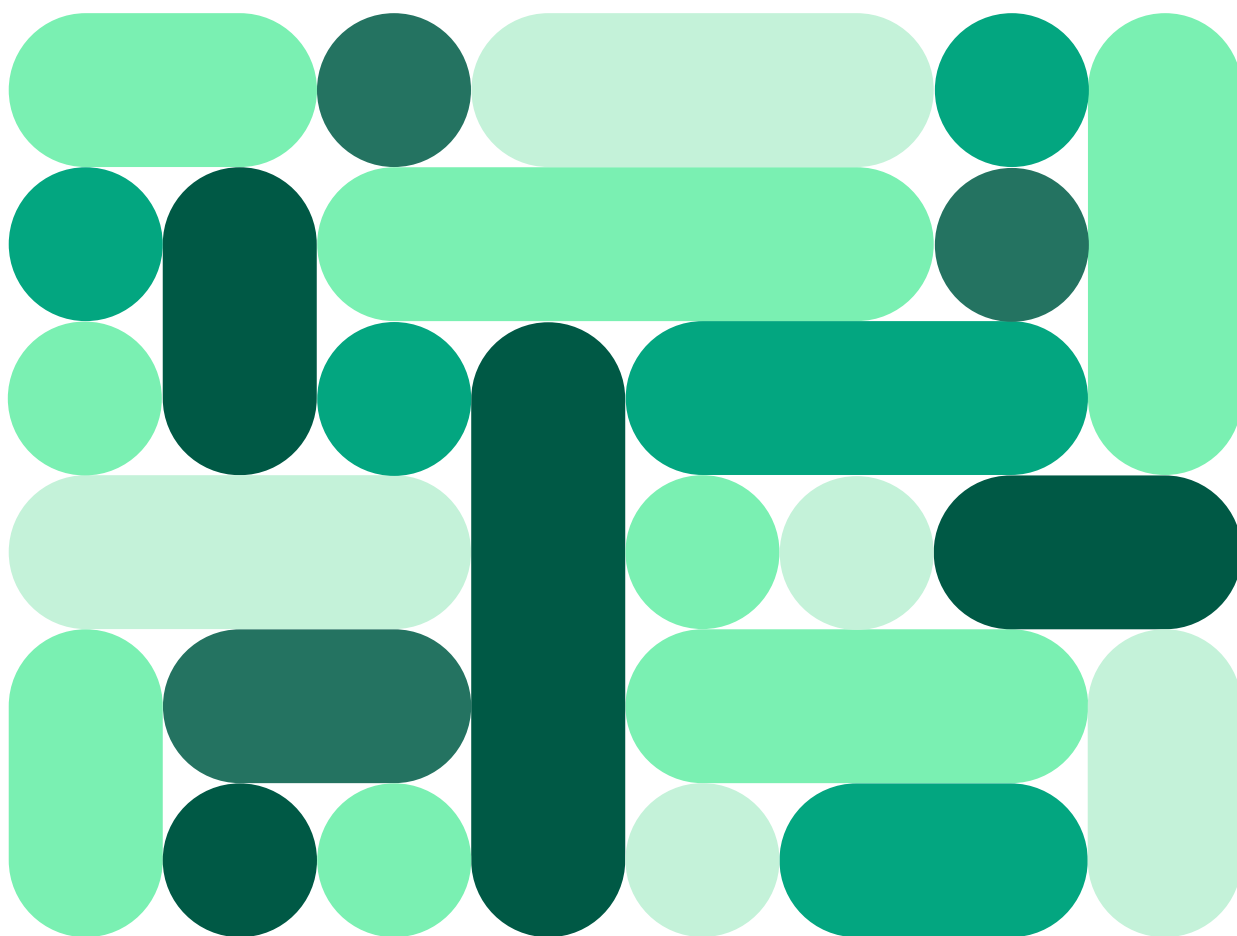


Anbefaling til justert prismodell – 2026 for nasjonale e-helseløsninger

26. mai 2025

Versjon 1.2



Dato	Versjon	Beskrivelse	Forfatter
01.04.2025	0.2	Innledende struktur	Kari Jørgensen
01.05.2025	1.0	Anbefaling av justerte prismodeller	Kari Jørgensen, Randi HK Øien, Astrid Økland
26.05.2025	1.2	Anbefaling av justerte prismodeller	Kari Jørgensen, Randi HK Øien, Astrid Økland

Denne rapporten er basert på følgende dokumenter:

Referanse #	Versjon	Dokumentnavn	Dokumentansvarlig
15.05.2023	1.0	Evaluering av prismodeller 2023	Norsk helsenett
10.12.2024	1.0	Prismodell 2025 ihht forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger	HOD

Innhold

1.	Oppdrag	4
2.	Forutsetninger	4
2.1.	Føringer og forutsetninger for arbeidet med prismodeller.....	4
2.2.	Tidligere beslutning fra 2023 som ligger til grunn	5
3.	Forankring	5
4.	Justering av prismodeller fra 2026.....	6
4.1.	Pasientens prøvesvar	6
4.2.	Kjernejournal	7
4.3.	Helsenettet	8
5.	Øvrige nasjonale e-helseløsninger - Ingen justering	10
6.	Anbefalte prismodeller 2026	12
7.	Vedlegg	12

1. Oppdrag

I foretaksmøtet 23.januar 2025 ble Norsk helsenett gitt følgende oppdrag; "*Norsk helsenett vurderer også justeringer i prismodellene innen 1.mai hvert år som grunnlag for forskriftsfestede endringer i betalingen*"

Norsk helsenett har vurdert behov for justering for følgende nasjonale e-helseløsninger;

- Pasientens prøvesvar (ny)
- Kjernejournal
- Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID for gruppen øvrige aktører (private aktører og fylkeskommuner)

Norsk helsenett har vurdert at det ikke er behov for justeringer av prismodellene for de øvrige nasjonal e-helseløsningene:

- E-resept
- SFM
- Helsenorge
- Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

2. Forutsetninger

Prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene er sentrale virkemidler for å realisere helsepolitiske mål, strategier og føringer i helse- og omsorgssektoren. For å tydeliggjøre hva vi ønsker å oppnå med de alternative prismodellene har Norsk helsenett lagt til grunn målene for finansieringsmodeller slik de er omtalt i Nasjonal e-helsestrategi for helse og omsorgssektoren.

I [Nasjonal e-helsestrategi, mål 5 "Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft"](#), fremgår det at det må arbeides aktivt med videreutvikling av regelverk og finansieringsmodeller som er i takt med digitaliseringsbehov og som skaper forutsigbarhet for aktørene.

"Frem mot 2030 skal vi oppnå:

- finansieringsmodeller som gir forutsigbarhet, fremmer utvikling, innføring, innovasjon og samhandling mellom aktørene
- finansieringsordninger som fremmer bruk av digitale tjenester

2.1. Føringer og forutsetninger for arbeidet med prismodeller

Vi legger til grunn at pasientens prøvesvar blir innlemmet i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger fra 2026, herunder kjernejournal.

Private aktører som benytter de nasjonale e-helseløsningene, men som i dag ikke har en betalingsplikt i henhold til pasientjournalloven, er også vurdert som aktuelle segmenter i prismodellene. Betaling fra disse aktørene kan forutsette behov for regelverksutvikling.

Dette innebærer at:

- vi evaluerer justering av prismodeller som omfatter betaling for drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene.
- vi forholder oss til pasientjournalloven med tilhørende forskrifter og regulering av plikt til å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og virksomhetenes plikt til å betale. Dette medfører at vi forutsetter obligatorisk samfinansiering som finansieringsmodell i arbeidet med alternative prismodeller.
- vi legger til grunn at finansieringsmodellen skal dekke de samlede kostnadene til forvaltning og drift.
- vi legger til grunn at kommuner betaler for fastleger og RHFene betaler for avtalespesialistene, jfr. lov og forskrift.
- alle juridiske virksomheter som yter helsehjelp og skal samhandle om helsedata må være medlem i Helsenettet.

2.2. Tidligere beslutning fra 2023 som ligger til grunn

- Prismodellene vurdert på «*teknisk klart og tilgjengelig*» eller «*omfang bruk*» i sektoren er styrende
- Nytte er vurdert uhensiktsmessig som fordelingsnøkkel
- Transaksjonskost per bruk er vurdert som uhensiktsmessig som fordelingsnøkkel (eks. per resept, per melding osv)

3. Forankring

Oppdraget er gjennomført i perioden februar til april 25. Utkastet til de justerte prismodellene ble sendt til RHFenes IKT-direktør i mail fredag 28. mars, med frist for tilbakemeldinger 4. april. Ingen av aktørene har kommet med innsigelser eller tilbakemeldinger på det som ble sendt. De har bekreftet at det ikke er nødvendig å ta opp saken på nytt i dialogmøtet mellom Norsk helsenett og RHF'ene 29. april.

Det er gjennomført to møter med KS for evaluering og gjennomgang av prismodellen for Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Møtene ble avholdt den 20. mars og 4. april. Utkast til justert prismodell for de andre aktuelle tjenestene ble også gjennomgått i møtene. Det er ikke mottatt noe skriftlig tilbakemelding fra KS i etterkant av møtene. Utkast til justert prismodell for Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID for øvrige aktører ble sendt på mail 11. april til utvalgte aktører og interesseforeninger. Frist for tilbakemelding ble satt til 28. april og dersom det var ønske om et felles møte ble aktørene bedt om å ta kontakt. Vi har sendt ut informasjon pr mail til 24 aktører og vi har hatt møter med 7 av disse. 11 aktører har gitt innspill

Se innspillslogg vedlagt i mail for utfyllende opplysninger.

Anbefalinger om prismodeller for 2026 behandles i Nasjonalt E-helseråd 12. juni.

4. Justering av prismodeller fra 2026

4.1. Pasientens prøvesvar

Pasientens prøvesvar er en ny nasjonal tjeneste for deling av medisinske prøvesvar på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. Med denne tjenesten blir det mulig å få en samlet oversikt over laboratorie- og radiologisvar og ved å samle og tilgjengeliggjøre data på denne måten legges det til rette for nye innovative og verdiøkende tjenester.

I Pasientens prøvesvar får helsepersonell tilgang til prøvesvar som annet helsepersonell og andre virksomheter har rekvirert. Tjenesten gir tilgang til selve prøvesvarene, samt mulighet for trendvisninger over undersøkelser tatt over tid. Uten tilgang til pasientens prøvesvar må helsepersonell som trenger innsyn i laboratorie- og radiologisvar for å yte helsehjelp, kontakte de ulike virksomhetene der opplysningene er lagret for å få tilgang til disse. Det foreligger ikke en enhetlig oversikt over hvor alle relevante prøvesvar og svarrapporter er lagret, og deler av disse er dermed i praksis lite tilgjengelig. Pasientens prøvesvar vil kunne bedre kvaliteten i den helsehjelpen som ytes ved at helsepersonell får tilgang til helseopplysninger som er mer komplette, slik at beslutningsgrunnlaget for helsehjelpen blir bedre.

Anbefalt prismodell for pasientens prøvesvar

Pasientens prøvesvar inngår i dag ikke i betalingsplikten ref. pasientjournalloven. Dette da innføringen av den nye tjenesten har vært forsinket med funksjonalitet og utprøving for helsehjelp. Realiseringen av justert prismodell forutsetter at pasientens prøvesvar blir innlemmet i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger fra 2026, herunder henholdsvis kjernejournal.

Helsedirektoratet vil også fremlegge en sak om overgang til plikt for betaling for pasientens prøvesvar til NUIT i mai og deretter i e-helserådet i juni. Saken behandler hva som skal til for at Pasientens prøvesvar er *tilstrekkelig utprøvd* slik at man kan ta betalt for drift- og forvaltningskostnader. Norsk helsenett ser grunn til å endre tidligere anbefalt prismodell. Tilbake i 2023 ble det anbefalt en modell der RHF betaler 70%, men kommunene betaler 30%. Dette var basert på data om at det er helseforetakene som genererer flest svarrapporter.

Steg 1 (uten rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)

Med bakgrunn i dagens ståsted der få har tatt tjenesten i bruk anbefaler Norsk helsenett å starte med følgende hybride prismodell:

De offentlige virksomhetene betaler for løsningen uavhengig av om virksomhetene har tatt tjenesten i bruk. NHN har statistikk over alle rekvisisjoner og svarrapporter som sendes som EDI-meldinger. Det sendes ca. 18 mill svarrapporter årlig (svarrapporter til statlig forvaltning er unntatt), av disse sender helseforetakene ca 60% og private laboratorium ca 40%. Tilnærmet 100% av disse svarrapportene er rekvirert av primærhelsetjenesten (hovedsakelig fastleger). Rekvisisjoner internt på sykehus sendes ikke i form av EDI meldinger, og NHN har derfor ikke statistikk over disse. NHN har mottatt foreløpige indikasjoner fra Helse Vest om at andelen rekvisisjoner internt på sykehus er lavere enn først antatt. NHN vil innhente vurderinger fra de andre regionene også.

Basert på indikasjoner om at andelen svarrapporter fra sykehus er mindre enn tidligere antatt, samt at kjernejournal er breddet til flere kommuner, foreslår NHN at andelen justeres slik at **RHF betaler 60% og kommunene betaler 40%**. På sikt kan det være naturlig at prismodellen for pasientens prøvesvar tilnærmer seg prismodellen for kjernejournal for øvrig.

Konklusjon: Norsk helsenett anbefaler steg 1 for 2026. Steg 2 vil først bli aktuelt det året det foreligger rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter.

Etter våre vurderinger er Steg 1 den prismodellen innenfor rettslig grunnlag som i størst grad ivaretar gjeldende mål. Den fremstår mer forutsigbar enn andre alternative prismodeller og den er enkel å administrere. Ved at aktørene betaler, uavhengig av bruk, mener Norsk helsenett vil stimulere til økt bruk.

Steg 2 (med rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)

Norsk helsenett anbefaler en regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private laboratorie- og radiologivirksomheter som benytter tjenesten. KS og RHFene støtter denne anbefalingen.

Tilsvarende som steg 1, men 30% av kostnadene fordeles på de private laboratorie- og radiologivirksomhetene som benytter tjenesten, og hhv. 40% for RHF og 30% for kommunene.

De private laboratorie- og radiologivirksomhetene utfører i all hovedsak tjenester på vegne av offentlig helsetjeneste og det vurderes derfor at de ikke har direkte nytte av å benytte tjenesten på egne vegne. Etter vår vurdering vil det likevel være viktig for de private at deres svarrapporter blir inkludert i løsningen, både for rekvirert og pasient.

4.2. Kjernejournal

Norsk helsenett anbefaler en justering av prismodellen for kjernejournal. Denne justeres fra en fordeling på 55% for RHF og 45% for kommune **til 50% for RHF og 50% for kommune**. Prismodellen baserer seg fortsatt på en hybrid prismodell med utgangspunkt i at hele kjernejournal vurderes som teknisk klart og i kombinasjon med fordelingen av bruk.

Den tidligere prosentvise fordelingen mellom RHF og kommunene ble vurdert i henhold til at mange kommuner ikke hadde startet reell bruk av KJ, selv om KJ var teknisk klart for en del av disse kommunene.

Den justerte prismodellen for 2026 baserer seg nå på økt ibruktagelse av kjernejournal i kommunene. Det er hentet ut nye brukstall som viser at 90% av alle kommuner har per i dag har tilgang til kjernejournal (324 kommuner av 357). Det vil si er teknisk klar.

Antall kommuner som har brukt KJ har økt fra 196 i 2023 til 243 i 2024. I tillegg viser antall oppslag per aktørtype hjemmesykepleie, sykehjem, omsorgsbolig, andre omsorgsinstitusjoner og KAD en tredobling fra 2023 til 2024 (31418 oppslag er økt til 95148). Det er forventet ytterligere økt bruk i 2026 ved oppstart utprøving/innføring PLL i kommuner.

Vi legger også til at kommunene har fått ansvar for at kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester tar i bruk Nasjonal kjernejournal i virksomheten fra 1. januar 2026 (ref vedtatt i forskrift <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-07-01-853>)

Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter tjenesten. Dette vil først bli aktuelt det året det foreligger rettslig grunnlag til å ta betalt fra private aktører. Når dette foreligger anbefales det at private aktører betaler 1% (fast pris), mens RHF betaler 49,5% og kommunene betaler 49,5%.

4.3. Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID

Kostnadsfordelingsnøkkel mellom hovedsegmentene

Dagens prismodell for Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID har en kostnadsfordelingsnøkkel basert på ansvar mellom de tre hovedsegmentene kommune, RHF og øvrige aktører.

Hvert segment betaler 1/3 av forvaltnings- og driftskostnadene for Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID.

Norsk helsenett anbefaler **ingen justering** på prismodellen for 2026 basert på kostnadsfordelingsnøkkel mellom de tre hovedsegmentene.

Kostnadsfordelingsnøkkel innad i segmentet øvrige aktører

Norsk helsenett foreslår at prinsippene til fordelingsnøkler basert på omsetning og filialer opprettholdes for å kunne fordele kostnadene innad i segmentet øvrige aktører. Dette er en kostnadseffektiv forvaltning av prismodellen hvor man begrenser bruk av manuelle prosesser.

Vi foreslår en justering av prisgrupper basert på erfaringer i evalueringsarbeidet og innspill fra aktørene. Anbefalt justering:

- Opprette en ny prisgruppe for virksomheter med omsetning over 80 millioner kroner
- Fjerne prisgruppe for unntak for virksomheter som kun yter helsehjelp til egne ansatte/beboere.
- Fylkeskommuner får en egen kategori.

- Presiserer at lokasjoner er filialer i Brønnøysundregisteret. (Norsk helsenett anbefaler at dette tydeliggjøres i forskrift om nasjonale e-helseløsninger)
- Alt annet likt.

Prisgrupper	Omsetning	Est. Antall medlemmer 2026	Pris pr mnd i 2026 *
A) Små virksomheter	0 - 15 mnok	6 700	650 kr
B) Mellomstore virksomheter	15 – 40 mnok	288	2 275 kr
C) Store virksomheter	40 – 80 mnok	70	8 560 kr
D) Store virksomheter +	>80 mnok	93	12 850 kr
E) Fylkeskommuner		14	12 850 kr
F) Kjeder (10 eller flere filialer)		48 (snitt på 61 filialer pr kjede, antar snittet vil bli redusert)	650 kr pr filial

**Pris er ikke indeksregulert*

Alle prisgruppene får en redusert pris og vi får en litt mer finmasket fordeling av kostnadene ved at det opprettes en omsetningsgruppe for virksomheter med omsetning på 80 millioner kroner eller mer.

Det legges opp til en mer lik behandling av medlemmer da prisgruppen for unntak - virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere fjernes. Norsk helsenett anbefaler dette i stedet for å legge til flere unntak.

Modellen tar ikke hensyn til ulike former for omsetningsgrunnlag. En differensiering på grunnlag vil være manuelt krevende å følge opp.

Prinsipielt mener vi at prismodellen totalt sett understøtter gjeldende mål for finansieringsmodeller og best utligner skjevheter i tidligere prismodell. Norsk helsenett benytter offentlige data fra enhetsregisteret og regnskapsregisteret i Brønnøysund og det muliggjør en kostnadseffektiv og automatisk forvaltning av modellen.

Det vektlegges at modellen er objektiv og følger i stor grad samme mønster som øvrige prismodeller ved at alle betaler basert på ansvar. Modellen åpner ikke opp for diskusjoner

preget av subjektivitet om aktørenes bruk, nytte, etc. av Helsenettet inkludert grunndata og helseID.

Samtidig ser vi at aktører som har en omsetning som ligger mellom intervallene *små*, *mellomstor*, *stor* og *stor +* vil kunne oppleve uforutsigbarhet ved endringer i årlige omsetningstall. Det er også noen begrensninger knyttet til omsetning, herunder omsetning som ikke nødvendigvis handler om helsetjenester, eksempelvis varehandel, innskudd til å dekke husleie, annen inntekt, etc. Vi mener likevel at fordelene med denne modellen er i klar overvekt.

Norsk helsenett forutsetter at det er de juridiske helsevirksomhetene som er medlem og betaler medlemsavgift.

Anbefaling/konklusjon

Norsk helsenett ser at en videreføring av kostnadsfordelingsnøkkel mellom de tre hovedsegmentene kommune, RHF og øvrige aktører tar hensyn til en kostnadseffektiv forvaltning, forutsigbare kostnader og kunne stimulere til økt bruk. Hvert segment betaler **1/3** av forvaltnings- og driftskostnadene for Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID.

Norsk helsenett foreslår at prinsippene til fordelingsnøkler basert på omsetning og filialer opprettholdes for å kunne fordele kostnadene innad i segmentet øvrige aktører. Vi tilnærmer oss en mer finmasket fordeling samt en mer lik behandling av medlemmer ved å opprette en ny omsetningsgruppe for omsetning over 80 millioner kroner samt å ta vekk unntak for virksomheter som kun yter helsehjelp til egne ansatte/beboere.

Dette er en kostnadseffektiv forvaltning av prismodellen hvor man begrenser bruk av manuelle prosesser.

5. Øvrige nasjonale e-helseløsninger - Ingen justering

NHN vurderer ingen endring av prismodell for de øvrige nasjonale e-helseløsninger som inngår i Pasientjournallovens plikt for betaling. NHN mener at de vurderinger og forutsetninger som lå til grunn for tidligere anbefalte prismodeller ikke har endret seg. Dette gjelder;

E-resept

Viderefører anbefalt kostnadsfordelingsnøkkel basert på ansvar for sikker legemiddelhåndtering og kontroll på refusjonsoppgjør som inngår i e-reseptkjeden. Kostnadsfordeling hvor RHF og kommunene betaler 43,5% hver og apotek/bandasjist 10%. I tillegg anbefales det at HELFO dekker 2% og SLV 1%.

SFM

Viderefører anbefalt kostnadsfordelingsnøkkel basert på ansvar for sikker legemiddelhåndtering, noe som innebærer en kostnadsfordeling på 50% for RHF og 50% for kommune.

Norsk helsenett vurderer denne modellen som mest hensiktsmessig sett opp mot målene i nasjonal e-helsestrategi, herunder tilstrebe en forutsigbar og lite komplisert modell, som er enkel å administrere. Det vektlegges også at modellen må gi insentiver for økt bruk. Dette relatert til fremtidig innføringsplaner, da spesielt med tanke på at SFM er et virkemiddel for videre innføring av eMD og PLL.

Forvaltningskostnad for forskrivningsmodulen (FM) inngår ikke i kostnadsgrunnlaget pga. "end of life" ila 2025.

Helsenorge

Viderefører dagens modell som har tatt utgangspunkt i ansvar for å sørge for helsetjenester til kommuner og regionale helseforetak, og i den sammenheng er budsjettene og årsverkene i de to sektorene av om lag samme størrelse. Dette gir følgende fordeling: Kommunene 50% - RHF 50%.

Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

Norsk helsenett anbefaler en videreføring av dagens prismodell for VKP som innebærer at RHF betaler 5% og Kommuner 95% av kostnadene for drift og forvaltning av løsningen. For kommunene deles kostnadene i to:

- Basisfinansiering som pålegges alle kommuner og som dekker 50% av forvaltning og driftskostnad. Basert på «Teknisk klart, uavhengig av bruk» - en basisfinansiering som fordeles på totalt antall innbyggere i Norge, og gir en basiskostnad pr innbygger. Pålegges alle kommuner uavhengig av om de har tatt tjenesten i bruk.
- De resterende 50% dekkes av kommunene som har tatt tjenesten i bruk. Betaling basert på antall innbyggere i Norge som er dekket av tjenesten, som utgjør en brukspris pr innbygger.

Norsk helsenett vurderer fortsatt denne modellen/fordelingen for betaling som mest hensiktsmessig sett opp mot målene i nasjonal e-helsestrategi, herunder tilstrebe en forutsigbar og lite komplisert modell, som er enkel å administrere.

Ved å pålegge alle kommunene en basisfinansiering, vil dette også stimulere til bruk av løsningen for å realisere dens nytteverdi, som de uansett betaler for.

Denne prosentvise fordelingen vil oppdateres etter hvert som flere RHF velger å koble seg på.

6. Anbefalte prismodeller 2026

Fordeling aktører							
Løsning	RHF	Kommune	Øvrige aktører	Apotek	DMP	Helfo	Sum
Helsenorge	50,00 %	50,00 %					100,00 %
Kjernejournal	50,00 %	50,00 %					100,00 %
E-resept	43,50 %	43,50 %		10,00 %	1,00 %	2,00 %	100,00 %
SFM	50,00 %	50,00 %					100,00 %
Pasientens prøvesvar	60,00 %	40,00 %					
Grunndata og HelselD	33,33 %	33,33 %	33,33 %				100,00 %
Helsenettet	33,33 %	33,33 %	33,33 %				100,00 %
VKP	5,00 %	95,00 %					100,00 %

Finansieringsbehov 2026 ihht TBU dokument fremlagt vår 2025 – tall oppgitt i millioner kroner (tall er ikke indeksregulert)							
Løsning	RHF	Kommune	Øvrige aktører	Apotek	SLV (faktureres utenfor forskrift)	Helfo (faktureres utenfor forskrift)	Sum
Helsenorge	196,05	196,05					392,1
Kjernejournal	54,7	54,7					109,4
E-resept	49,7	49,7		11,4	1,2	2, 3	114,3 *
SFM	29,05	29,05					58,1
Pasientens prøvesvar	10,5	7,0					17,5
Grunndata og HelselD	35,27	35,27	35,27				105,8
Helsenettet	63,73	63,73	63,73				191,2
VKP	1,55	29,45					31,0

* Av de 114,3 mnok på E-resept er det 110,7 mnok som er forskriftsfestet og som fordeles mellom RHF, Kommune og Apotek

7. Vedlegg

Viser til egne vedlegg:

- 1.1 Innspills logg fra øvrige aktører på prismodell for Helsenettet inkludert Grunndata og HelselD.
- 1.2 Oversikt over øvrige aktører som har fått tilsendt forslag til prismodell for Helsenettet inkludert Grunndata og HelselD.
- 1.3 Medlemskap i Helsenettet