

Helse- og omsorgsdepartementet

Høring

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

Høringsfrist: 10. november 2023

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	4
3	Evaluering av prismodellen	5
3.1	Erfaringer med dagens prismodeller	5
3.2	Norsk helsenett SFs vurdering og anbefaling	6
4	Departementets vurderinger og forslag	8
4.1	Virksomhetenes plikt til å betale for forvaltning og drift	8
4.1.1	Generelt om beregning av kostnader og fastsetting av betaling	9
4.1.2	Betaling for helsenettet	12
4.1.3	Betaling for Nasjonal kjernejournal	14
4.1.4	Betaling for e-resept	16
4.1.5	Betaling for helsenorge.no	18
4.2	Nærmere om plikt til bruk av nasjonal kjernejournal i kommunale sykehjem og hjemmebaserte tjenester	19
5	Administrative og økonomiske konsekvenser	20
	Forslag til forskriftsendringer	21

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag til endringer i forskrift 1. juli 2015 nr. 853 om standarder og nasjonale e-helseløsninger. Departementet foreslår, på bakgrunn av evaluering av prismodellene og vekst i kostnader til forvaltning og drift, endringer i beløpene som virksomheter skal betale for de fire nasjonale e-helseløsningene; helsenettet med grunndata og helseID, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. Betalingen skal også omfatte pasientens prøvesvar som del av kjernejournal og velferdsteknologisk knutepunkt som del av helsenettet.

Samlet er kostnadsveksten fra 2023 til 2024 anslått til 170 mill. kroner. Den viktigste årsaken til kostnadsveksten, er økt bruk og innføring av de nye tjenestene sentral forskrivningsmodul som del av e-resept, pasientens prøvesvar som del av kjernejournal og velferdsteknologisk knutepunkt som del av helsenettet. Departementet foreslår endringer i betalingen for å dekke inn kostnadsveksten. Videre foreslår departementet en mindre justering i prismodellene for alle de nasjonale e-helseløsningene som påvirker fordeling av kostnadsveksten mellom aktørene som betaler for løsningene.

Forslaget innebærer en økning i betalingen fra 2023 til 2024 på totalt 64,5 mill. kroner for regionale helseforetak og 83,6 mill. kroner for kommunene, før prisjustering. Den samlede betalingen for apotek og bandasjist blir noe redusert på grunn av endringer i prismodellen for e-resept. Det er også gjort endringer i prismodellen for helsenettet, inkludert helseID og grunndata, som påvirker betalingen for alle som betaler for denne løsningen.

Forslagene til endring i betaling er basert på tallgrunnlaget fra Norsk helsenett SF, evalueringen av prismodellene, vurderingen fra det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger og drøftinger i Nasjonalt e-helseråd.

Årlige endringer i betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene, med unntak for ordinær prisstigning, skal fastsettes gjennom endringer i forskriften. Det er etablert et system der det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger vurderer tallgrunnlaget fra Norsk helsenett SF for beregnede kostnader til forvaltning og drift, og der fordeling av kostnadsveksten (prismodellene) drøftes i den nasjonale rådsmodellen. Videre skal vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, synliggjøres og behandles i rådsmodellen. Endringene i kostnader for kommunal sektor drøftes i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS. Forslag til endringsforskrift inneholder tall før prisjustering, og beløpene vil derfor bli prisjustert før forskriften fastsettes. Norsk helsenett SF skal gjøre årlige vurderinger av mulige endringer i prismodellen, legge til rette for økt forutsigbarhet for aktørene og bidra til videreutvikling av måling og evaluering av nytte.

Kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester har i dag ikke plikt til å ta i bruk nasjonal kjernejournal. Departementet vil i 2024 vurdere om også kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester skal ha plikt til bruk av nasjonal kjernejournal.

Høringsfristen er 10. november 2023.

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 kan pålegges å betale for forvaltning og drift av helsenettet.

Videre følger det at departementet kan gi forskrift om det nærmere innholdet i 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.

2.2 Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger §§ 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 §§ 9 til 12 regulerer plikt til bruk av e-helseløsningene.

Forskriften § 17 fastsetter at Norsk helsenett SF kan øke betalingen uten forskriftsendringer tilsvarende forventet prisstigning. Prisstigningen beregnes på bakgrunn av SSBs publiserte endring i konsumprisindeks de siste 12 måneder.

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 ivaretar sekretariatsfunksjonen. 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 Evaluering av prismodellen

Departementet viser til at det er etablert en modell med obligatorisk samfinansiering av forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger. Formålet med finansieringsmodellen er å sikre en bærekraftig finansiering av kostnadene til forvaltning og drift og stimulere aktørene til å ta løsningene i bruk. Stortinget sluttet seg til prinsippet om obligatorisk samfinansiering ved behandling av Prop. 3 L (2021-2022) og gjorde samtidig følgende vedtak:

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 har fulgt opp vedtaket gjennom oppdrag til Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse. Norsk helsenett har gjennomført evalueringen i dialog med aktørene som betaler for løsningene og med bidrag fra Direktoratet for e-helse.

I evalueringen er det lagt til grunn at finansieringsmodellen med obligatorisk samfinansiering av de samlede kostnadene til forvaltning og drift skal videreføres. Det gjelder også hvilke aktører som er pliktige til å bruke og betale for løsningene, at kommuner betaler for fastleger og regionale helseforetak for avtalespesialister, at apotek og bandasjist skal betale for e-resept og at innbygger og pasienter ikke skal betale.

3.1 Erfaringer med dagens prismodeller

Dagens prismodell er basert på fastpris og på fordelingsnøkler som er basert på kommuner og regionale helseforetaks ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester. I tillegg er det tatt hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk. For apotek og bandasjist er betalingen basert på en overordnet vurdering av nytten. Norsk helsenett har i dialogen med aktørene fått innspill om at det er behov for større forutsigbarhet, bedre samsvar mellom nytte og betaling uten å straffe de som går foran, og større kontroll for aktørene over kostnadsutviklingen.

Kommunene er opptatt av at det skal være sammenheng mellom betaling og realisering av nytte og ønsker mer innsikt i nytten som virkemiddel for å bredde ut løsninger og realisere gevinster. Regionale helseforetak ønsker at nyttevurderinger skal holdes på et overordnet nivå og mener at alternativet kan bli en teoretisk øvelse som gir grunnlag for spillsituasjoner og liten vilje til å betale for løsninger som ikke gir direkte effekt på bunnlinjen.

Direktoratet for e-helse har fått gjennomført en kartlegging av tilgjengelig kunnskap om bruk av løsningene som konkluderer med at det finnes relativt omfattende og grundige analyser av nytten av flere av løsningene. Det finnes også mye data om bruk av løsningene, men disse er i liten grad tilrettelagt for bruk i gevinstrealisering og nyttestyring. Det betyr at det for eksisterende tjenester ikke er tilstrekkelig grunnlag for å bruke nytte som grunnlag og for å fordele kostnader på mer detaljert nivå. Dette må også ses i sammenheng med at finansieringsmodellen bygger på prinsippet om obligatorisk samfinansiering og ikke er direkte knyttet til faktisk bruk og nytte av løsningene for den enkelte virksomhet. For eksempel tar fordelingen av kostnadene mellom kommunesektoren og regionale helseforetakene utgangspunkt i en kombinasjon av potensialet for å ta løsningene i bruk og ansvaret for å tilby tjenester, mens fordelingen mellom kommunene er basert på en fordelingsnøkkel i inntektssystemet for kommunene og ikke tar hensyn til bruk. For nye tjenester som pasientens prøvesvar og sentral forskrivningsmodul pågår det vurderinger av nytte. KS har også fått gjennomført flere kartlegginger som synliggjør nytten av løsningene.

3.2 Norsk helsenett SFs vurdering og anbefaling

Norsk helsenett SF har med utgangspunkt i forutsetningen om obligatorisk samfinansiering vurdert ulike prismetoder (fastpris, variabel pris eller en kombinasjon) og fordelingsnøkler (basert på økonomi/størrelse, skjønnsmessig fordeling basert på ansvar og/eller nytte og fordeling basert på bruk):



Prismetoder og fordelingsnøkler er vurdert med utgangspunkt i om de fremmer bruk, bidrar til forutsigbarhet for aktørene, er enkle å forvalte og tar hensyn til aktørenes nytte og bruk av løsningene. Videre er det med utgangspunktet i forutsetningen om obligatorisk samfinansiering, lagt vekt på at prismodellene må ta hensyn til samfunnsøkonomisk nytte av løsningene, ikke kun ren bedriftsøkonomisk lønnsomhet for aktørene.

Norsk helsenett foreslår med utgangspunkt i en samlet vurdering mindre justeringer for alle løsningene og prismodeller for nye tjenester integrert i kjernejournal (pasientens

prøvesvar), e-resept (sentral forskrivningsmodul) og helsenettet (velferdsteknologisk knutepunkt):

- E-resept: Videreføre dagens prismodell basert på en skjønnsmessig fordeling med en noe lavere fordelingsnøkkel enn i dag for kommuner (43,5 prosent), regionale helseforetak (43,5 prosent) og Apotek/bandasjist (10 prosent). Helsedirektoratet/Helfo (2 prosent) og Statens legemiddelverk (1 prosent) pålegges betaling (utenfor forskrift). Kostnadene for den nye tjenesten sentral forskrivningsmodul anbefales fordelt likt mellom kommuner og regionale helseforetak. Øvrige aktører bruker ikke denne modulen.
- Kjernejournal: Etablere en hybrid modell for fordeling mellom kommuner (45 prosent) og regionale helseforetak (55 prosent) som tar hensyn til omfang av bruk med årlig justering i fordelingsnøkler basert på innføringstakten i kommunesektoren. For Pasientens prøvesvar som ny tjeneste foreslås en skjønnsmessig fordeling mellom regionale helseforetak (70 prosent) og kommuner (30 prosent) som tar hensyn til at regionale helseforetak er største bruker.
- Helsenorge.no: Videreføre dagens prismodell basert på skjønnsmessig fordeling, men med endret fordelingsnøkkel slik at kommuner og regionale helseforetak dekker halvparten hver av kostnadene. I tillegg har helsenorge.no tjenester som faller utenfor samfinansieringsmodellen og som betales av brukerne.
- Helsenettet, inkludert grunndata og helseID: Videreføre skjønnsmessig fordeling mellom kommuner, regionale helseforetak og øvrige aktører (en tredjedel hver). Inkludere kostnadene for grunndata og helseID for øvrige aktører (betaler ikke for dette i dag) og fordele kostnadene likt mellom kommuner, regionale helseforetak og øvrige aktører. Kostnadene til Velferdsteknologisk knutepunkt som ny tjeneste på helsenettet foreslås fordelt mellom kommuner (95 prosent) og regionale helseforetak (5 prosent). Fordelingen mellom kommuner foreslås basert på en hybrid prismodell der alle kommuner betaler for halvparten av kommunesektorens betaling basert på innbyggertall og kommunene som har tatt tjenesten i bruk betaler for den andre halvparten basert på innbyggertall.

Norsk helsenett foreslår også at det i sammenheng med videre utvikling av prismodellene vurderes endringer i pasientjournalloven som gjør det mulig å pålegge betaling fra private aktører for andre løsninger enn helsenettet.

I tillegg foreslår Norsk helsenett at det årlig skal vurderes endringer i prismodellene, legges til rette for økt forutsigbarhet, og at måling og evaluering av nytte skal videreutvikles. Norsk helsenett peker i rapporten på flere tiltak som kan bidra til dette. I rapporten viser Norsk helsenett også til pågående arbeid i regi av Direktoratet for e-helse for å videreutvikle arbeidet med å måle og evaluere nytte.

Norsk helsenetts arbeid med evaluering og justering av prismodellene ble behandlet i Nasjonalt utvalg for IT-prioriteringer (NUIT) 16. februar og i Nasjonalt e-helseråd 16. mars 2023.

4 Departementets vurderinger og forslag

4.1 Virksomhetenes plikt til å betale for forvaltning og drift

Regionale helseforetak og kommuner fikk fra 1. januar 2022 en forskriftsfestet plikt til å betale Norsk helsenett SF for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene helsenetten, e-resept, Nasjonal kjernejournal og helsenorge.no. Plikten til betaling for regionale helseforetak og kommuner gjelder uavhengig av om løsningene faktisk er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomhet. I tillegg skal fylkeskommuner og andre virksomheter som har inngått avtale om tilkobling til helsenetten, betale for helsenetten. Videre ble apotek og bandasjister pålagt å betale for e-resept. Flere statlige etater betaler også for drift og forvaltning av løsningene og faktureres direkte uten at det fremkommer av forskriften.

Departementet viser 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. De nasjonale løsningene er viktige for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne oppfylle sitt ansvar. Betalingen baseres på en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale e-helseløsninger som kommer pasientene til gode og som i tillegg tar hensyn til virksomhetenes bruk og nytte av løsningene. Departementet legger vekt på at betalingsmodellen bør være enkel å forvalte, stabil over tid, reflektere mulige gevinster og stimulere til bruk av fellesløsninger. Kostnadsfordelingen bør videre gi en relativt rettferdig fordeling av den økonomiske byrden og i rimelig grad reflektere fordelingen av gevinster mellom aktørene. Budsjettene og antall årsverk for de to tjenestenivåene er om lag av samme størrelse, og det er i tillegg tatt hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk. For apotek og bandasjisters betaling for e-reseptløsningen, skal betalingen så langt det er mulig baseres på en vurdering av nytten virksomhetene har av løsningen.

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 vil i mange tilfeller være 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 henger sammen med ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester til befolkningen og skal være et viktig grunnlag for å fastsette fordelingen mellom aktørene.

Fordelingen av kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger mellom de regionale helseforetakene, tar utgangspunkt i fordelingsnøkklene 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. Se nærmere omtale under punkt 4.1.2 når det gjelder tjenesten velferdsteknologisk knutepunkt. Fordeling av kostnadene mellom apotekene og mellom bandasjistene baseres på oppslag i e-resept som fører til salg.

Både kommuner og regionale helseforetak ble ved innføring av betalingsplikten fra 1. januar 2022 kompensert for alle eksisterende kostnader til forvaltning og drift av kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Kommuner og regionale helseforetak ble også kompensert for en tredjedel av kostnadsveksten i 2022 og 2023. Kommunene ble i tillegg kompensert for alle eksisterende kostnader til forvaltning og drift av helsenettet. Kompensasjonen er fordelt mellom kommuner etter samme fordelingsnøkler som betalingen.

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 en politisk konsultasjon om våren og i det bilaterale konsultasjonsmøtet mellom departementet og KS om høsten. Videre har Direktoratet for e-helse fått i oppdrag å legge opp til et årshjul for den nasjonale rådsmodellen for e-helse som er tilpasset forankrings prosessene mellom KS og regjeringen. Direktoratet skal også 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. Se nærmere omtale av evalueringen av prismodellene i kapittel 3 og departements vurdering under punkt 4.1.2 til 4.1.5.

4.1.1 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 kommende år, Norsk helsenett SFs evaluering og forslag til justering av prismodellene, og vurderingen fra det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger. Kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger ble også drøftet i Nasjonalt e-helseråd 23. juni 2023. Videre har Direktoratet for e-helse vurdert Norsk helsenett SFs forslag kostnadsfordeling og stiller seg bak anbefalingene. Direktoratet viser til at det ikke er full enighet blant aktørene om forslaget til fordeling av kostnadsveksten, men at sektoren i stor grad støtter arbeidet som er gjort og mener at evalueringsprosessen har vært god.

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 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. Forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene omfatter blant annet produkt- og applikasjonsledelse, versjonshåndtering, bruker- og kundehenvendelser, 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 forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 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 er å bidra til størst mulig enighet om tallgrunnlaget, er det ikke en forutsetning at utvalget blir enige om konklusjonene. Der aktørene har ulikt syn, skal dette gå fram av rapporten til departementet.

Departementet viser også til at det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger 28. april i år leverte vurderinger av prognosene for kostnadsnivå til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene i 2024. Utvalget har kvalitetssikret tallgrunnlaget og vurdert kostnadsveksten, og legger dette til grunn for finansieringsbehovet i 2024. Utvalget ser at den strategiske satsingen på digitale løsninger medfører betydelige kostnadsøkninger både i 2023 og 2024. Flere av medlemmene uttrykte bekymring for kostnadsveksten, men utvalget har også påpekt at de nasjonale e-helseløsningene bidrar til en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste.

Norsk helsenett SF presenterte det samlede kostnadsnivået slik for utvalget:

Tabell 1.: Kostnadsutviklingen for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger 2021-2024, mill. kroner

Nasjonale e-helseløsninger og Helsenettet 2021 – 2024				
MNOK	2021**	Forskrift 2022	Forskrift 2023	Estimat 2024*
Helsenorge	217	264	312	330
Kjernejournal	89	108	116	142
E-resept	122	125	133	200
Grunndata og HelseID	98	70	82	113
Sum	526	567	643	785
Helsenettet	240	246	263	292
Sum	766	813	907	1 077

*Estimater Norsk helsenett har lagt fram for den nasjonale rådsmodellen og teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger våren 2024. Estimaten inkluderer også kostnader til forvaltning og drift av pasientens prøvesvar, sentral forskrivningsmodul og velferdsteknologisk knutepunkt.

**Tallene for 2021 er ikke helt sammenlignbare med tallene i perioden 2022-2024 fordi elementer er trukket ut av den forskriftsfestede betalingsplikten for helsenorge.no og faktureres forvaltningen direkte.

I utvalgets møter våren 2023 er det kommet innspill om at utvalget i løpet av høsten bør drøfte teknisk gjeld og risiko, utvalgets rolle med hensyn til kostnadsøkninger og kostnadsnivå, og muligheter for å gjøre en «bench-mark» av kostnadene til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Kommunal sektor ønsker i tillegg at tallgrunnlaget skal få tydeligere fram skillet mellom kostnadsdrivere for fastlegetjenesten og resten av kommunal sektor.

Norsk helsenett har også lagt fram evalueringen og forslag til justeringer i prismodellene for det tekniske beregningsutvalget.

Kostnadene til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene ble drøftet i Nasjonalt e-helseråd den 23. juni 2023. Den totale kostnadsveksten oppfattes som krevende av aktørene i sektoren. Aktørene uttrykte ønske om forutsigbarhet når det gjelder kostnadskonsekvenser ved investeringsbeslutninger. Flere aktører påpekte også viktigheten av en finansieringsmodell som gir rom for videreutvikling hos tjenesteleverandør.

Fastsetting av betalingen

Betalingen fastsettes 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 SF 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. 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 den nasjonale rådsmodellen for e-helse, og det tekniske beregningsutvalget.

Departementet viser videre til at Stortinget har bedt om at de årlige endringene i kostnader for kommunal sektor drøftes i konsultasjonsordningen med KS. Det er gjennomført et politisk møte 15. juni 2023 som vil bli fulgt opp i det bilaterale konsultasjonsmøtet mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2023.

4.1.2 Betaling for helsenettet

Regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner har fra 1. januar 2022 plikt til å betale Norsk helsenett SF for kostnader til forvaltning og drift av helsenettet. Alle andre virksomheter, som har inngått avtale om tilkobling til helsenettet, skal også betale for løsningen.

Grunndata og helseID har inngått som komponenter i betalingen for regionale helseforetak og kommuner siden plikt til betaling ble innført i 2022. Departementet foreslår at alle brukere av helsenettet skal betale for disse komponentene fra 1. januar 2024. I tillegg gjøres det en justering i kostnadsfordelingen mellom regionale helseforetak, kommuner og øvrig aktører slik at disse aktørgruppene betaler en tredjedel hver av kostnadene, inkludert kostnadene for grunndata og helseID. Det innebærer at regionale helseforetak og kommuner betaler en mindre andel av kostnadene til grunndata og helseID enn i 2023, og en noe større andel av kostnadene til helsenettet. For øvrig aktører innføres det betaling for grunndata og helseID, samtidig som andelen av betalingen for helsenettet reduseres noe.

Departementet viser til at elementer av grunndata i dag brukes av de aller fleste virksomheter både i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Grunndata er viktig for pasientsikkerheten og for å tilrettelegge 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, har økt i kommunesektoren. Forslaget er en oppfølging av evalueringen av prismodellene og i tråd med Norsk helsenett SFs anbefaling.

Departementet foreslår videre at velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) etableres som en tjeneste tilknyttet helsenett og inkluderes iplikten til betaling fra 1. januar 2024. Dette er en forutsetning for videre statlig drift av knutepunktet, jf. punkt 3.2 i høringsnotat av 27. oktober 2022 om «Pasientens prøvesvar i nasjonal kjernejournal mv. - endringer i pasientjournalloven»:¹

Departementet vil, som ledd i den årlige høringen av endring i betalingen for de nasjonale e-helseløsningene høsten 2023, foreslå at velferdsteknologisk knutepunkt innlemmes i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger med plikt til betaling og bruk av

¹ [Pasientens prøvesvar \(regjeringen.no\)](https://regjeringen.no)

knutepunktet fra 1. januar 2024, jf. pasientjournalloven § 8. I denne sammenheng vil det vurderes unntak fra plikten til bruk. Knutepunktet vil foreslås innlemmet i forskriften som en del av helsenettet i §§ 9 og 13.

Departementet finner ikke at vilkårene for plikt til bruk av velferdsteknologisk knutepunkt er oppfylt, og departementet foreslår unntak for plikt til bruk av denne tjenesten. Det vises for øvrig til nærmere omtale av knutepunktet og hjemmelsgrunnlaget for dette i ovennevnte høringsnotat.

Departementet foreslår at kommunene skal betale 95 prosent av kostnadene til forvaltning og drift av knutepunktet i 2024 og at regionale helseforetak skal betale resterende 5 prosent av kostnadene. Knutepunktet er en tjeneste som primært er rettet mot kommunene. I dag er det kun kommuner som benytter tjenesten og det er kommunenes bruk av tjenesten som er grunnlaget for kostnadsfordelingen. Det innebærer også at det er innføring for nye kommuner og utvikling av nye integrasjoner for kommunene som prioriteres av Norsk helsenett SF. Det pågår imidlertid et prosjekt der Nordlandssykehuset prøver ut knutepunktet for å journalføre informasjon fra velferdsteknologiløsninger. Det pågår også utprøving av datadeling med digital hjemmeoppfølging som en del av Program digital samhandling, men dette er utviklingsarbeid som ikke er overført til forvaltning. Prismodellen for knutepunktet, inkludert fordeling mellom regionale helseforetak og kommuner, vil bli vurdert årlig og justert med utgangspunkt i endringer i funksjonalitet og bruk av løsningen.

Departementet foreslår følgende betaling for helsenettet i 2024:

- Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 88,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet, 37,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av grunndata og helseID og 1,4 mill. kroner til forvaltning og drift av velferdsteknologisk knutepunkt. 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 88,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet og 37,7 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. I tillegg skal kommunene betale 25,7 mill. kroner til forvaltning og drift av velferdsteknologisk knutepunkt. Den ene halvparten av betalingen for velferdsteknologisk knutepunkt fordeles mellom alle kommuner etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse, og den andre halvparten fordeles mellom kommunene som har tatt tjenesten i bruk basert på delkostnadsnøkkel for kommunehelse.
- Øvrige medlemmer, inkludert fylkeskommunene, skal betale Norsk helsenett SF et fast beløp på 1 570 kroner per måned per virksomhet til forvaltning og drift av helsenettet, inkludert grunndata og helseID. Samlet sett tilsvarer dette en tredjedel av kostnadene til forvaltning og drift av helsenettet, inkludert grunndata og helseID

Forslaget innebærer at eksisterende ordning for fordeling mellom kategorien øvrige medlemmer i helsenettet videreføres som i dag og at fylkeskommunene inkluderes i denne kategorien. Det tas sikte på å gjøre større endringer fra 2025. Norsk helsenett SF arbeider med å utforme en mer differensiert betaling for kategorien øvrige medlemmer, herunder en fast grunnavgift og et variabelt tillegg. Dette skal muliggjøre en mer hensiktsmessig

fordeling av kostnader med utgangspunkt i virksomhetenes størrelse. Det variable tillegget er tenkt basert på en kategorisering av medlemmene som små, mellomstore eller store aktører. Norsk helsenett SF vil gjennom 2023 og 2024 kartlegge virksomhetenes omsetning, årsverk og antall lokasjoner, og gå i dialog med aktørene om disse endringene.

Tabell 2. Kostnadsfordeling for helsenettet, inkl. grunndata, helseID og velferdsteknologisk knutepunkt*

	RHF	Kommuner	Øvrige	Totalt
Helsenettet	88,3	88,3	88,3	**264,9
Grunndata og helseID	37,7	37,7	37,7	113,1
Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)	1,4	25,7	-	27,1
Totalt	127,4	151,7	126,0	405,1

*Beløpene er oppgitt i mill. kroner, uten merverdiavgift og vil bli prisjustert.

** I tabell 5.1 som er hentet fra rapporten fra det tekniske beregningsutvalget er velferdsteknologisk knutepunkt inkludert i dette beløpet.

4.1.3 Betaling for Nasjonal kjernejournal

Regionale helseforetak og kommuner har fra 1. januar 2022 plikt til å betale Norsk helsenett SF for kostnader til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. For regionale helseforetak omfatter den forskriftsfestede betalingen for kjernejournal avtalespesialistene som del av spesialisthelsetjenesten, og for kommunene fastlegene som en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet foreslår at den fordelingen av kostnadene til forvaltning og drift som ble lagt til grunn for betalingen i 2023 videreføres for eksisterende tjenester på kjernejournal, det vil si at regionale helseforetak betaler 55 prosent og kommuner betaler 45 prosent av kostnadene.

Videre foreslår departementet at den nye tjenesten pasientens prøvesvar i nasjonal kjernejournal inngår som en del av betalingen for kjernejournal i 2024. Basert på anbefalingen fra Norsk helsenett, foreslår departementet at regionale helseforetak betaler 70 prosent av kostnadene til forvaltning og drift og at kommunene betaler 30 prosent av kostnadene. Fordelingen er basert på at spesialisthelsetjenesten vil være en større bruker av pasientens prøvesvar enn kommunene. Innføring av betaling for pasientens prøvesvar forutsetter at endringer i forskrift om Nasjonal kjernejournal har trått i kraft. Etter planen er dette 1. januar 2024. Tjenesten vil da være tilgjengelig for helsetjenesten enten via kjernejournal portal eller via direkte integrasjon med kjernejournal.

Departementet legger vekt på at fordelingen skal ta utgangspunkt i ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester og i tillegg skal ta hensyn til bruk og nytte av tjenestene. Det er også i tråd med vedtaket fra Stortinget om at kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Nasjonal kjernejournal er tilgjengeliggjort fra Norsk helsenett SF og tatt i bruk av aktørene i helse- og omsorgsektoren i stort omfang. Kjernejournal er innført ved alle sykehus, alle legevakter og ved alle fastlegekontorene. Kjernejournal har kvantifiserbare gevinster både for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell sparer 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. Pasientens prøvesvar er en ny tjeneste som gjøres tilgjengelig i kjernejournal. Med denne tjenesten blir det for første gang mulig å få en samlet oversikt over pasientens laboratorie- og radiologisvar og gi helsepersonell tilgang til prøvesvar som er rekvirert av andre. Det betyr at tjenesten vil kunne bedre kvaliteten på helsehjelpen og spare tid for helsepersonellet.

Kjernejournal øker i utbredelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter planen til Direktoratet for e-helse vil minst 80 prosent av kommunene ha innført kjernejournal i 2024. KS arbeider for at alle kommuner skal ha tatt i bruk kjernejournal i løpet av 2024.

KS' har fått gjennomført en kartlegging av effekter og barrierer knyttet til bruk av kjernejournal som viser at:

Helsepersonell opplever flere gevinster når kjernejournal blir brukt som arbeidsverktøy av flere i kommunen, men å ta ut nytten krever tid til opplæring og endringsledelse. Det viser en effektstudie Deloitte nylig har gjennomført for KS.

(...)

De største gevinstene ser ut til å være for hjemmetjenesten som har et høyt volum av brukere, og at en stadig større andel av tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten er hjemmeboende. Studien viser også at der hvor kjernejournal har blitt et arbeidsverktøy som benyttes av flere (i behandlingskjeden) oppnår en både kvantitative og kvalitative gevinster. Kjernejournal gir størst nytte når den er tilpasset kommunenes behov.

Departementet foreslår følgende betaling for kjernejournal i 2024:

- Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 68,8 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal, og 11,9 mill. kroner til forvaltning og drift av tjenesten pasientens prøvesvar i 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 56,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal, og 5,1 mill. kroner til forvaltning og drift av tjenesten pasientens prøvesvar i kjernejournal. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

Tabell 3. Kostnadsfordeling mellom RHF og kommuner for Nasjonal kjernejournal*

RHF	Kommuner	Sum
-----	----------	-----

Kjernejournal	68,8	56,3	125,1
Pasientens prøvesvar	11,9	5,1	17,0
Sum	80,7	61,4	142,1

* Beløpene er oppgitt i mill. kroner, uten merverdiavgift og vil bli prisjustert.

4.1.4 Betaling for e-resept

Regionale helseforetak, kommuner, apotek og bandasjister har fra 1. januar 2022 plikt til å betale Norsk helsenett SF for forventede kostnader til forvaltning og drift av e-resept. 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.

I 2024 foreslår departementet at det, basert på evaluering av prismodeller, gjøres endringer i betalingen for e-resept som innebærer at apotek og bandasjist ikke betaler for forskrivningsmodulen (FM). Departementet viser til at virksomhetene ikke benytter denne tjenesten.

Videre foreslår departementet at sentral forskrivningsmodul (SFM) innføres som en ny tjeneste tilknyttet e-resept. Sentral forskrivningsmodul skal erstatte forskrivningsmodulen når denne fases ut og er en forutsetning for at flere av aktørene i helsetjenesten kan ta i bruk pasientens legemiddelliste. Dette gjelder særlig virksomheter i pleie- og omsorgssektoren. I utviklings- og utprøvningsperioden har forvaltningen av SFM vært finansiert av Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF og frivillig samfinansiering fra de regionale helseforetakene. SFM er nå teknisk klar til bruk og breddes løpende for journalleverandører.

Den forskriftsfestede betalingen for forvaltning og drift av e-resept, inkludert sentral forskrivningsmodul, foreslås fordelt likt mellom regionale helseforetak og kommuner (fratrasket betalingen fra apotek og bandasjist). I tillegg vil Helsedirektoratet/Helfo og Statens legemiddelverk fra 2024 bli fakturert for kostnader til forvaltning og drift av løsningen uten at det fremkommer av forskriften. Både Statens legemiddelverk og Helfo bruker e-reseptløsningen og har et ansvar for deler av verdikjeden av e-resept. Helfo bruker for eksempel opplysninger fra reseptformidleren til riktig refusjonsoppgjør. Apotek og bandasjister skal ikke betale for sentral forskrivningsmodul.

Endringene fører til at andelen som regionale helseforetak, kommuner og apotek og bandasjist skal betale for eksisterende tjenester blir noe nedjustert, men at betalingen samlet sett øker for regionale helseforetak og kommuner på grunn av den nye tjenesten sentral forskrivningsmodul.

Departementet legger vekt på at fordeling av kostnader skal reflektere aktørenes ansvar for pasientbehandlingen og i tillegg ta hensyn til gevinster av løsningen. 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 har tallfestede gevinster både for pasienter, rekvirenter og apotek. Særlig pasientene har

betydelige gevinster av e-resept, både direkte gjennom tidsgevinster og økt pasientsikkerhet. 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.

Plikten for apotekene og bandasjistene til å betale for e-resept er knyttet til virksomhetenes nytte av løsningen.

E-resept er i Ot.prp. nr. 52 (2006-2007) punkt 2.1 beskrevet som et helhetlig elektronisk forløp. Både dagens forskrivningsmodul (FM) og sentral forskrivningsmodul er komponenter i e-reseptkjeden som legger til rette for sikker og effektiv elektronisk formidling av resepter og reseptopplysninger. Det fremkommer ikke eksplisitt av ordlyden i pasientjournalloven § 8 og forskriften § 15 at det er en betalingsplikt for virksomhetene for forvaltning og drift av forskrivningsmodulene. Ordlyden i pasientjournalloven § 8 bokstav c åpner imidlertid for at mer enn Reseptformidleren omfattes. Det vises til at det står «elektronisk kommunikasjonskjede for overføring av reseptinformasjon». Sentral forskrivningsmodul er blant annet en del av kommunikasjonskjeden for overføring av reseptinformasjon. Videre vises det til at departementet har hjemmel til å forskriftsfeste det nærmere innholdet i betalingen jf. pasientjournalloven § 8 fjerde ledd bokstav d. Ordlyden i forskriften er heller ikke avgrenset til Reseptformidleren siden det der står «e-resept». Dette taler for at betalingsplikt for forvaltning og drift av e-resept kan omfatte noe mer enn betalingsplikt for forvaltning og drift av Reseptformidleren. Departementet viser også til at sentral forskrivningsmodul skal erstatte dagens forskrivningsmodul og kan sees som er en videreføring av denne. Departementet legger derfor til grunn at sentral forskrivningsmodul er omfattet av løsningen e-resept og kan inngå i den forskriftsfestede plikten til betaling for de nasjonale e-helseløsningene.

Departementet foreslår følgende betalingsmodell for e-resept i 2024:

- Regionale helseforetak skal betale Norsk helsenett SF 91,4 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept, inkludert kostnadene til forvaltning og drift av forskrivningsmodulene (FM og SFM). 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 91,4 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept, inkludert kostnadene til forvaltning og drift av forskrivningsmodulene (FM og SFM). Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.
- Apotek og bandasjister skal samlet betale Norsk helsenett SF 13,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles basert på virksomhetenes oppslag i e-resept som fører til faktisk salg. Med bandasjist menes virksomhet som nevnt i reseptformidlerforskriften § 1-3 nr. 6.

Tabell 4. Kostnadsfordeling mellom RHF, kommuner og apotek og bandasjist for e-resept, inkl. forskrivningsmodulene*

	RHF	Kommuner	Apotek, bandasjist	Sum
--	------------	-----------------	-------------------------------	------------

E-resept**	57,9	57,9	13,3	129,1
Forskrivningsmodulene (FM og SFM)	33,5	33,5		67
Sum	91,4	91,4	13,3	196,1

* Beløpene er oppgitt i mill. kroner, uten merverdiavgift og vil bli prisjustert.

** I tillegg betaler Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk til sammen 4 mill. kroner uten at dette er forskriftsfestet.

4.1.5 Betaling for helsenorge.no

Regionale helseforetak og kommuner har fra 1. januar 2022 plikt til å betale Norsk helsenett SF for forventede kostnader til forvaltning og drift av helsenorge.no.

Departementet foreslår at den forskriftsfestede betalingen for forvaltning og drift av helsenorge.no fordeles likt mellom regionale helseforetak og kommuner i 2024. Det betyr at kommunenes andel av betalingen øker fra 45 til 50 prosent, og at andelen reduseres tilsvarende for de regionale helseforetakene. Forslaget er en oppfølging av evalueringen og basert på anbefalingen om justering fra Norsk helsenett. I tillegg faktureres blant annet Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og regionale helseforetak direkte for forvaltning og drift av tjenester på helsenorge.no uten at det fremkommer av forskriften.

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 løsninger på helsenorge.no til pasienter og brukere.

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. 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 innbyggernes felles inngangsport til offentlige helse- og omsorgstjenester er departementets utgangspunkt at regionale helseforetak og kommuner bør, innenfor gjeldende prismodell, betale halvparten hver av kostnadene til forvaltning og drift.

Departementet foreslår følgende betaling for helsenorge.no i 2024:

- Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 165 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. 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 165 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

Tabell 5. Kostnadsfordeling mellom RHF og kommuner for helsenorge.no *

	RHF	Kommuner	Sum
Helsenorge.no**	165	165	330

* Beløpene er oppgitt i mill. kroner, uten merverdiavgift og vil bli prisjustert.

** I tillegg faktureres det for tjenester på helsenorge.no utover det som er forskriftsfestet.

4.2 Nærmere om plikt til bruk av nasjonal kjernejournal i kommunale sykehjem og hjemmebaserte tjenester

Departementet vil i løpet av 2024 vurdere om det skal innføres en plikt for kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester til å ta i bruk nasjonal kjernejournal.

Nasjonal kjernejournal er et nasjonalt behandlingsrettet helseregister som samler informasjon fra flere kilder og gjør den tilgjengelig for innbyggere og helsepersonell med tjenstlig behov. Formålet med kjernejournal er angitt i kjernejournalforskriften i § 1:

Forskriften etablerer en nasjonal kjernejournal som sammenstiller vesentlige helseopplysninger om den registrerte og gjør opplysningene tilgjengelige for helsepersonell som trenger dem for å yte forsvarlig helsehjelp. Formålet med kjernejournal er å øke pasientsikkerheten ved å bidra til rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten, har kommunale legevakter og kommunalt ansatte fastleger plikt til bruk av kjernejournal. Det samme gjelder selvstendig næringsdrivende fastleger. Dette følger av forskriften § 10 første ledd. De fire EPJ-systemene som benyttes av kommunale sykehjem og hjemmebaserte tjenester er alle tilrettelagt for integrasjon med kjernejournal i nyere versjoner. Dette inkluderer Helseplattformen, som benyttes i Midt-Norge. Den enkelte kommunes mulighet til å ta i bruk kjernejournal avhenger imidlertid av at kommunen benytter en oppdatert versjon av programvaren som er integrert med kjernejournal.

Det er gjort kartlegginger av nytten av nasjonale e-helseløsninger de siste årene som viser at kjernejournal har både kvalitative og prissatte gevinster for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det høye antallet kommuner som har tatt løsningen i bruk underbygger dette. Videre er full utbredelse av kjernejournal en forutsetning for å kunne realisere nytten av nye planlagte tjenester i kjernejournal, som pasientens prøvesvar, pasientens legemiddelliste, digitale behandlingsplaner og dokumentdeling. Nytten av kjernejournal vil øke med økt bruk og utvikling av nye tjenester. Bakgrunnen for eventuelt å pålegge at

virksomhetene gjør kjernejournal tilgjengelig for helsepersonellet er at dette er en forutsetning for å øke bruken og realisere gevinster av den nasjonale kjernejournalen. KS fikk i 2023 gjennomført en undersøkelse av effekter og barrierer knyttet til bruk av kjernejournal. Undersøkelsen viser at i kommuner som benytter kjernejournal som arbeidsverktøy får både kvantitative og kvalitative gevinster av løsningen. Rapporten synliggjør barrierer og inneholder anbefalinger for å øke bruken på følgende områder: 1) forberede kommunene på gjennomføring av hele innføringsfasen, 2) gjennomføre tiltak for at flere ulike aktører tar i bruk løsningen, og 3) utvikle flere funksjoner i løsningen.

5 Administrative og økonomiske konsekvenser

Departementet foreslår mindre endringer i prismodellene for alle de nasjonale e-helseløsningen i 2024. Endringene tar utgangspunkt i evalueringen og anbefalingen fra Norsk helsenett og er en oppfølging av Stortingets vedtak i sammenheng med behandlingen av Prop. 3 L (2021-2022) *Endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.)*.

Samlet er kostnadsveksten fra 2023 til 2024 anslått til 170 mill. kroner. Den viktigste årsaken er økt bruk og innføring av de nye tjenestene sentral forskrivningsmodul som del av e-resept, pasientens prøvesvar som del av kjernejournal og velferdsteknologisk knutepunkt som del av helsenetttet. Forslagene til endring i betaling innebærer en samlet økning fra 2023 til 2024 på 64,5 mill. kroner for regionale helseforetak og 83,6 mill. kroner for kommunene, før prisjustering. Den samlede betalingen for apotek og bandasjist blir noe redusert på grunn av endringer i prismodellen for e-resept.

Det er foreslått endringer i prismodellen for helsenetttet, inkludert helseID og grunndata, som påvirker betalingen for alle som bruker denne løsningen. Det innebærer at alle brukere av helsenetttet, ikke bare regionale helseforetak og kommuner, skal betale for helseID og grunndata i 2024. I tillegg gjøres det en justering i kostnadsfordelingen mellom regionale helseforetak, kommuner og øvrig aktører slik at disse aktørgruppene betaler en tredjedel hver av kostnadene, inkludert kostnadene for grunndata og helseID. Endringen innebærer at regionale helseforetak og kommuner betaler en mindre andel av kostnadene til grunndata og helseID i 2024 enn i 2023, og en noe større andel av kostnadene til helsenetttet. For kategorien øvrige aktører reduseres andelen av betalingen for helsenetttet, samtidig som det innføres betaling for tjenestene grunndata og helseID.

Kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, skal synliggjøres og behandles i rådsmodellen. Et eksempel på dette er pasientens prøvesvar som fører til økte kostnader til forvaltning og drift av kjernejournal. Forventede kostnader til forvaltning og drift ble presentert som en del av grunnlagsmaterialet da forslaget om å utvikle pasientens prøvesvar som en tjeneste i kjernejournal ble behandlet i rådsmodellen. I tillegg har Norsk helsenett synliggjort dette i materialet som lagt fram om den samlede kostnadsveksten fra 2023 til 2024 for Nasjonal e-helseråd i juni 2023.

Både kommuner og regionale helseforetak ble ved innføring av betalingsplikten fra 1. januar 2022 kompensert for alle eksisterende kostnader til forvaltning og drift av kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Kommuner og regionale helseforetak ble også kompensert for en tredjedel av kostnadsveksten i 2022 og 2023. Kommunene ble i tillegg kompensert for alle eksisterende kostnader til forvaltning og drift av helsenettet. Kompensasjonen er fordelt etter samme fordelingsnøkler som betalingen.

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.

Forslag til forskriftsendringer

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

§ 9 første ledd skal lyde:

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, apotekloven og tannhelsetjenesteloven skal ta i bruk helsenettet i virksomheten fra 1. januar 2022. Dette gjelder også sykehusapotek, uavhengig av organisasjonsform, og bandasjister. Helsenettet inkluderer felleskomponentene grunndata og helseID. Plikten omfatter ikke å ta i bruk felleskomponenten HelseID og *velferdsteknologisk knutepunkt*.

§ 13 andre til fjerde ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 88,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet, 37,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av grunndata og helseID og 1,4 mill. kroner til forvaltning og drift av *velferdsteknologisk knutepunkt*. 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 88,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet og 37,7 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. I tillegg skal kommunene betale Norsk helsenett 25,7 mill. kroner til forvaltning og drift av *velferdsteknologisk knutepunkt*. Den ene halvparten av betalingen fordeles mellom alle kommuner etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse, og den andre halvparten fordeles mellom kommunene som har tatt tjenesten i bruk basert på delkostnadsnøkkel kommunehelse.

Øvrige medlemmer, inkludert fylkeskommunene, skal betale Norsk helsenett SF et fast beløp på 1570 kroner per virksomhet per måned til forvaltning og drift av helsenettet, inkludert grunndata og helseID.

§ 13 femte ledd oppheves

§ 13 sjette og sjuende ledd blir femte og sjette ledd

§ 14 første og andre ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 80,7 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 61,4 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

§ 15 første til tredje ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal *samlet* betale Norsk helsenett SF 91,4 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.

Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 91,4 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

Apotek og bandasjister skal samlet betale Norsk helsenett SF 13,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles basert på virksomhetenes oppslag i e-resept *som fører til salg*.

§ 16 første og andre ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 165 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. 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 165 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.