

Helse- og omsorgsdepartementet

Høring av forslag til endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger (økning i betalingen for nasjonale e-helseløsninger mv.)

Høringsfrist: 15.11 2024

Innhold

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning..... | 3 |
| 2 | Gjeldende rett..... | 4 |
| 2.1 | Pasientjournalloven | 4 |
| 2.2 | Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger | 5 |
| 3 | Departementets vurderinger og forslag..... | 6 |
| 3.1 | Virksomhetenes plikt til å betale for forvaltning og drift..... | 6 |
| 3.1.1 | Generelt om beregning av kostnader og fastsetting av betaling | 9 |
| 3.1.2 | Betaling for helsenettet..... | 13 |
| 3.1.3 | Betaling for Nasjonal kjernejournal | 16 |
| 3.1.4 | Betaling for e-resept..... | 17 |
| 3.1.5 | Betaling for helsenorge.no | 20 |
| 3.2 | Plikt til bruk av nasjonal kjernejournal i kommunale sykehjem og hjemmebaserte tjenester | 21 |
| 3.3 | Tekniske endring i bestemmelsen om meldingsformat for e- reseptmeldinger | 23 |
| 4 | Administrative og økonomiske konsekvenser | 23 |
| 4.1 | Betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene..... | 23 |
| 4.2 | Innføring av plikt til bruk av kjernejournal for hjemmetjeneste og sykehjem..... | 24 |
| | Forslag til forskriftsendringer | 27 |

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 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.

Forslagene til endring i betaling er basert på tallgrunnlaget og forslag til justering i prismodellen for helsenettet fra Norsk helsenett SF, vurderingen fra det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger og drøftinger i Nasjonalt e-helseråd. Norsk helsenett har anslått den samlede kostnadsveksten fra 2024 til 2025 til totalt 76,3 mill. kroner, inkludert kostnader til pasientens prøvesvar som del av kjernejournal. Departementet legger til grunn at det ikke skal innføres plikt til betaling for pasientens prøvesvar som del av kjernejournal fra 2025. Departementet foreslår på bakgrunn av dette at betalingen skal dekke en kostnadsvekst på 59,3 mill. kroner, eksklusiv kostnader til pasientens prøvesvar på 17 mill. kroner. I tillegg vil betalingen, basert på anbefalingen fra Norsk helsenett, bli fratrukket 34,5 mill. kroner som skyldes ubenyttede midler til forvaltning og drift av helsenorge.no og kjernejournal i 2022 og 2023.

Forslaget innebærer en økning i betalingen fra 2024 til 2025 på totalt 8,9 mill. kroner for regionale helseforetak og 10 mill. kroner for kommunene. I tillegg kommer prisjustering basert på Statistisk sentralbyrås publiserte endring i konsumprisindeks de siste 12 måneder. 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 kategorien «øvrige aktører» som er medlemmer av helsenettet. Endringene innebærer at de minste aktørene får en reduksjon i betalingen, de mellomstore får en økning og de største aktørene en betydelig økning i betalingen. Hver fylkeskommune som har tidligere betalt om lag 10 000 kroner per måned, vil med endringene i prismodellene betale 16 667 kroner per måned før prisjustering. Det blir ingen endring i prismodellen for regionale helseforetak og kommuner.

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. Det tekniske beregningsutvalget leverer rapporter til departementet 1. mai og 1. oktober. Vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, skal synliggjøres og drøftes i rådsmodellen. Endringene i kostnader for kommunal sektor drøftes i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS.

Norsk helsenett SF gjennomførte en evaluering av prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene i 2023. Evalueringen ble fulgt opp med mindre justeringer i de fleste prismodellene i 2024. Som en oppfølging av evalueringen, skal Norsk helsenett gjøre

årlige vurderinger av mulige endringer i prismodellen, legge til rette for økt forutsigbarhet for aktørene, og bidra i Helsedirektoratets arbeid med evaluering av nytte.

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

Kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester har i dag ikke plikt til å ta i bruk nasjonal kjernejournal. Departementet foreslår at også kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester skal ha plikt til bruk av nasjonal kjernejournal. Departementet foreslår at denne plikten trer ikraft fra 1. januar 2026.

Departementet foreslår også en mindre endring i meldingsstandarden for e-resepter.

Høringsfristen er 15.11.2024.

2 Gjeldende rett

2.1 Pasientjournalloven

Pasientjournalloven § 8 andre og tredje ledd hjemler at departementet kan i forskrift gi regionale helseforetak, kommuner, apotek, bandasjister og andre virksomheter plikt til bruk av de nasjonale e-helseløsningene helsenet, nasjonal kjernejournal, e-resept og helsenorge.no.

Bestemmelsens femte ledd stiller vilkår om at kommunene ikke kan pålegges en slik plikt før en vesentlig andel av kommunene har tatt den aktuelle løsningen i bruk.

Vilkåret om «vesentlig andel» ble foreslått i Stortinget ved behandlingen av Prop 3 L (2021-2022). Dette fremkommer av Innst. 47 L (2021-2022). Hvor mange kommuner som vil utgjøre «en vesentlig andel», er ikke nærmere angitt verken i loven eller i forarbeidene. Selve uttrykket «en vesentlig andel» er et skjønnsmessig vilkår. Bestemmelsen skal sikre at formålet med å innføre en plikt til bruk er å få de siste kommunene i et innføringsløp til å ta i bruk løsningen.

Departementet legger til grunn at vurderingen av «vesentlig andel» i hovedsak refererer til antallet kommuner som har tatt en løsning i bruk, jf. bestemmelsens ordlyd, ikke hvilken andel av landets befolkning disse representerer.

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 helsenet 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 helsenet.

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 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.

Forskriften §§ 9 til 12 regulerer plikt til bruk av e-helseløsningene. Videre regulerer §§ 13 til 16 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 forvaltning og drift 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 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 gjennom å få innsikt i tallgrunnlaget 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 legeförening, og Apotekforeningen. Helsedirektoratet leder utvalget og ivaretar sekretariatsfunksjonen.

Utvalgets vurderinger inngår som en sentral del av beslutningsgrunnlaget når departementet fastsetter betalingen. Helsedirektoratet legger fram resultatet av utvalgets arbeid for departementet. Norsk helsenett SF skal levere grunnlagsmaterialet til utvalget. Utvalget leverer 1. mai hvert år en rapport med vurdering av tallmaterialet fra Norsk helsenett. Dette materialet er basert på Norsk helsenetts prognoser om forventet kostnadsutvikling og legger en øvre ramme for betaling året etter. 1. oktober hvert år leverer utvalget en rapport med vurderinger av Norsk helsenetts beregninger av tjenestepriser og avgiftsatser for kommende år på et mer detaljert nivå. I tillegg gjør utvalget i denne rapporten en vurdering av Norsk helsenetts prognoser for kostnadsutviklingen året etter.

3 Departementets vurderinger og forslag

3.1 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 helsenettet, 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 helsenettet, betale for helsenettet. 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 er regulert i forskriften.

Departementet viser til at både de regionale helseforetakene og kommunene har ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen. Dette går fram av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. De nasjonale e-helseløsningene 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 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. Budsjettenes 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. Dette går fram av høringsnotatet fra 15. juni 2021 med forslag til endringer i pasientjournalloven og tilhørende forskriftsendringer.¹

¹ [Høring: \(Tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger\) Forslag til endringer i pasientjournalloven og IKT-standardforskriften - Tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger - regjeringen.no](#)

Departementet viser videre til evalueringen av prismodellene som førte til mindre justering i prismodellene for alle de nasjonale e-helseløsningene fra 1. januar 2024², og som påvirker fordeling av kostnadsveksten mellom aktørene som betaler for løsningene. Prismodellene forslås videreført uten endringer i 2025, med unntak for helsenettet der det foreslås en justering for gruppen øvrige aktører.

I sammenheng med evalueringen av prismodellene fikk Direktoratet for e-helse 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.³ Det finnes også mye data om bruk av løsningene, men disse er i liten grad tilrettelagt for bruk i gevinstrealisering og nyttestyring. Det gjør det vanskelig å tallfeste den direkte nytten hver av løsningene har for virksomhetene i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det betyr at det er krevende å bruke nytte som grunnlag for å fordele kostnader på mer detaljert nivå for eksisterende tjenester. Bruk av nytte som grunnlag for kostnadsfordeling 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 betalingen fordeles mellom kommunene etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse, som brukes i inntektssystemet for kommunene, og ikke tar hensyn til bruk. For nye tjenester som pasientens prøvesvar og sentral forskrivningsmodul pågår det vurderinger av nytte. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å oppdatere kostnad-nytte-vurderinger og gjennomføre måling og evaluering av tiltakene i satsing på digital samhandling.

I mange tilfeller vil det også 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 av betalingen mellom aktørene. Norsk helsenett presenterer statistikk over utbredelse og bruk av løsningene på sine hjemmesider. Helsedirektoratet skal oppdatere kost-nytte-vurderinger og gjennomføre måling og evaluering av arbeidet med å videreutvikle løsningene i satsingen på digital samhandling.

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 3.1.2

² [evaluering-av-prismodeller.pdf \(nhn.no\)](#)

³ Kunnskapsoppsummering: Bruk og nytte av e-helseløsninger: [Bruk og nytte av e-helseløsninger Rapport v1.0.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

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 hels norge.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 Helsedirektoratet 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 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 drøftes i rådsmodellen. Et eksempel på dette er pasientens prøvesvar som vil føre 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 drøftet i rådsmodellen.

Når det gjelder vedtak 89, er dette fulgt opp gjennom den evaluering av prismodeller som Norsk helsenett SF la fram i 2023, og som dannet grunnlaget for endringer i betalingen for nasjonale e-helseløsninger i 2024. I evalueringen og departementets oppfølging 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 betale for e-resept, kjernejournal og hels norge.no, 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. Alle brukere skal betale for helsenettet. Prismodellene er vurdert med utgangspunkt i om de fremmer bruk, bidrar til forutsigbarhet for aktørene, er enkle å forvalte og tar hensyn til kommunesektorens og øvrige aktørers nytte og bruk av løsningene. Det er med utgangspunkt i forutsetningen om obligatorisk samfinansiering, lagt vekt på at prismodellene må ta hensyn til samfunnsøkonomisk nytte av løsningene og ikke kan baseres på bedriftsøkonomisk lønnsomhet for den enkelte aktør. Departementets oppfølging av anmodningsvedtaket ble omtalt i Prop. 1 S (2023-2024) og behandlet av Stortinget i sammenheng med behandlingen av statsbudsjettet for 2024. Norsk helsenett SF vurderer årlig om det er behov for justeringer i prismodellen og det foreslås i dette høringsnotatet noen justeringer i prismodellen for helsenettet fra 2025.

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 kommende år, Norsk helsenett SFs forslag til justering av prismodellen for helsenettet, 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 13. juni 2024.

Videre har Helsedirektoratet på oppdrag fra departementet foreslått hvilke hensyn som bør ivaretas og prosedyrer som bør gjennomføres før nye tjenester knyttet til nasjonale e-helseløsninger overføres til forvaltning med tilhørende plikt til betaling. Dette skal inngå som en del av beslutningsgrunnlaget ved endringer i betalingen.

Helsedirektoratet anbefaler at følgende elementer må være vurdert før plikt til betaling kan forskriftsfestes:

1. juridisk vurdering om tjenesten kan defineres som en del av en nasjonal e-helseløsning etter pasientjournalloven § 8, og
2. det er definert og gjennomført tilstrekkelig utprøving av tjenesten.

Helsedirektoratet legger vekt på at hva som defineres som tilstrekkelig utprøving vil variere, men foreslår noen generelle krav:

1. at tjenesten må dekke prioriterte behov,
2. være testet i henhold til minimumskrav,
3. være utprøvd for sentrale aktører og brukergrupper,
4. må være utprøvd for sentrale aktører og brukergrupper og teste i samhandling mellom relevante aktører, og
5. Norsk helsenett og Helsedirektoratet har tilstrekkelig kapasitet til å støtte videre utprøving.

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. Helsedirektoratet 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 30. april i år leverte vurderinger av prognosene for kostnadsnivå til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene i 2025.

Utvalget har gått gjennom tallgrunnlaget fra Norsk helsenett basert på prognoser og forventet kostnadsutvikling for 2024 og 2025. Utvalget har vurdert og kvalitetssikret Norsk helsenetts tallgrunnlag med estimert vekst for de nasjonale e-helseløsningene for 2025 slik det er forelagt for utvalget. Utvalget legger dette til grunn for finansieringsbehovet i 2025. Norsk helsenett får gode tilbakemeldinger på oversiktlig tallgrunnlag. Teknisk beregningsutvalg ser at den strategiske satsingen på digitale løsninger medfører betydelige kostnadsøkninger for helsesektoren både i 2024 og 2025. Utvalget ønsker større grad av forutsigbarhet i kostnader for flere år fremover. Dette vil avhenge av tidspunkt for når plikt til betaling inntreffer.

Norsk helsenett har lagt frem resultat for 2023, kostnadsnivå fra forskrift for 2024 og estimert kostnadsnivå for 2025. Vekst i kostnadsnivået fra 2024 til 2025 er estimert til 76,3 mill. kroner, før udisponerte midler fra tidligere år er trukket fra. Dette utgjør en kostnadsøkning på 7,34 prosent. Tallgrunnlaget som er presentert for det tekniske beregningsutvalget går fram av tabell 1.

Tabell 3.1: Kostnadsutviklingen for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger 2022-2025, mill. kroner

| Nasjonale e-helseløsninger og Helsenettet 2022 – 2025 | | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------------------|---|
| | Forskrift 2022 | Forskrift 2023 | Forskrift 2024 | Estimat kostnadsnivå 2025* | Estimat forskrift 2025, fratrukket overførte midler fra tidligere år* |
| Helsenorge | 264 | 312 | 343,6 | 359,6 | 351,0 |
| Kjernejournal** | 108 | 116 | 130,1 | 135,5 | 109,6 |
| E-resept inkl SFM*** | 125 | 133 | 142,6 | 191,6 | 191,6 |
| Grunndata og HelseID | 70 | 82 | 117,6 | 126,8 | 126,8 |
| Helsenettet**** | 246 | 263 | 303,6 | 299,9 | 299,9 |
| | 813 | 907 | 1037,5 | 1113,7 | 1078,9 |

*Tall for 2025 er ikke indeksregulert. Tall for foregående år er basert på beløpene som er fastsatt i forskriften for det aktuelle året.

** Kjernejournal estimat inkluderer pasientens prøvesvar fra 2025

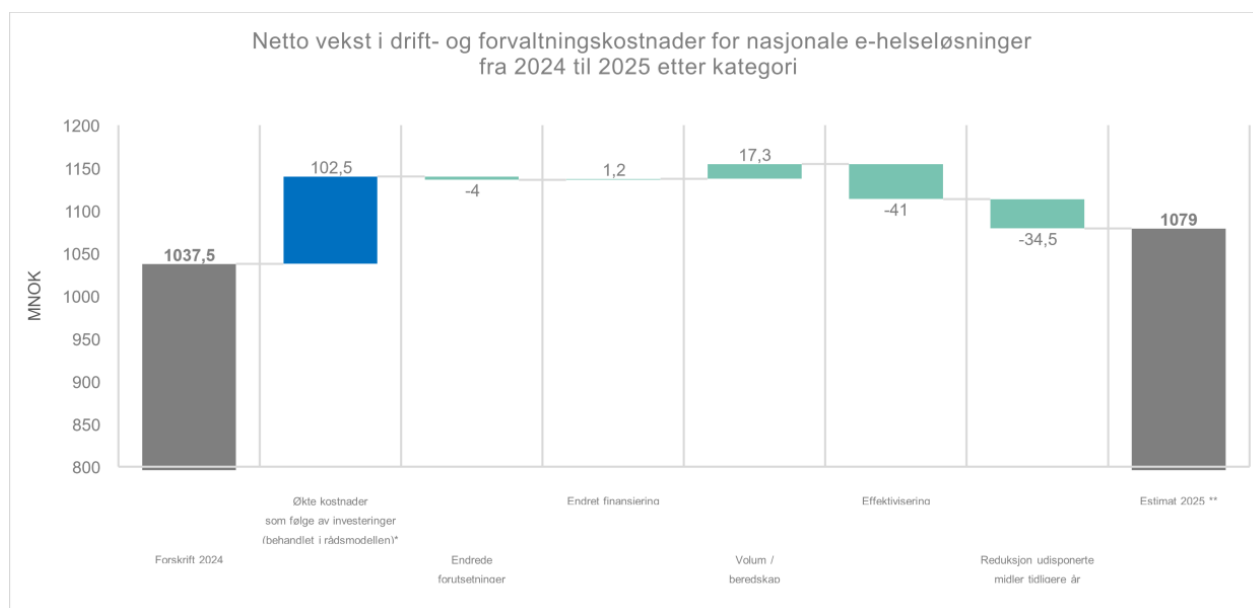
*** E-resept estimat inkluderer SFM og FM fra 2025

**** Helsenettet estimat inkluderer kostnader for VKP i 2024 og 2025

Udisponerte midler til helsenorge.no og kjernejournal fra 2022 og 2023 vil komme til fratrukket i grunnlaget som faktureres sektor i 2025.

Den viktigste årsaken til veksten i kostnader fra 2024 til 2025 er investeringer og tiltak i nasjonal e-helseportefølje. I tillegg bidrar økt volum og beredskap til økte kostnader. Videre bidrar effektiviseringsgevinster til at den samlede kostnadsveksten blir lavere enn investeringer og volumøkninger skulle tilsi. Se figur 3.1.

Figur 3.1: Forhold som påvirker kostnadsnivået i 2025*



*Figuren er hentet fra rapporten fra det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger.

Figur 3.1 viser alle elementer som påvirker endringer i kostnader fra 2024 til 2025. I tillegg viser den midler som ikke er benyttet tidligere år, og som vil bli fratrukket betalingen i 2025 som en engangsreduksjon. Kostnader til forvaltning og drift pasientens prøvesvar er også med i tallgrunnlaget selv om denne tjenesten ikke vil bli inkludert i betalingen for 2025.

Norsk helsenett la fram vekst i kostnader til forvaltning og drift som skyldes investeringer eller tiltak i nasjonal e-helseportefølje for Nasjonalt e-helseråd 21. mars 2024. Rådet drøftet saken og gjorde følgende vedtak:

- Prioriteringer for digital samhandling er tidligere behandlet i Nasjonalt e-helseråd og prioriteringen ligger fast.
- Det er en krevende økonomisk situasjon i tjenesten og Nasjonalt e-helseråd understreker betydningen av at Norsk helsenett SF har forståelse for dette og jobber for å bidra med å effektivisere hvordan de jobber for å sikre et rett kostnadsnivå.
- Nasjonalt e-helseråd ber om at det i beskrivelsen av den nye styringsmodellen vektlegges tydelighet i hva som besluttes hvor.
- Nasjonalt e-helseråd har drøftet og tar til etterretning fremlagt økning i drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsninger, der økningen skyldes investering i tiltak i den nasjonale e-helseporteføljen og helsenorge.no

I møtet 13. juni 2024 drøftet rådet Norsk helsenetts forslag til prinsipper for fordeling av kostnader (prismodeller) til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Helsedirektoratet har i anbefalingen til departementet om fordeling av kostnader til forvaltning og drift orientert om drøftingene i møtet. Rådet anerkjenner at de nasjonale e-helseløsningene har stor nytte for samfunnet og pasientene, men viser samtidig til at finansieringsmodellen er utfordrende fra et bedriftsøkonomisk perspektiv. Rådet legger vekt på at finansieringsmodellen må drøftes i rådsmodellen årlig. Rådet støtter videre at sentral forskrivningsmodul og pasientens prøvesvar settes i produksjon. Representantene for kommunesektoren mener at økte kostnader for fastlegenes bruk av sentral forskrivningsmodul må kompenseres siden finansiering av fastlegene i dag er et statlig ansvar. Det var også diskusjoner om de regionale helseforetakenes andel av betalingen for pasientens prøvesvar når det innføres betaling for denne tjenesten. Rådet legger vekt på at kunnskap om bruk og effekt av de ulike tjenestene må økes.

Helsedirektoratet støtter i all hovedsak Norsk helsenetts forslag til fordeling av kostnadene til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene, inkludert endringene i prismodellen for helsenettet og videreføring av prismodellene for eksisterende tjenester. Direktoratet støtter Norsk helsenetts forslag til kostnadsfordeling for sentral forskrivningsmodul, men anbefaler en noe jevnere fordeling av kostnadene til pasientens prøvesvar. Helsedirektoratet viser til de samfunnsøkonomiske analysene som viser at tjenesten både har tidsgevinster og gevinster i form at kvalitet og pasientsikkerhet.

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. Dette følges opp i 2025 ved at udisponerte midler til helsenorge.no og kjernejournal fra 2022 og 2023 vil komme til fratrukk i betalingen i 2025.

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 14. juni 2024 som vil bli fulgt opp i det bilaterale konsultasjonsmøtet mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2024.

3.1.2 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. Fra 2024 ble disse tjenestene også inkludert i betalingen for øvrige aktører. Bakgrunnen for endringen var at dette er tjenester som brukes av de fleste virksomheter i helse- og omsorgstjenesten.

Departementet viser videre til at Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) ble etablert som en tjeneste tilknyttet helsenettet fra 2024.

Norsk helsenett i 2024 har gjort en ny vurdering av prismodellen for helsenettet, inkludert tjenestene grunndata, helseID og velferdsteknologisk knutepunkt. Norsk helsenett foreslår på bakgrunn av denne vurderingen å videreføre dagens prismodell for RHF og kommuner,

men foreslår å endre fordelingen av kostnadene mellom andre virksomheter (øvrige medlemmer). Departementet viser til at det i høringsnotatet om forskriftsendringene for 2024 ble orientert om at det tas sikte på å gjøre større endringer i betalingen for «øvrige medlemmer» fra 2025. Norsk helsenett SF foreslår at det fra 2025 innføres en mer differensiert betaling for kategorien øvrige medlemmer. Bakgrunnen for å endringene er å etablere en prismodell som i større grad tar hensyn til størrelsen på virksomheten ved betalingen for helsenettet. Departementet viser til at i dag betaler et lite enkeltpersonsforetak like mye som store virksomheter med langt større bruk av helsenettet. Det er ønskelig at prismodellen skal bidra til å senke terskelen for små virksomheter som i dag ikke bruker tjenesten, til å bli medlem av helsenettet.

Forslaget fra Norsk helsenett innebærer at de små virksomhetene får en lavere medlemsavgift enn tidligere, at de mellomstore virksomhetene får en noe høyere pris og at de største virksomhetene får en betydelig økning i prisen.

Tabell 3.2: Helsenettet – prismodell for «øvrige medlemmer»

| Prisgrupper | Omsetning mill. kroner | Totalt antall lokasjoner/filialer* | Antall medlemmer* | Pris per måned i kroner |
|--|------------------------|------------------------------------|-------------------|-------------------------|
| Prisgruppe A | 0-15 | - | 5239 | 1 167 |
| Prisgruppe B | 15-40 | - | 219 | 2 500 |
| Prisgruppe C (inkl. fylkeskommuner) | >40 | - | 58 | 16 667 |
| Virksomheter med ≥ 10 lokasjoner | - | 1200 | 14 | 1833 per lokasjon |
| Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte og beboere | - | | 174 | 1833 |

*Dette er anslag fra Norsk helsenett

I 2024 var betalingen for øvrige aktører et fast beløp på 1633 kroner per virksomhet per måned til forvaltning og drift av helsenettet, inkludert grunndata og helseID. Forslaget innebærer at den største delen av medlemsmassen får redusert betaling før prisjustering. Det er virksomheter med omsetning under 15 mill. kroner som får redusert betaling. Øvrige virksomhet får økt betaling. Virksomheter med omsetning over 40 mill. kroner og virksomhet med 10 eller flere lokasjoner som får en langt høyere betaling enn tidligere. Fylkeskommuner er plassert i prisgruppe C, uavhengig av omsetning, med utgangspunkt i at fylkeskommunen dekker et stort antall tannhelsekontor. Norsk helsenett har vurdert å plassere fylkeskommunen i prisgruppen med 10 eller flere lokasjoner, men siden det i liten grad er sammenheng mellom antall lokasjoner i et fylke og bruken av helsenettet er dette lite egnet. Fylkeskommunen har tidligere betalt om lag 10 000 kroner per måned og får med endringene i prismodellene en økning til 16 667 kroner per måned før prisjustering.

Norsk helsenett har gjennomført møter med flere interesseorganisasjoner som representerer aktørene, og med representanter for de store kjedene.

Interesseorganisasjonene er positive til endringen, men flere ønsker enda større grad av differensiering. Flere store kjeder reagerer på størrelsen i endring i betaling og opplever at de ikke har vært forberedt på denne utviklingen.

Departementet foreslår basert på forslaget fra Norsk helsenett følgende betaling for helsenettet i 2025:

- Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 91,6 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet, 42,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av grunndata og helseID og 1,3 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 91,6 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet og 42,3 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 23,9 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 medlemmers betaling for drift av helsenettet, inkludert grunndata og helseID, til Norsk helsenett SF er basert på en inndeling i fem priskategorier:
 - Små (omsetning 0-15 mill. kroner): 1 167 kroner per måned
 - Mellomstore (omsetning 15-40 mill. kroner): 2 500 kroner per måned
 - Store (omsetning >40 mill. kroner): 16 667 kroner per måned
 - Kjeder (10 eller flere lokasjoner): 1 833 kroner per lokasjon per måned
 - Yter helsehjelp til egne ansatte/beboere: 1 833 kroner per måned

Alle beløpene vil bli prisjustert.

Tabell 3.3: Kostnadsfordeling for helsenettet, inkl. grunndata, helseID og velferdsteknologisk knutepunkt*

| | RHF | Kommuner | Øvrige** | Totalt |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Helsenettet | 91,6 | 91,6 | 91,6 | ***274,8 |
| Grunndata og helseID | 42,3 | 42,3 | 42,3 | 126,9 |
| Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) | 1,3 | 23,9 | - | 25,2 |
| Totalt | 135,2 | 157,8 | 133,9 | 426,9 |

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

** Beløpene i kolonnen «Øvrige» er basert på anslag over antall medlemmer i denne gruppen.

*** I tabell 3.1 som er hentet fra rapporten fra det tekniske beregningsutvalget er velferdsteknologisk knutepunkt inkludert i dette beløpet.

3.1.3 Betaling for Nasjonal kjernejournal

Regionale helseforetak og kommuner har fra 1. januar 2022 hatt 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 kommunene for fastlegene som en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det pågår arbeid med å etablere pasientens prøvesvar som vil inngå i kjernejournal jf. forskrift 2. februar 2024 om endringer i kjernejournalforskriften og reseptformidlerforskriften. Forskriftsendringene som hjemler at prøvesvar kan inngå i kjernejournal er per juni 2024 ikke trådt ikraft. Etter departementets vurdering, er tjenesten ikke tilstrekkelig utprøvd til å inngå i betalingsplikten fra 1. januar 2025. Det er også i tråd med Helsedirektoratets vurdering som viser til at tjenesten ikke er testet i et helhetlig forløp til helsehjelp og trolig ikke vil være tilstrekkelig utprøvd i løpet av 2024.

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.

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 i stort omfang av aktørene i helse- og omsorgssektoren. 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 som ny tjeneste i kjernejournal er foreløpig i begrenset utprøving og vil i 2025 ikke inngå i den forskriftsfestede betalingen for kjernejournal. Departementet tar sikte på å foreslå at tjenesten skal inngå i den forskriftsfestede betalingsplikten fra 1. januar 2026. Tjenesten vil da sannsynligvis være tilgjengelig for helsetjenesten enten via kjernejournal portal eller via direkte integrasjon med kjernejournal. Kostnadene til drift og forvaltning som påløper i utprøvingen i 2025 vil bli finansiert som del satsingen på digital samhandling.

Kjernejournal øker i utbredelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det per 30. april 2024 285 kommuner som har tilgjengeliggjort kjernejournal for virksomheter i sykehjem og hjemmetjenester, dvs. 80 prosent av kommunene. Det inkluderer kommunene som har tatt i bruk Helseplattformen. Helseplattformen har integrasjon mot Kjernejournal API, som gir en fullverdig tilgang til løsningen. KS arbeider for at alle kommuner skal ha

tatt i bruk kjernejournal i løpet av 2024. Det er i regi av KS etablert et innføringsløp for kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenesten for de resterende kommunene. Norsk helsenett er involvert i arbeidet.

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 behandlingsskjeden) oppnår en både kvantitative og kvalitative gevinster. Kjernejournal gir størst nytte når den er tilpasset kommunenes behov.

Departementet foreslår følgende betaling for kjernejournal i 2025:

- Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 50,9 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 41,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelene for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

Tabell 3.4: Kostnadsfordeling mellom RHF og kommuner for Nasjonal kjernejournal*

| | RHF | Kommuner | Sum |
|----------------------|------------|-----------------|------------|
| Kjernejournal | 50,9 | 41,7 | 92,6 |

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

3.1.4 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.

Departementet foreslo i høringen av forslag til forskriftsendringer fra 1. januar 2024 at sentral forskrivningsmodul (SFM) skulle 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. I utviklings- og utprøvningsperioden har forvaltningen av SFM vært finansiert av tidligere Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett SF og frivillig samfinansiering fra de regionale helseforetakene. Da forskrift om endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger skulle fastsettes i desember 2023, var det klart at SFM ikke var klar til bruk slik det var forutsatt da forslag til endringsforskriften ble sendt på høring i september 2023.

Helsedirektoratets vurdering er at plikt til betaling kan innføres når SFM er testet ut og klar til bruk for en vesentlig andel fastleger og minst ett regional helseforetak. Direktoratet mener at funksjonalitet må være vurdert og akseptert av aktørene gjennom egnet prosess. Videre bør det foreligge konkrete planer for å utvikle støtte for e-resept, multidose og pasientens legemiddelliste for kommunale tjenester i løpet av det første året etter atplikten inntrer. Direktoratets vurdering er at kriteriene er tilstrekkelig oppfylt og at plikt til betaling kan innføres fra 1. januar 2025 dersom tjenesten godkjennes for fastleger.

Departementet legger vekt på at SFM nå er teknisk klar til bruk og breddes fortløpende for journalleverandører. Departementet viser videre til Helsedirektoratets vurdering og Norsk helsenetts rapportering av status for arbeidet, og foreslår at SFM inngår i den forskriftsfestede betalingsplikten for e-resept fra 1. januar 2025.

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 ble Helsedirektoratet/Helfo og Direktoratet for medisinske produkter (tidl. Statens legemiddelverk) fra 2024 fakturert for kostnader til forvaltning og drift av løsningen uten at det fremkommer av forskriften. Både Direktoratet for medisinske produkter 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 verken betale for forskrivningsmodulen eller 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 foreløpig. Begrunnelsen for dette er at e-resept er tatt i bruk av fastlegene og av legevakter og aktuttberedskap i kommunene og at dette utgjør det store omfanget av forskrivninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

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 (SFM) 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» i bestemmelsen. 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. Forskriften er heller ikke avgrenset til Reseptformidleren siden det der står «e-resept» i bestemmelsen. 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 drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene.

Departementet foreslår følgende betalingsmodell for e-resept i 2025:

- Regionale helseforetak skal betale Norsk helsenett SF 87,8 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 87,8 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 delkostnadsnøkkelene for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.
- Apotek og bandasjister skal samlet betale Norsk helsenett SF 12,6 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 3.5 Kostnadsfordeling mellom RHF, kommuner og apotek og bandasjist for e-resept, inkl. forskrivningsmodulene*

| | RHF | Kommuner | Apotek, bandasjist | Sum |
|-------------------|------------|-----------------|-------------------------------|------------|
| E-resept** | 54,6 | 54,6 | 12,6 | 121,8 |

| | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Forskrivningsmodulene (FM og SFM) | 33,2 | 33,2 | | 66,4 |
| Sum | 87,8 | 87,8 | 12,6 | 188,2 |

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

** I tillegg betaler Helsedirektoratet og Direktoratet for medisinske produkter for tjenesten uten at dette er forskriftsfestet. Helsedirektoratet/Helfo vil bli fakturert for 2,5 mill. kroner og DMP vil bli fakturert 1,3 mill. kroner. Beløpene vil bli prisjustert.

3.1.5 Betaling for helsenorge.no

Regionale helseforetak og kommuner har fra 1. januar 2022 hatt 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 fortsatt fordeles likt mellom regionale helseforetak og kommuner. 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 på helsenorge.no 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-foransvaret. 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 den offentlige helse- og omsorgstjenesten 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 2025:

- Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 175,5 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 175,5 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 4.6 Kostnadsfordeling mellom RHF og kommuner for helsenorge.no *

| | RHF | Kommuner | Sum |
|------------------------|------------|-----------------|------------|
| Helsenorge.no** | 175,5 | 175,5 | 351,0 |

* 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.

Helsedirektoratet/Helfo vil bli fakturert om lag 14,5 mill. kroner for tjenester på helsenorge.no. I tillegg vil regionale helseforetak bli fakturert 2,8 mill. kroner, Folkehelseinstituttet bli fakturert 2,3-2,4 mill. kroner og Helsedirektoratet 0,4 mill. kroner for helseregistertjenester på helsenorge.no. Beløpene vil bli prisjustert.

3.2 Plikt til bruk av nasjonal kjernejournal i kommunale sykehjem og hjemmebaserte tjenester

Departementet foreslår at det innføres en plikt for kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester til å ta i bruk nasjonal kjernejournal fra 1. januar 2026. Plikten omfatter ikke private virksomheter, heller ikke virksomheter som tilbyr tjenester etter avtale med kommunen.

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.

Plikten til tilgjengeliggjøring av kjernejournal innebærer at kjernejournal er integrert med journalsystemet eller annet relevant fagsystem som benyttes i den aktuelle virksomhet, og at personell i virksomheten med tjenstlig behov og rett til å benytte kjernejournal, blir satt i stand til å ta løsningen i bruk. Virksomheten må være tilknyttet helsenettet og ha en journalleverandør (eller annen fagsystemleverandør) som har integrert kjernejournal og helseID i løsningen. Dette må være godkjent i Norsk helsenett SFs test- og godkjenningssprosess.

Ved innføring av kjernejournal bør virksomhetens interne arbeidsprosesser og rutiner endres slik at virksomheten legger til rette for at helsepersonell kan ta tjenesten i bruk. Brukerne må kunne identifisere seg med e-ID på høyt sikkerhetsnivå, som betyr at

virksomheten må sørge for at ansatte som skal bruke kjernejournal også kan benytte egnet e-ID. Digitaliseringsdirektoratet har utarbeidet veiledningsmateriell til kommunene om bruk av e-ID i helse- og omsorgstjenesten.⁴ Den enkelte virksomhet må ta stilling til personellets tjenstlige behov og tildele tilgangsrettigheter i journalsystemet, personellet må ta i bruk e-ID på høyt sikkerhetsnivå, og det vil være behov for opplæring i bruk av løsningen.

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.

Norsk helsenett er ansvarlig for utarbeidelse av planer for innføringen av kjernejournal men det er den enkelte kommune som selv har ansvaret for å ta løsningen i bruk og bredde løsningen til virksomhetene innenfor de ulike tjenesteområdene. Fremdrift i innføringen vil avhenge av finansiering i den enkelte kommune (eksempelvis anskaffelse av e-ID og vederlag til EPJ-leverandører), noe som avhenger av kommunenes prioriteringer. Kommunene som prioriterer å innføre tjenesten, melder sin interesse til sin EPJ-leverandøren. Enkelte kommuner i Midt-Norge har signalisert at de ønsker å se innføringen av kjernejournal i sammenheng med innføringen og produksjonssetting av Helseplattformen.

For å kunne innføre plikt til bruk av kjernejournal i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må en vesentlig andel av kommunene ha tilgjengeliggjort eller tatt tjenesten i bruk, jf. pasientjournalloven § 8 femte ledd. Per 30. april 2024 har 285 (80 prosent) av landets kommuner tilgjengeliggjort nasjonal kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester og 241 av disse kommunene bruker løsningen aktivt. KS har i 2024 igangsatt et nytt nasjonalt innføringsprosjekt for kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenesten. Det er etablert en arbeidsgruppe bestående av regionale og kommunale ressurser og deltakelse fra Norsk helsenett. Prosjektet *Felles nasjonalt innføringsløp for Kjernejournal til sykehjem og hjemmetjenesten* har utarbeidet en tidsplan for innføringsløpet i 2024 forankret med den nasjonale koordineringsgruppen. På bakgrunn av planlagte og pågående innføringsløp, er det i innføringsplanen fra Norsk helsenett antatt at 328 (92 prosent) av landets kommuner innen utgangen av 2024 har tilgjengeliggjort kjernejournal i kommunale sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

På bakgrunn av dagens andel av kommuner som har tatt i bruk kjernejournal, de pågående innføringsplanene og KS' arbeid, vurderer departementet at en vesentlig andel av kommunene har innført nasjonal kjernejournal i kommunale sykehjem og hjemmebaserte

⁴ [Innledning | Digdir](#)

tjenester og at formålet med en plikt nå vil være å få de siste kommunene til å ta løsningen i bruk. Vilkåret i § 8 femte ledd anses derfor som oppfylt.

Ved beslutning om plikt til bruk av de nasjonale -e-helseløsningene, er det en forutsetning at Norsk helsenett har nødvendig kapasitet til å bistå kommunene ved tekniske utfordringer og med tilgangsstyring i virksomheter som skal ha tilgang til kjernejournal, før det kan pålegges virksomheter en plikt til bruk av kjernejournal. Norsk helsenett opplyser at de har kapasitet til dette.

3.3 Tekniske endring i bestemmelsen om meldingsformat for e-reseptmeldinger

Etter forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 5 bokstav a) skal alle virksomheter som skal sende eller motta meldinger etter § 6 følge ebXML-rammeverket ved utveksling av meldinger.

Ved forskriftsendringen i 2022 ble også e-reseptmeldinger omfattet av dette kravet, jf. forskriften § 6 nr. 17.

Reseptformidleren har aldri benyttet ebXML-rammeverket for synkrone meldinger. Et slikt krav ville kreve komplekse og kostnadskrevenende endringer i hele e-reseptkjeden. At e-resept meldinger skulle omfattes av det samme kravet som øvrige meldinger, var ikke tilsiktet.

Departementet foreslår derfor at forskriften endres slik at e-reseptmeldinger også kan bruke annen tilsvarende programvare. Dermed blir forskriften i samsvar med gjeldende praksis. En slik endring vil ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

Departementet foreslår også en teknisk endring i § 6 første ledd slik at nummereringen blir korrekt.

4 Administrative og økonomiske konsekvenser

4.1 Betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene

Departementet foreslår, på bakgrunn av vekst i kostnader til forvaltning og drift, endringer i beløpene som virksomheter i helse- og omsorgssektoren skal betale for de fire nasjonale e-helseløsningene: helsenettet med grunndata og helseID, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no.

Norsk helsenett har anslått den samlede kostnadsveksten fra 2024 til 2025 til totalt 76,3 mill. kroner, inkludert tjenestene pasientens prøvesvar som del av kjernejournal og sentral forskrivningsmodul (SFM) som del av e-resept. Departementet legger til grunn at det ikke skal innføres plikt til betaling for pasientens prøvesvar fra 2025. Etter departementets vurdering er tjenesten foreløpig ikke tilstrekkelig utprøvd til å inngå iplikten til betaling og kostnadene til forvaltning og drift vil derfor finansieres som en del av

utviklingsprosjektet i 2025. Departementet foreslår på bakgrunn av dette at den forskriftsfestede betalingen skal dekke en kostnadsvekst på 59,3 mill. kroner, eksklusiv pasientens prøvesvar på 17 mill. kroner, i 2025.

De viktigste kostnadsdriverne knyttet til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene er investeringer i nasjonal e-helseportefølje. Investeringene har vært behandlet i den nasjonale rådsmoellen for e-helse og sektoren har stilt seg bak prioriteringene. Gjennomførte effektiviseringstiltak og ubenyttede midler til forvaltning av helsenorge.no og kjernejournal i 2022 og 2023, bidrar til å begrense økningen i betaling i 2025. Norsk helsenett har tatt høyde for realisering av 41 mill. kroner i forventede effektiviseringsgevinster knyttet til forvaltningsoppgaver for de nasjonale e-helseløsningene i 2025. Betalingen for kjernejournal og helsenorge.no vil som et engangsbeløp bli fratrukket 34,5 mill. kroner som følge av ubenyttede midler i 2022 og 2023. Det forventes ikke kostnadsvekst fra 2025 til 2026, utover veksten som skyldes pasientens prøvesvar og ordinær prisjustering. Engangsbeløpet som trekkes fra betaling gjelder imidlertid kun for 2025.

Forslaget innebærer en økning i betalingen fra 2024 til 2025 på totalt 8,9 mill. kroner for regionale helseforetak og 10 mill. kroner for kommunene, før prisjustering. Den samlede betalingen for apotek og bandasjist blir noe redusert før prisjustering på grunn av endringer i prismoellen for e-resept. Det er også gjort endringer i prismoellen for kategorien «øvrige aktører» som er medlemmer av helsenettet. Endringene innebærer at de minste aktørene får en reduksjon i betalingen, de mellomstore får en økning og de største aktørene en betydelig økning i betaling.

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.

4.2 Innføring av plikt til bruk av kjernejournal for hjemmetjeneste og sykehjem

Norsk helsenett har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en overordnet innføringsplan for kjernejournal i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Planen er laget med innspill fra KS som har bidratt med beskrivelsen av de økonomiske og administrative konsekvensene ved innføring og bruk av kjernejournal.

KS har anslått at engangskostnadene kan utgjøre opp mot 1,4 mill. kroner for en stor kommune og om lag 440 000 kroner for en liten kommune. Årlige kostnader er tilsvarende anslått til om lag 800 000 for en stor kommune og 120 000 kroner for en liten kommune. Flere av kostnadskomponentene løper imidlertid uavhengig av kommunenes innføring og bruk av løsningen, og Norsk helsenett har på bakgrunn av dette gjort en vurdering av hvilke kostnader som ikke direkte er knyttet til innføring av løsningen. Det gjelder bruks- og vedlikeholdskostnader til elektronisk pasientjournal, betaling for forvaltning og drift som påløper uavhengig av innføring og bruk av kjernejournal, og kostnadene knyttet til aktivitet i regi av KS. Norsk helsenett vurderer også kostnadsanslagene knyttet til innføring i kommunene som noe høye basert på erfaringer fra tidligere innføringsprosjekt og det som går frem av økonomiske og administrative konsekvenser i innføringsstrategi for kjernejournal til kommunale helse og omsorgstjenester.

Departementet har med utgangspunkt i anslagene som er gjort av KS og Norsk helsenetts vurdering av kostnadselementer som vil løpe uavhengig av innføring av plikt til bruk presentert kostnadsanslagene i tabell 4.1. Det er usikkerhet knytte til anslagene og kostnadene kan variere fra kommune til kommune.

Tabell 4.1: Anslag over innføringskostnader for kommunene

| Kostnader | Liten kommune (1000 innbyggere) | | Stor kommune (50 000 innbyggere) | |
|--|------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|---------------------|
| | Engangs- kostnader | Årlige kostnader | Engangs- kostnader | Årlige kostnader |
| EPJ-leverandør | 45 000 | 20 000 | 45 000 | 40 000 |
| Prosjektledelse, prosjektorganisasjon og test | 200 000 | | | 200 000 |
| Opplæring | 84 250 | | 695 000 | |
| Støttefunksjoner, endring av arbeidsprosesser, gevinstmålinger og rapportering, endring og videreutvikling | 90 000 | 50 000 | 140 000 | 100 000 |
| Samlede kostnader | 419 250 | 70 000 | 880 000 | 340 000 |

Departementet viser til at det fleste kommuner allerede har gjort kjernejournal tilgjengelig for virksomhetene og at det kun vil være et mindre antall kommuner som ikke har innført løsningen når plikten til bruk trer i kraft. Det er ved utgangen av 2024 forventet at minimum 328 kommuner (92 prosent) har tilgjengeliggjort kjernejournal til sykehjem og hjemmetjeneste. Etter planlagt innføringsløp vil det være 29 kommuner som ikke har innført kjernejournal innen utgangen av oktober 2024. Det inkluderer Heim kommune som planlegger å koble seg på Helseplattformen i løpet av høsten 2024. Det vil si at 144 422 innbyggere vil bo i kommuner som fortsatt ikke har innført kjernejournal på dette tidspunktet. Gjennomsnittlig innbyggertall i gjenstående kommuner er 4 814. De fire mest folkerike kommunene som ikke har innført kjernejournal, Nittedal, Narvik, Lyngdal og Enebakk, trekker snittet opp. Gjennomsnittlig innbyggertall for øvrige gjenstående

kommuner er på 2 871. Kostnadene ved innføring av kjernejournal dekkes av kommunene innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Nytten av kjernejournal ble vurdert i sammenheng med forprosjektet for kjernejournal i 2010 der det ble gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse.⁵ Analyse konkluderte med at det vil være store gevinster for pasienter som mottar pleie- og omsorgstjenester. Det gjelder både forebygging av utilsiktede hendelser med legemidler og som beslutningstøtte for helsepersonell til å velge beste behandling og oppfølging. Videre ble det gjennomført en forenklet samfunnsøkonomisk analyse med gevinstrealiseringsplan i 2017. I denne analysen er potensiell årlig nytte anslått til 19 mill. kroner for pleie- og omsorgstjenesten i 2017-kroner.⁶ Analysen viser tidsbesparelser for pleie- og omsorgstjenesten på rundt 285 mill. over 15 år. Analysen viser størst tidssbesparelser i hjemmesykepleien. Se også omtale av kommunenes gevinster av kjernejournal under punkt 3.1.3.

⁵ *Samfunnsøkonomisk analyse av nasjonal kjernejournal. Rapport fra forprosjekt*, mars 2010 utarbeidet av Oslo Economics for Helsedirektoratet.

⁶ Omtalt i rapporten *Kunnskapsoppsummering: Bruk og nytte av e-helseløsninger*, januar 2023 gjennomført av Oslo Economics for Direktoratet for e-helse.

Forslag til forskriftsendringer

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

Nytt § 5 andre ledd skal lyde:

For meldinger som nevnt i § 6 nr. 17, kan kravet i første ledd bokstav a) oppfylles ved å ta i bruk tilsvarende programvare.

§ 6 første ledd skal lyde:

Ved sending og mottak av meldinger som denne bestemmelsen omfatter, skal virksomhetene ta i bruk programvare som oppfyller kravene i den aktuelle standarden som følger av nummer 1 til 18:

Nytt § 10 tredje ledd skal lyde:

Kommunene har ansvar for at kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester tar i bruk Nasjonal kjernejournal i virksomheten fra 1. januar 2026.

§ 10 tredje ledd blir fjerde ledd.

§ 13 første til fjerde ledd skal lyde:

Kostnadene for forvaltning og drift av helsenettet skal betales av virksomheter som har tatt i bruk *helsenettet (medlemmer)*.

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 91,6 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet, 42,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av grunndata og helseID og 1,3 mill kroner årlig til forvaltning og drift av velferdsteknologisk knutepunkt. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 91,6 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet og 42,3 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 23,9 mill kroner *årlig* 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 fordeler seg i fem priskategorier og skal betale Norsk helsenett SF følgende beløp per måned til forvaltning og drift av helsenettet, inkludert grunndata og helseID:

- a) *Små virksomheter (omsetning 0-15 mill. kroner): 1 167 kroner*
- b) *Mellomstore virksomheter (omsetning 15-40 mill. kroner): 2 500 kroner*
- c) *Store virksomheter (omsetning >40 mill. kroner) og fylkeskommuner: 16 667 kroner*
- d) *Kjeder (10 eller flere lokasjoner): 1 833 kroner per lokasjon*
- e) *Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere: 1 833 kroner*

§ 14 første og andre ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 50,9 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 41,7 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 87,8 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 87,8 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 12,6 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 175,5 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 175,5 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.