementet følgende betalingsmodell for kjernejournal i 2023:

- Regionale helseforetak skal betale 55,1 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av kjernejournal. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.
- Kommuner skal betale 53,1 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av kjernejournal. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.

Beløpene er oppgitt uten merverdiavgift og i 2022-kroner og vil bli prisjustert.

Betaling for e-resept

Regionale helseforetak og kommuner betaler fra 1. januar 2022 Norsk helsenett SF for forventede kostnader til forvaltning og drift av e-resept. Apotek og bandasjist betaler fra samme tidspunkt. Departementet foreslår ingen endringer i betalingen for e-resept i 2023 utover ordinær prisjustering.

E-resept er tilgjengeliggjort fra Norske helsenett SF og tatt i bruk av aktørene i helse- og omsorgssektoren i stort omfang. E-resept er innført i sykehusene og i stor grad tatt i bruk av de største rekvirentene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fastlegene og legevakt. Fastlegene står for en betydelig andel av rekvirering av e-resepter. E-resept er i begrenset grad tatt i bruk av rekvirenter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. E-

resept har tallfestede gevinster både for pasienter, rekvirenter og apotek. Særlig pasientene har betydelige gevinster av e-resept, både direkte gjennom tidsgevinster og økt pasientsikkerhet.

For regionale helseforetak omfatter den forskriftsfestede betalingen for e-resept avtalespesialistene som del av spesialisthelsetjenesten, og for kommunene fastlegene som en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet legger vekt på at fordeling av kostnader skal reflektere aktørenes ansvar for pasientbehandlingen og i tillegg ta hensyn til gevinster av løsningene.

Departementet vurderer at gevinstene av løsningen er omtrent likt fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunal helse- og omsorgstjenesten, selv om ikke alle rekvirenter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten benytter e-resept. Det er bakgrunnen for at departementet foreslår at betalingen for e-resept innenfor gjeldende prismodell fordeles likt mellom regionale helseforetak og kommuner.

Plikten for apotekene og bandasjistene til å betale for e-resept er knyttet til virksomhetenes nytte av løsningen. Den samfunnsøkonomiske analysen som ble gjennomført i sammenheng med etablering av e-resept og som ble oppdatert på noen områder i 2019, anslår at 11 prosent av den kvantifiserte nytten av løsningen tilfaller apotek og bandasjist. På bakgrunn av dette foreslår departementet at apoteket og bandasjist også i 2023 skal betale 11 prosent av kostnadene til drift og forvaltning av e-resept.

Departementet foreslår følgende betalingsmodell for e-resept i 2023:

- Regionale helseforetak skal betale Norsk helsenett SF 55,5 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.
- Kommuner skal betale Norsk helsenett SF 55,5 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.
- Apotek og bandasjister skal betale Norsk helsenett SF 13,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles på virksomhetene basert på oppslag i resept som fører til faktisk salg. Med bandasjist menes virksomhet som nevnt i reseptformidlerforskriften § 1-3 nr. 6.

Beløpene er oppgitt uten merverdiavgift og i 2022-kroner og vil bli prisjustert.

Betaling for helsenorge.no

Departementet viser til at regionale helseforetak og kommuner fra 1. januar 2022 er pålagt å betale Norsk helsenett SF for årlige forventede kostnader til forvaltning og drift av helsenorge.no.

Helsenorge.no gir store gevinster for innbyggere og pasienter og er viktig for å styrke befolkningens helsekompetanse og pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse. Norsk helsenett SF har plikt til å gjøre helsenorge.no tilgjengelig både for innbyggere og for helseforetak, kommuner og andre helsevirksomheter som ønsker å benytte løsningen.

Departementet legger vekt på at helsenorge.no skal være innbyggernes hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett. Alle innbyggere har gjennom helsenorge.no tilgang til generelle råd om helse og livsstil, og kvalitetssikret informasjon om behandlinger, rettigheter og kliniske studier. Ved å logge seg inn får innbyggerne tilgang til tjenester som hjelper dem å følge opp egen helse. Helsenorge.no har et omfattende tilbud av informasjon og tjenester som er en del av det generelle helsetjenestetilbudet og støtter både helseforetak og kommuner i å oppfylle sørge-for-ansvaret. Virksomhetene får tilgang til en plattform og en sikker kanal for kommunikasjon med innbyggerne. Både regionale helseforetak og kommuner benytter og tilbyr allerede i stor grad løsninger på helsenorge.no til pasienter og brukere.

På sikt skal alle innbyggere som ønsker det, ha mulighet for selvbetjening av behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom helsenorge.no. Det er også tjenester på helsenorge.no som ikke inngår i obligatorisk samfinansiering, men som faktureres aktørene som benytter tjenestene. Det gjelder felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten som faktureres regionale helseforetak, Helfo-tjenester som faktureres Helsedirektoratet og tjenester for helseregistre og forskning som faktureres Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, regionale helseforetak og andre brukere av tjenestene.

Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har gevinster av tjenestetilbudet på helsenorge.no, både som rene informasjonstjenester til innbyggerne og innloggingstjenester. Med utgangspunkt i målet om at helsenorge.no skal være pasientenes felles inngangsport til offentlige helse- og omsorgstjenester på internett er departementets utgangspunkt at regionale helseforetak og kommuner bør, innenfor gjeldende prismodell, betale halvparten hver av kostnadene til forvaltning og drift. Departementet mener likevel at betalingen i en overgangsperiode bør ta hensyn til at spesialisthelsetjenesten i større grad bruker tjenester på helsenorge.no enn den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I 2023 foreslår departementet at regionale helseforetak skal betale en større del av kostnadsveksten til forvaltning og drift av helsenorge.no enn kommunene fordi helseforetakene foreløpig benytter løsningen i større grad og derfor potensielt har større gevinster av løsningen. Departementet foreslår at kostnadsveksten på 99,4 mill. kroner til forvaltning og drift av helsenorge.no i perioden 2021 til 2023 fordeles slik at regionale helseforetak betaler 55 prosent og kommuner 45 prosent av kostnadsveksten i 2023. I 2022 betalte regionale helseforetak 60 prosent og kommuner 40 prosent av kostnadsveksten. Endringen i fordeling er ikke basert på faktisk bruk, men tar hensyn til at kommunens bruk øker og at flere nye tjenester på helsenorge.no er rettet mot kommunene.

Departementet foreslår følgende betaling for helsenorge.no i 2023:

- Regionale helseforetak skal betale til Norsk helsenett SF 151 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøklerne i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetakene.
- Kommuner skal betale til Norsk helsenett SF 141 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter

delkostnadsnøkkel for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.

Beløpene er oppgitt uten merverdiavgift og i 2022-kroner og vil bli prisjustert.

3.2 Endringer i meldingsstandarder

3.2.1 Innledning

Det er ønskelig at helsetjenesten i størst mulig grad bruker standarder ved elektronisk utveksling av meldinger. Elektronisk meldingsutveksling skal understøtte sammenhengende pasientforløp. Informasjon skal på denne måten følge pasienten når ansvaret for oppfølging og helsehjelp flyttes mellom de ulike aktørene i helse- og omsorgstjenesten.

I samsvar med anbefalinger fra Direktoratet for e-helse, foreslår departementet at Epikrise v1.2 (HIS 80226:2014) skal bli obligatorisk for kommunale helse- og omsorgstjenester, ikke bare for spesialisthelsetjenesten som den er i dag. Forslag til endring av Epikrise v1.2 er begrunnet i behovet for samhandling og helsetjenestens plikt til å skrive epikrise når en pasient skrives ut fra en institusjon, jf. helsepersonelloven § 45a.

I tillegg foreslår departementet at Utskrivningsrapport v1.6 (HIS 1148:2014) som i dag kun er anbefalt, gjøres obligatorisk. Det vil være i samsvar med kravene til øvrige pleie- og omsorgsmeldinger som allerede er obligatoriske.

3.2.2 Epikrise v1.2 (HIS 80226:2014)

Ansvarsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, med et bredt spekter av helsetjenester, medfører mange pasientforløp på tvers av virksomheter og virksomhetsnivå. Felles for helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten er at de må ha tilgang til relevante helseopplysninger for å gi pasientene forsvarlig helsehjelp.

En utfordring er at kommunale helse- og omsorgstjenester mangler standardisert metode for utveksling av informasjon om pasienter som behandles ved kommunale institusjoner.

Helse- og omsorgstjenesten har gitt tilbakemelding om at å forskriftsfeste en plikt til gitte standarder er et virkemiddel for at leverandørene skal utvikle nødvendig funksjonalitet i systemene for elektronisk pasientjournal. Kartleggingen viser at når meldinger ikke er obligatoriske, utvikles ofte lokale elektroniske løsninger som fører til at ikke-standardiserte meldinger sendes, eller at obligatoriske meldinger brukes til andre formål enn det som er hensikten. Helsepersonell må ofte i tillegg bruke telefon og papir der digital kommunikasjon kunne ha vært mer hensiktsmessig.

Et stort antall innbyggere mottar i løpet av et år helsetjenester i form av innleggelser både i kommunale institusjoner og i spesialisthelsetjenesten. Ved utskrivning av pasienten er det behov for å formidle relevante helseopplysninger til annet helsepersonell.

Helsepersonelloven § 45a pålegger å sende en epikrise (sammendrag av journalopplysninger) når pasienten utskrives fra helseinstitusjon. Epikrisen skal blant annet

sendes til pasientens fastelege og annet helsepersonell som skal følge opp pasienten. I dag er det et krav at spesialisthelsetjenesten bruker standard for epikrise. Flere kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder sykehjem, plikter å motta slik melding. Det er behov for at også kommunale helseinstitusjoner omfattes av samme standardkrav som spesialisthelsetjenesten til å sende epikrisemelding. Departementet foreslår derfor at forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 6 nr. 3 endres slik at kravet om å sende epikrise i hht standarden HIS 80226:2014 også omfatter kommunale helseinstitusjoner, på lik linje med plikten spesialisthelsetjenesten har i dag.

Tiltaket forventes å ha samfunnsøkonomisk lønnsomhet gjennom å bidra til enklere og raskere utveksling av pasientinformasjon og til en positiv effekt på pasientsikkerheten. Endringen understøtter krav til etterlevelse av plikten etter helsepersonelloven § 45a for hele helse- og omsorgstjenesten.

Det er særlig kommunenes tjenester for øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) som endringene i forskriften kan ha konsekvenser for.

Da flere leverandører må utvikle funksjonalitet for denne standarden og virksomheter må oppdatere sine pasientjournalssystemer, foreslår departementet at denne endringen ikke trer i kraft før 1. januar 2024.

3.2.3 Utskrivningsrapport v1.6 (HIS 1148:2014)

Flere helsereformer bl.a. Samhandlingsreformen har endret ansvarsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Reformen med tilhørende forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter har medført at spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har inngått samarbeidsavtaler. Avtalene inneholder også krav til bruk av elektroniske meldinger.

Utskrivningsrapport er en viktig del av samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene. I samarbeidsavtalene står det at den skal sendes utskrivningsdagen for pasienter som skal følges opp av kommunal helse- og omsorgstjeneste. Standarden om utskrivningsrapport er i dag anbefalt, men alle aktører benytter seg av den.

Departementet foreslår at forskriften endres slik at Utskrivningsrapport v1.6 (HIS 1148:2014) blir obligatorisk å sende for helseforetak og private sykehus. Kommuner plikter å kunne motta slik melding. Endringen er i samsvar med dagens praksis. Helseforetak og private sykehus sender slike meldinger allerede i dag og kommunene mottar, men det at standarden blir obligatorisk vil fjerne enhver tvil om hvilken standard som skal benyttes.

Siden denne standarden brukes av alle relevante virksomheter allerede, foreslår departementet at endringene trer i kraft 1. januar 2023.

4 Administrative og økonomiske konsekvenser

4.1 Endring i betalingen for nasjonale e-helseløsninger

Det foreslås ingen endringer i den samlede betalingen for helsenettt, kjernejournal og e-resept fra 2022 til 2023 utover ordinær prisjustering. Det foreslås imidlertid en endring i fordeling av kostnadene mellom regionale helseforetak og kommuner for helsenorge.no og kjernejournal som innebærer at kommunene betaler en noe større del av kostnadene sammenlignet med 2022. Endringer i betalingen for forvaltning og drift av helsenorge.no, grunndata og helseID øker med 35,0 mill. kroner fra 2022 til 2023. I tillegg kommer ordinær prisjustering. For regionale helseforetak utgjør dette totalt 15,7 mill. kroner og for kommunene totalt 19,3 mill. kroner i økte kostnader i 2023 sammenlignet med 2022. Regionale helseforetak vil fremdeles betale en større andel av kostnadene for kjernejournal og helsenorge.no enn kommunene, men forskjellene er redusert sammenlignet med 2022. For apotek og bandasjist er det ingen endring i betalingen for e-resept utover ordinær prisjustering.

Forslaget til endringsforskrift inneholder tall før prisjustering og beløpene vil derfor bli prisjustert før forskriften fastsettes. Ordinær prisstigning kan tillegges uten forskriftsendring, men siden forskriften likevel endres vil det være mest informativt at de prisjusterte tallene framgår av forskriften. Årlig prisstigning beregnes på bakgrunn av Statistisk sentralbyrås publiserte endring i konsumprisindeks de siste 12 måneder.

4.2 Endring i meldingsstandarder

De økonomiske konsekvensene av endringer i meldingsstandarder vil avhenge av hvilke elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ-systemer) helseinstitusjonene benytter. Basert på undersøkelser gjort av Direktoratet for e-helse, har anslagsvis en tredjedel av kommunene i dag støtte for sending av epikrise i de systemene de benytter. En forskriftsendring vil ikke medføre økte kostnader for disse kommunene. Det gjelder også for kommuner som har vedlikeholdsavtale for EPJ-systemene som inkluderer oppgraderinger til nye meldingstyper som forskriftsfestes. For øvrige kommuner anslås kostnaden på mellom 35 og 50 øre per innbygger. Anslagene er basert på erfaringstall fra Oslo kommune og kommunesamarbeidet Søre Sunnmøre IKT. For Oslo koster det rundt 250 000 kroner å ta i bruk en ny meldingstype. For de syv kommunene i Søre Sunnmøre IKT-samarbeidet koster det tilsammen 25 000 kroner. Pris per kommune vil avhenge av antall innbyggere, og det antas at store kommuner vil ha en lavere kostnad per innbygger enn små. Med utgangspunkt i et samlet innbyggertall på 5,5 mill. kan totalkostnaden anslås til mellom 1,9 og 2,7 mill. kroner for hele landet. Kommunene må dekke eventuelle kostnader innenfor eksisterende rammer.

Når det gjelder forskriftsfesting av dagens anbefalte standard for utskrivningsrapport, er dette en forskriftsfesting av eksisterende praksis for informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommuner som ikke vil ha økonomiske og administrative konsekvenser for eksisterende virksomheter. Formålet med å forskriftsfeste standarden er å hindre misforståelser og sikre at eventuelle nye leverandører tar i bruk standarden.

Forslag til forskriftsendringer

Forslag til endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger:

§ 6 første ledd nr. 3 skal lyde:

Helseinstitusjoner skal ved sending av epikriser etter helsepersonelloven § 45a benytte epikrisemelding som angitt i HIS 80226:2014. Virksomheter som yter allmennlegetjenester, helseforetak og private sykehus samt virksomheter som yter tjenester som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 og § 3-6 nr. 2 plikter å kunne motta slik melding.

§ 6 første ledd ny nr. 18 skal lyde:

Helseforetak og private sykehus skal ved sending av utskrivningsrapport til kommunen bruke melding som angitt i HIS 1148:2014. Kommuner plikter å kunne motta slik melding.

§ 13 andre og tredje ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 74,6 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet og 38,7 mill. kroner årlig til drift av grunndata og helseID. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 72,1 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet og 38,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av grunndata og helseID. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

§ 14 første og andre ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 55,1 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 53,1 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

§ 16 første og andre ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 151,0 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på det enkelte regionale

helseforetak etter fordelingsnøklerne i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF *141,0 mill. kroner* årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.