

Ekstraordinært møte i Porteføljerådet

8. oktober 2026

Microsoft Teams



Stedfortredere til dagens møte

- Jan Helge Norekval, Helse Vest RHF, stiller for Ole Jørgen Kirkeluten
- Ulf Eirik Wangsvik Sigurdsen, Helse Sør-Øst RHF, stiller for Ole Johan Kvan
- Rita Midthaug, Norsk helsenett SF, stiller for Bodil Rabben.
- Hans Löwe Larsen, Helsedirektoratet, stiller for Bente Andersen Sundlo

Saksnr	Agenda Ekstraordinært møte i Porteføljerådet 8. oktober 2026	Presenterer saken	Tid	Sakstype
35/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Lucie Aunan, Helsedirektoratet	14:00	Godkjenning
36/26	Helsedataforordningen 2031 og 2035 – anbefalt retning og forutsetninger for gjennomføring på primærbruksområdet	Siv Ingebrigtsen og Guro Thorshaug, Helsedirektoratet	14:05	Drøfting
37/26	Status EHDS innføringsprosjekt, inkl. samfunnsøkonomisk analyse	Håvard Kolle-Riis, FHI	15:00	Drøfting
	Slutt		16:00	

Sak 35/26: Godkjenning av innkalling og dagsorden

—

Forslag til vedtak

Porteføljerådet godkjenner innkalling og dagsorden.

Sak 36/26: Helsedataforordningen 2031 og 2035 – anbefalt retning og forutsetninger for gjennomføring på primærbruksområdet



Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (TB2025-115 presisering)

Departementet ber om at Helsedirektoratet også gjør en vurdering av kravene (på primærområdet) i helsedataforordningen som innføres i 2031 og 2035, herunder alternative tiltak, og synliggjør forutsetninger og avklaringsbehov for det videre arbeidet. Leveransen skal også inkludere en foreløpig, overordnet vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.

Departementet viser til at Folkehelseinstituttet gjør tilsvarende vurdering av kravene som gjelder sekundærområdet.

Frist: 15.10.2026

Fra forrige møte til dagens drøfting



Hva rådet pekte på

- Sterkere kobling til konkrete realiseringsløp
- Mer samordning av primær- og sekundærbruk
- Større åpenhet om forutsetninger og avhengigheter

Hva vi legger frem nå

- En hovedretning for primærområdet
- Retning per informasjonsområde
- Kritiske avklaringer og risikoområder

Hva vi trenger fra porteføljerådet

- Er retningen robust nok?
- Hvilke avklaringer må tas først?
- Hvordan unngår vi parallelle løsninger?

Involvering

DIALOG GJENNOMFØRT

Dialog og samarbeid

- EHDS-kjerneteamet er involvert, med utgangspunkt i RHF-enes posisjonsnotat
- EHDS leverandørgruppe har gitt innspill, behov for mer dialog.
- Utvalgte berørte aktører har gitt innspill gjennom arbeidsmøter, workshops og faglige diskusjoner

VIDERE INVOLVERING

Bredden i sektoren må kobles på

- Konsekvenser må vurderes for fastleger, avtalespesialister, tannleger, fysio-/ergoterapeuter, sykepleiere, private laboratorier/røntgen og andre aktører

Innspillene er brukt til

Erfaringer og utfordringer

Vurdering av mulige tiltak

Anbefalinger og avklaringsbehov

Anbefalt hovedretning: videreutvikle det vi har



Prinsipp: behold fungerende løsninger – standardiser og koble dem sammen stegvis
Ikke separat «EHDS-arkitektur», men nasjonale løsninger som videreutvikles for å støtte europeiske krav.

.

Løsningsretning per område

Anbefalingen er å bruke eksisterende nasjonale informasjonstjenester der de passer.

Medisinske bilder

Videreutvikle nasjonal bildedeling basert på IHE-infrastruktur. Bildene lagres fortsatt distribuert hos kildene, mens nasjonal infrastruktur gir oversikt, søk, tilgang, strømming og mulighet for nedlasting.

Svarrapporter bildeundersøkelser

Videreutvikle Pasientens prøvesvar (PPS) som nasjonal informasjonstjeneste. For billediagnostikk etableres en standardisert kobling mellom svarrapporten og den tilhørende bildeundersøkelsen.

Medisinske testresultater

Pasientens måledata (PMD) og Pasientens journaldokumenter (PJD). Andre relevante testresultater, målinger, og rapporter vurderes ut fra klinisk nytte og informasjonstype.

Utskrivningsrapporter

Videreutvikle Pasientens journaldokumenter (PJD) og dagens distribuerte dokumentdeling. Dokumentene kan fortsatt lagres hos virksomhetene, mens nasjonal infrastruktur gir oversikt og tilgang på tvers av aktørene.

Tverrgående krav: Helsenorge · MyHealth@EU · identitet · representasjon · autentisering · autorisasjon · tilgangsstyring · logging · innsyn

Tiltakene treffer hele verdikjeden

Eksisterende tjenester gir et utgangspunkt, men krever samordnet endring nasjonalt og lokalt

Nasjonale tjenester

- PPS, PJD og PMD
- Helsenorge
- MyHealth@EU-kontaktpunkt
- Identitet og tilgangsbegrensninger

Virksomheter

- RIS, PACS og VNA
- EPJ og fagsystemer
- Integrasjoner og nettverk
- Rutiner og opplæring

Systemleverandører

- EU-format i produkter
- Produsent og konsument
- Visning og opplasting
- Testing og dokumentasjon

Myndigheter

- Regelverk og krav
- Standarder og kodeverk
- Veiledning og godkjenning
- Koordinering og finansiering

Arbeidsprosessene påvirkes der mer informasjon skal registreres strukturert, kunne deles i begge retninger og vises i eksisterende arbeidsflater.

God prosesstøtte og automatisering avgjør om endringen gir merarbeid eller gevinst.



Innovasjon, næringsliv og leverandørmarked

KRAV

**Standarder, grensesnitt
og testmuligheter**

BARRIERER

**Enklere integrasjon
og systembytte**

MULIGHETER

**Større marked
og nye tjenester**

Muligheter

- Økt system- og tjenesteinnovasjon
- Reduserte tekniske integrasjonsbarrierer
- Norske leverandører kan få enklere tilgang til et større marked
- Strukturerte data kan styrke forskning, KI, medisinsk utstyr og digitale helsetjenester

Forutsetninger for verdiskaping

- Forutsigbare rammer og tidlig kommunikasjon av krav
- Relevant datakvalitet og effektiv tilgang
- Personvern og informasjonssikkerhet som innebygde premisser
- Krav og fortolkninger må praktiseres likt

Risiko og avklaringsbehov

- Økte etterlevelseskostnader
- Mulig konsolidering og konkurransevidning
- Krav må inn i anskaffelser og eksisterende avtaler
- Ansvar og finansiering må avklares mellom myndigheter, tjeneste og leverandører

Leverandørmarkedet må involveres tidlig nok til at krav, anskaffelser, finansiering og overgangsløsninger kan planlegges samlet.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Hva kostnadene gjelder

Videreutvikling og forvaltning av nasjonale tjenester

Lokale systemtilpasninger, integrasjoner og testing

Standardisering, informasjonssikkerhet og opplæring

Hva som bestemmer nivået

Endelige europeiske krav og hvilke aktører/datatyper som omfattes

Valg av gjennomføringsmodell og nasjonal koordinering

Hvor godt gjennomføringen bygger videre på eksisterende løsninger

Hva kan drive merkostnader

Lang overgang fra minimumstilpasning til ønsket langsiktig løsning

Parallelle formater, grensesnitt og løsninger over tid

Endringer i styring, informasjonsforvaltning, arbeidsprosesser og kompetanse

Overgangen til internasjonale standarder og bedre digital samhandling er allerede en nasjonal utviklingsretning, og kostnadene kan derfor ikke i sin helhet tilskrives helsedataforordningen. Forordningen kan imidlertid fremskynde tiltak og medføre merkostnader knyttet til endringer i styring, informasjonsforvaltning, arbeidsprosesser, kompetanse og teknologi.

Drøfting / innspill fra porteføljerådet

1. Er retningen robust nok?

Gir videreutvikling av nasjonale løsninger et tilstrekkelig grunnlag for videre planlegging?

2. Hva må avklares først?

Hvilke avklaringer på nasjonalt og lokalt nivå er viktigst for gjennomføringen, med særlig vekt på å begrense kostnadsdrivende overgangsløsninger og teknisk gjeld?

Forslag til vedtak

Porteføljerådet støtter hovedretningen om å videreutvikle eksisterende nasjonale løsninger og gjennomføre en trinnvis overgang til helsedataforordningen. Porteføljerådet anbefaler at videre planlegging samordner primær- og sekundærbruk, og at berørte aktører involveres forutsigbart gjennom etablerte samarbeidsarenaer.

Status EHDS innføringsprosjekt, inkl. samfunnsøkonomisk analyse

Porteføljerådet

08.10.2026

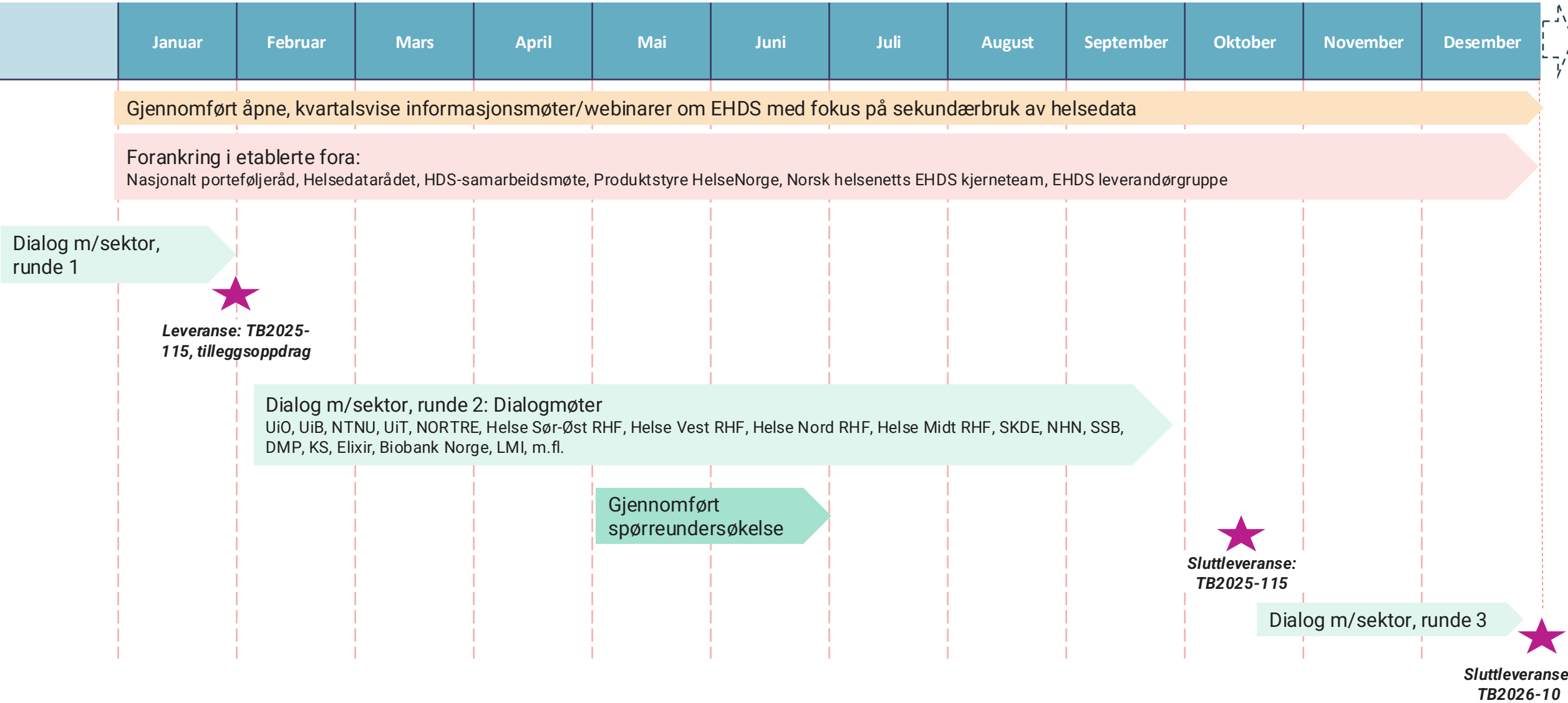
Oppdrag TB2025 – 115 Helsedataforordningen (EHDS)

Helsedirektoratet (HDIR) fikk i tildelingsbrev i 2025 tre oppdrag knyttet til utredning av de økonomiske og administrative konsekvenser av EHDS (TB2025–115). Dette er en videreføring av arbeidet med å gjøre en konsekvensvurdering av implementering av EHDS-forordningen i Norge, og koordinere arbeidet på tvers av helsesektoren, der FHI bidro inn i arbeidet for å vurdere konsekvenser for sekundærbruk av helsedata. GAP-analysen ble levert til HOD 11.04.2025.

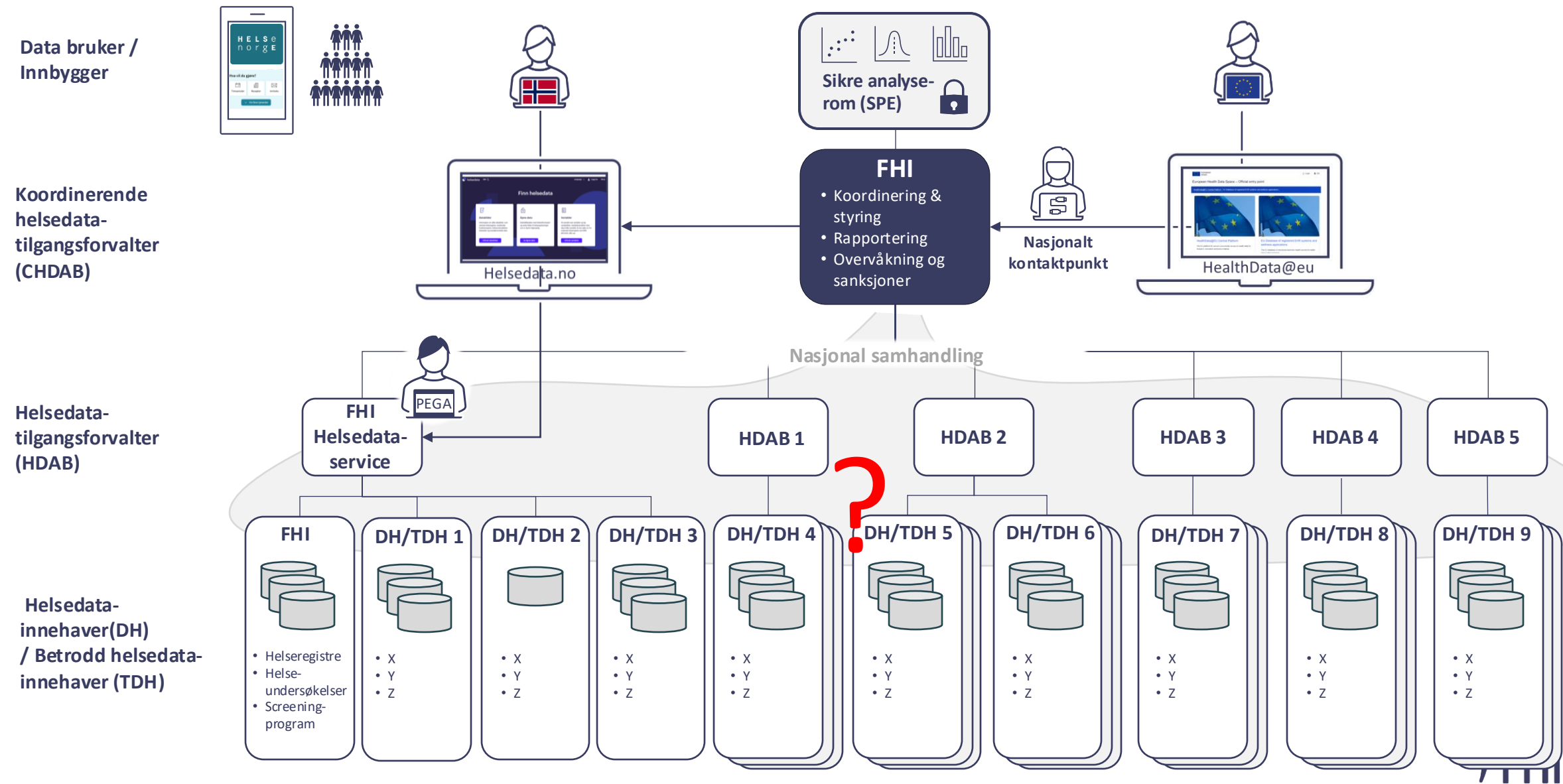
Oppdrag TB2025 -115 består av tre deloppdrag der HDIR og FHI har samarbeidet om leveranser til HOD:

- Deloppdrag 1: Innspill til høringsnotat med hensyn til økonomiske og administrative konsekvenser av helsedataforordningen. Felles leveranse fra HDIR/FHI levert 15.11.2025
- Deloppdrag 2: Innspill til budsjettforslag for 2027, herunder en forenklet samfunnsøkonomisk analyse av konsekvensene ved gjennomføring av helsedataforordningen i Norge. Felles leveranse fra HDIR/FHI levert 15.11.2025.
- Deloppdrag 3: Gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse av konsekvensene ved gjennomføring av helsedataforordningen i Norge (ytterligere detaljering av deloppdrag 2). Dette oppdraget er delt opp i to ansvarsområder:
- HDIR fikk i oppdrag å gjennomføre samfunnsøkonomisk analyse for innføring av kravene i 2027 og 2029 knyttet til primærbruk av helsedata. Leveranse fra HDIR levert 1.5.2026. Tilleggsoppdrag er gitt til HDIR som omhandler kravene på primærområdet som inntreffer i 2032 og 2035. Oppdraget har frist 15.10.2026.
- **FHI fikk i oppdrag å gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse av innføring av kravene for sekundærbruk av helsedata som inntreffer i 2027, 2029, 2031 og 2035. Frist for leveranse er 15.10.2026.**

Dialog og forankring i sektor 2026



EHDS: Det må etableres et nasjonalt nettverk for tilgangsförvaltning innen 2029



Grunnleggende forutsetninger

- Eksisterende nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring av helsedata til sekundærbruk til grunn. Det forutsettes at hovedkildene til sekundærbruk er etablerte registre – sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre – samt helseundersøkelser, biobanker, forskningskohorter og andre strukturerte helsedata forvaltet etter FAIR-prinsippene.
- Tar utgangspunkt i en minimumsløsning som i størst mulig grad baserer seg på gjenbruk av eksisterende organisatoriske og tekniske løsninger.
- Trinnvis innføring. Vi starter i 2029 med de dataene vi allerede har, og øker omfanget gradvis.
- Legger til grunn at deling av enkelte datakategorier, hvor primærbruk første trer i kraft i 2031, utsettes til kravene er fastlagt, dataene er strukturert, og EPJ-systemene er modne nok til å levere strukturerte data
- Risiko for at forutsetningene og den foreslåtte minimumsløsninger ikke dekker alle datakategorier fullt ut fra 2029. Dette kan gi avvik fra forventningene til hva Norge skal levere, og kan kreve etterarbeid dersom kravene på EU-nivå tolkes strengere enn lagt til grunn her.
- Det pågår fortsatt diskusjoner på EU-nivå om hvordan datakategoriene skal tolkes. Signalene peker mot at EU beveger seg fra en distribuert modell til en modell der det etableres nasjonale registre og sentrale strukturer for datadeling (som foreslått her), men dette er ikke endelig avklart eller bekreftet.

Mer detaljerte forutsetninger

- I henhold til føringene om en minimumsløsning legger vi til grunn at EHDS-pliktene svares ut nesten utelukkende basert på **registerdata/nasjonale løsninger** i de første årene, herunder:
 - Kommunehelsetjenesten med fastleger og andre private helsetjenesteaktører dekkes utelukkende av KPR/NPR frem til 2030/31
 - Apotek dekkes utelukkende av LMR frem til 2030/31
 - Bilder og labsvar dekkes av løsninger i regi av HDIR (bildedatabase + pasientens prøvesvar) frem til 2030/31
- Deretter gjøres mer detaljert informasjon tilgjengelig basert på EPJ og andre fagsystemer, der data med stor forventet bruk prioriteres
- Systemleverandører vil gradvis tilpasse seg krav (primærbruk) til standardiserte dataformater (og tilhørende metadata)
- Beskrivelse av data ihht HealthDCAT vil kunne gjøres av systemleverandører/IKT-driftspartnere uten vesentlig arbeidsbyrde etter hvert som data/dokumentasjonsløsninger blir videreutviklet i forbindelse med EHDS-primærbrukskrav
- Data gjøres i første omgang kun «F» (indable), og gjøres «AIR» på forespørsel (Nasjonalarkivet-metoden)
- Enkelte dataområder/-kategorier er holdt utenfor hele/deler av analysen, herunder:
 - Data fra kommuner og private aktører kommer først i andre halvdel av perioden, med antakelse om at leverandører vil bruke noe tid på å tilpasse seg primærbrukskrav
 - Genom/OMICS-data er holdt utenom analysen (beskrivelse og anslag gjøres separat/som tillegg) pga manglende modenhet mht blant annet personvern hensyn, standarder for metadata, forvaltning for sekundærbruk, infrastruktur for lagring og analyse m.m
 - Samtykkebaserte datasamlinger omfattes ikke med tilbakevirkende kraft (men med reservasjonsrett fra 2029). Unntak: de store helseundersøkelser (MoBa, HUNT, HUSK, T-undersøkelsen, SAMINOR ++)
 - Data fra mikrobeidrifter (under 10 ansatte/2 mill €) forutsettes ikke omfattet av forordningen
 - Data fra medisinsk-teknisk utstyr (kategori h + n) – arbeid med å beskrive og tilgjengeliggjøre må avvete primærbrukskrav som kommer først i 2031, og deretter leverandørers tilpasninger til krav
 - Data fra velferdsteknologiske tjenester i kommune og hjemmesykehus samt medisinsk-teknisk utstyr som slettes løpende forutsettes ikke omfattet (unntatt enkelte data som legges inn i andre dokumentasjonssystemer, og da beskrives og tilgjengeliggjøres derfra, eks EPJ)
 - Data hos SSB (statistikkloven) og Forsvaret sanitet er holdt (nasjonal sikkerhetslovgivning) utenfor
 - Miljødata er holdt utenfor, unntatt det som er samlet inn ifm en helseundersøkelse
- Vedtaksmyndighet per datasamling er unik, dvs én HDAB kan ikke overstyre andre HDAB'ers vedtak

EHDS HELSEDATAKATEGORIER ART. 51

-  Kategorier som skal være klare i 2029.
-  Kategorier som skal være klare fra 2031.
-  Kategorier som ikke inngår i kostnadsestimering

(a) EHR
Elektroniske helsedata og helseopplysninger

(c) Aggr. data helsetjenesten
(behov, ressurser og utgifter)

(d) Data om patogener som påvirker helse

(e) Administrative helsedata
(f.eks. refusjoner)

(h) Helsedata fra medisinsk utstyr

(i)* Data fra velvære- og helserelaterte appl.

(j) Data om helsepersonell, spesialisering, autorisasjon

(k) Offentlige helseregistre

2029

(l) Medisinske registre og dødsårsaksregistre

(n) Øvrige data fra medisinsk utstyr

(o) Legemiddel- og utstyrsregistre

(q)* Helsedata fra biobanker og tilhørende databaser

(b) Faktorer som påvirker helse; inkl. sosioøkonomiske, miljømessige, atferdsrelaterte

(f)* Genetiske og genomiske data mennesker

(g)* Molekylære data mennesker (multi-omics mm.)

(m) Data fra kliniske studier og undersøkelser

2031

(p) Data fra helserelaterte spørreundersøkelser og forskningskohorter

Alternativ 1 – Sentralisert modell: 1 HDAB



Koordinerende HDAB FHI

Nasjonalt kontaktpunkt (NCP)

HDAB FHI

2029

2031

Dekkes delvis av registre FHI+HDIR:

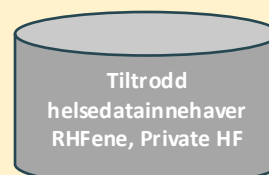
- (a) EHR
- Elektroniske helsedata og helseopplysninger
- (c) Aggr. data helsetjenesten (behov, ressurser og utgifter)
- (d) Data om patogener som påvirker helse
- (e) Administrative helsedata (f.eks. refusjoner)
- (j) Data om helsepersonell, spesialisering, autorisasjon
- (k) Offentlige helseregistre
- (l) Medisinske registre og dødsårsaksregistre
- (o) Legemiddel- og utstysregistre

Dekkes av RHF+UH+FHI:

- Helsedata fra biobanker og tilhørende databaser

Dekkes på sikt av registre, avventer til 2031-primærkrav:

- (h) Helsedata fra medisinsk utstyr
- (i)* Data fra velvære- og helserelaterte appl.
- (n) Øvrige data fra medisinsk utstyr

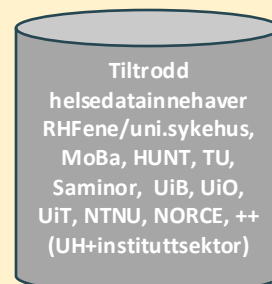


(p) Data fra helserelaterte spørreundersøkelser og
forskningskohorter



Dekkes av RHF+UH+FHI:

- (f)* Genetiske og genomiske data mennesker
- (g)* Molekylære data mennesker (multi-omics mm.)
- (m) Data fra kliniske studier og undersøkelser

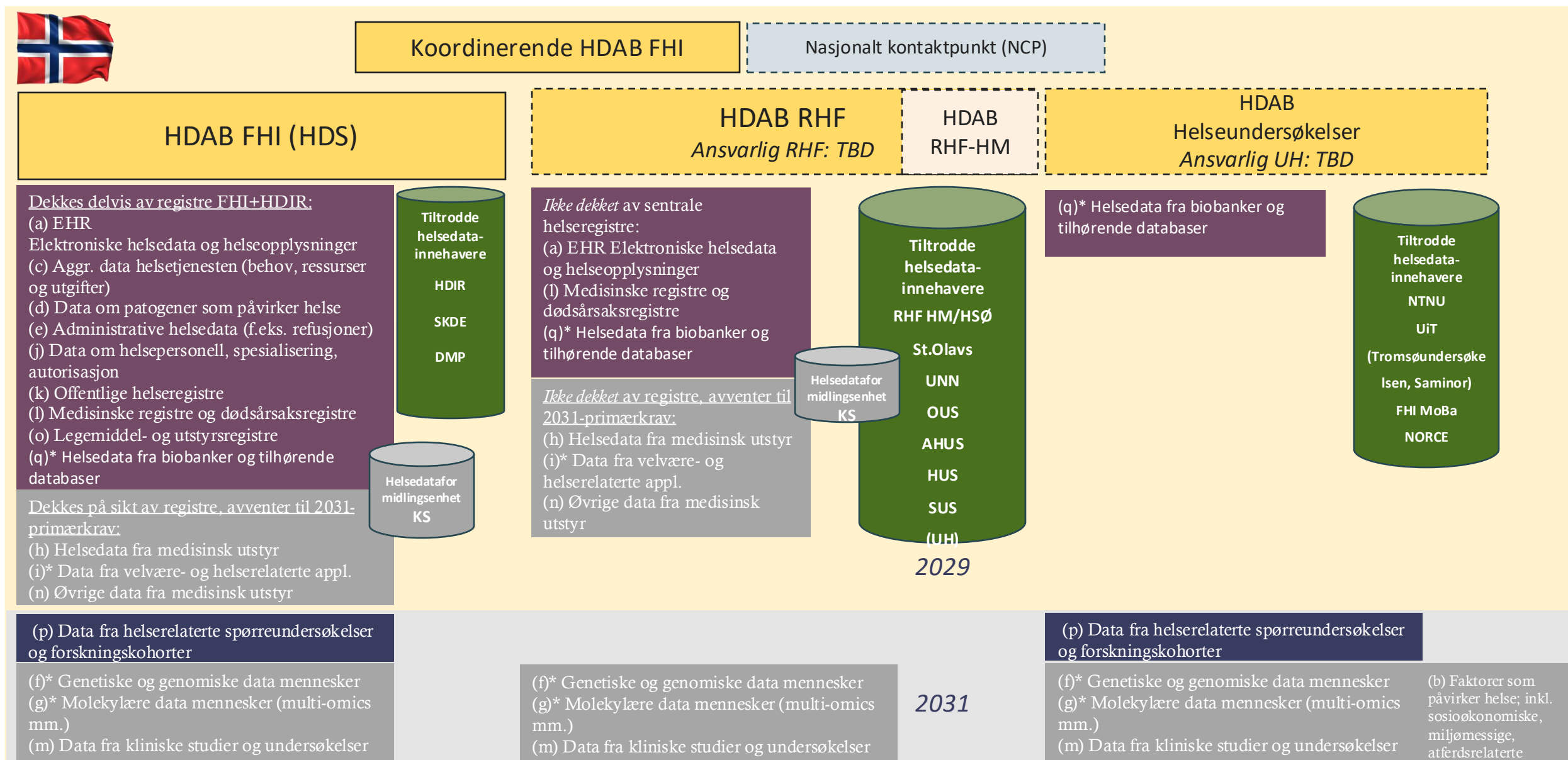


Dekkes av andre DABer, UH+FHI

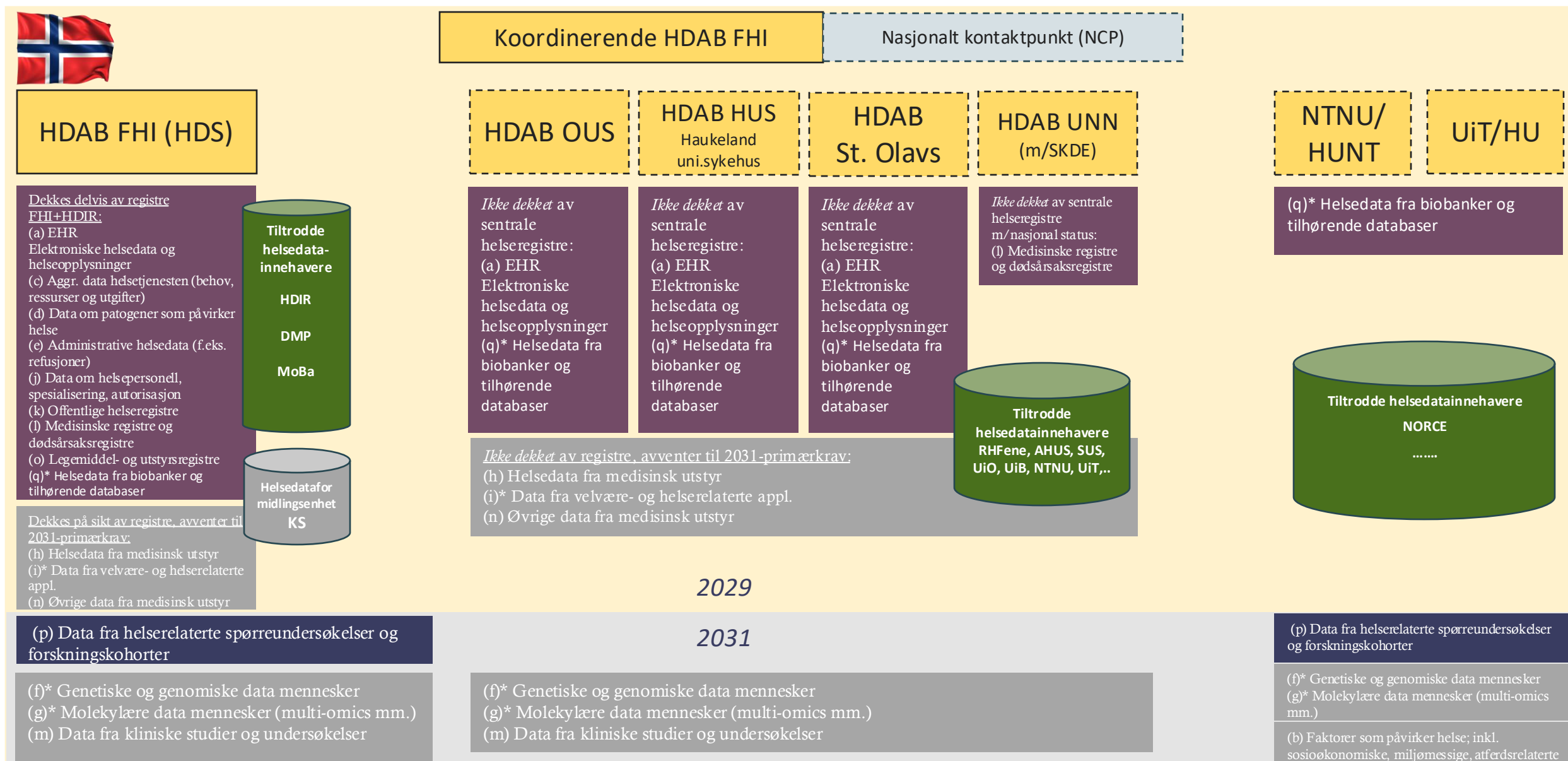
- (b) Faktorer som påvirker helse; inkl.
sosioøkonomiske, miljømessige, atferdsrelaterte



Alternativ 2 – Delvis sentralisert modell: 3-4 HDABer



Alternativ 3 – Delvis sentralisert modell, utvidet: 7 HDABer

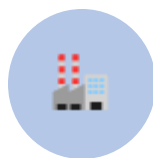




Forskere



Helse-
myndigheter



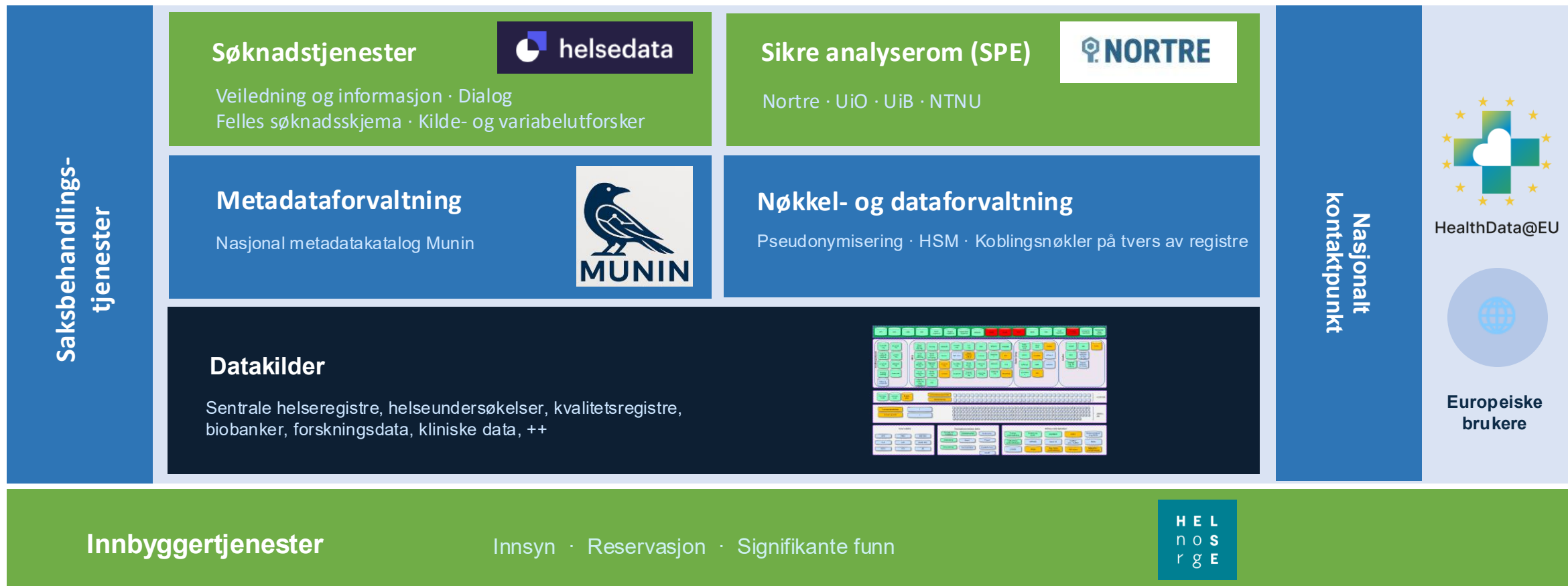
Næringsliv /
MedTech



Klinikere /
Helseledere



Europeiske
brukere



Teknisk målbilde – status okt. 2026

Nasjonalt kontaktpunkt

Planlegging

- Teknisk bro mellom norsk infrastruktur og HealthData@EU
- Norske metadata ut; sikker datatransport over landegrensene
- EU-applikasjon på FHIs kubernetesduster (Skybert)
- Etableres og driftes av koordinerende HDAB

Innbyggertjenester - Nasjonalt reservasjonsregister

Konsept

- Reservasjon (opt-out) mot utlevering til sekundærbruk
- Gjelder ikke innsamling i registre eller nasjonale utleveringer
- Enkel konfigurering i Helsenorge
- Kostnader hos NHN og FHI, ikke hos helsedatainnehaverne

Metadata-tjenester

Gjennomføring

- Nasjonal metadatakatalog koblet til EUs infrastruktur
- Munin i produksjon med første versjon i høst
- Alle helsedatainnehavere leverer etter HealthDCAT-AP
- Datasett beskrives etter kravene til Quality & Utility Label

Sentral tjeneste for koblingsnøkler

Planlegging

- Produserer løpenummer og filtrerer vekk reservasjoner
- Brukte løpenummer registreres tilbake til koblingssentralen
- Gir grunnlaget for innbyggerens innsyn i prosjekter

Sikre analysetjenester (SPE)

EHDS-tilpasninger

- Lukket miljø for analyse av pseudonymiserte helsedata
- Rådata kan ikke eksporteres; kun godkjente aggregerte resultater
- NORTRE etablert som nasjonal infrastruktur fra 01.01.2026
- Forutsettes brukt av alle aktører fra 2029

Utlevering til SPE

Idé

- Felles utleveringssentral, eller direkte fra innehaver og HDAB?
- En sentral løsning kan rute til rett sted ut fra søknaden
- Løftes i fora med berørte aktører før anbefaling

Søknad og saksbehandling

Planlegging

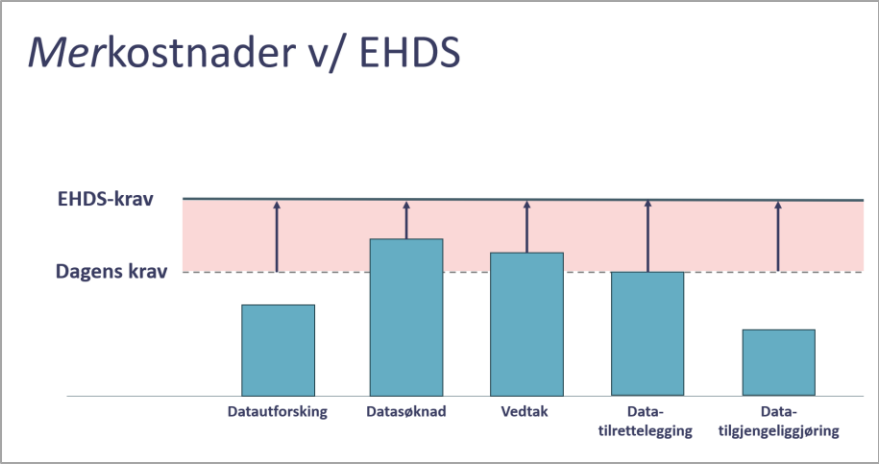
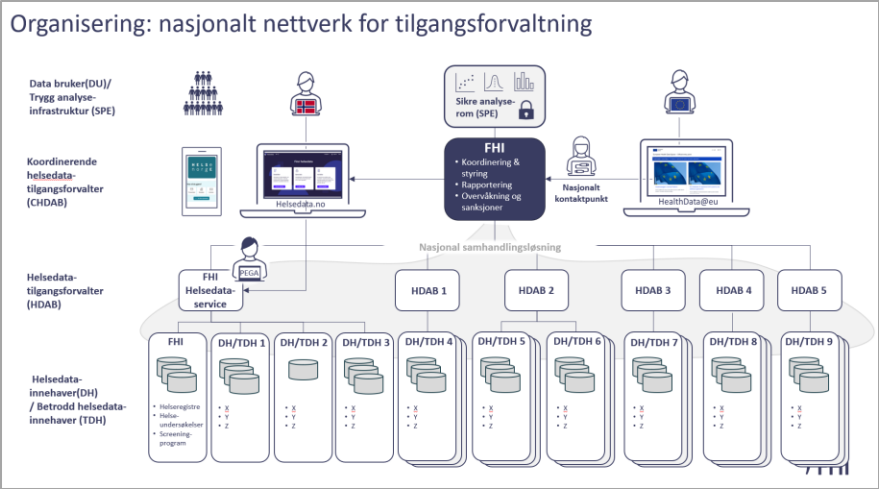
- Operativ kjerne i HDAB-funksjonen
- Søknader via HealthData@EU og nasjonalt kontaktpunkt
- Nye Søksak: leveranse 1 erstatter dagens system
- Leveranse 2 dekker EHDS-kravene og utvidet funksjonalitet

Valg som gjenstår

- Skal aktørene bruke Nye Søksak helt, delvis eller integrere egne systemer?
- Koordinerende HDAB må ha autoritative søknadsdata for alle norske søknader
- Sentral koblingsnøkeltjeneste er anbefalt, ikke besluttet
- FHI kommer tilbake med anbefaling om endelig løsningsarkitektur

Kontekst for kostnadsestimering

EHDS HELSEDATAKATEGORIER ART. 51			
(a) EHR Elektroniske helsedata og helseopplysninger	(c) Aggr. data helsetjenesten (behov, ressurser og utgifter)	(d) Data om patogener som påvirker helse	(e) Administrative helsedata (f.eks. refusjoner)
(h) Helsedata fra medisinsk utstyr	(i)* Data fra velvære- og helserelaterte appl.	(j) Data om helsepersonell, spesialisering, autorisasjon	(k) Offentlige helseregistre
(l) Medisinske registre og dødsårsaksregistre	(n) Øvrige data fra medisinsk utstyr	(o) Legemiddel- og utstyrregistre	(q)* Helsedata fra biobanker og tilhørende databaser
(b) Faktorer som påvirker helse; inkl. sosioøkonomiske, miljømessige, atferdsrelaterte	(f)* Genetiske og genomiske data mennesker	(g)* Molekylære data mennesker (multi-omics mm.)	(m) Data fra kliniske studier og undersøkelser
(p) Data fra helserelaterte spørreundersøkelser og forskningskohorter			



Bottom-up-estimering

Kostnadskategorier for ulike grupper i ulike roller, **lavt og høyt** estimat

Helsedatainnehavere

Driftskostnader (FTE/kr)

Saksbehandling

Forvaltning

Investeringskostnader (FTE/kr)

Beskrivelse av datasett

Tekniske løsninger

Kompetansebygging/etablering

Kommuner

RHF/HF

Universiteter/høgskoler/forskningsinstitutter

Private aktører (med kommunal eller statlig avtale og helprivate)

Statlig helseforvaltning u/FHI

FHI

Tilgangsforvaltere

Driftskostnader (FTE/kr)

Saksbehandling

Forvaltning

Investeringskostnader (FTE/kr)

Tekniske løsninger

Kompetansebygging/etablering

FHI (HDS utvidelse)

HDAB utvidelse av eksisterende

HDAB nyetablering

Nasjonale oppgaver

Driftskostnader (FTE/kr)

Investeringer (FTE/kr)

Helsedata.no

Nasjonal metadatakatalog

Innbyggertjenester inkl reservasjonssreg.

Nasjonal nøkkelforvaltning

EHDS myndighetsoppgaver (nasjonal koord. HDAB)

EHDS nasjonalt klargjøringsprosjekt

Trygge analyserom

Økt søknadsmengde REK

FHI

NHN

NORTRE

REK

Overordnet vurdering av kostnader

Foreløpig vurdering

	Helsedatainnehavere		Tilgangsførere		Nasjonal(e) infrastruktur/funksjoner	
	Type kostnad	Anslått størrelse	Type kostnad	Anslått størrelse	Type kostnad	Anslått størrelse
Driftskostnader	Saksbehandling (tilgjengeliggjøring av data)	Stor	Saksbehandling (behandling av søknader)	Mellomstor	Helsedata.no	Mellomstor-stor
	Forvaltning (innbyggerrettigheter, metadata, tekniske løsninger)	Mellomstor	Forvaltning (saksbehandlingsløsninger, fakturasystemer, generell veiledning,	Liten - mellomstor (avhengig av antall HDAB'er)	Nasjonal metadatakatalog	
Investeringer	Beskrivelse av datasett ihht HealthDCAT	Stor - veldig stor (avh. av ambisjonsnivå/	Tekniske løsninger (saksbehandling/adm/fakturering, oppkobling mot nasjonale fellesløsninger)	Liten - mellomstor (avhengig av antall HDAB'er)	Innbyggertjenester inkl. reservasjonsreg.	
	Tekniske løsninger (saksbehandling/adm/fakturering)	Liten- mellomstor (avhengig av ambisjonsnivå)	Kompetansebygging/etablering av nye funksjoner	Liten - mellomstor (avhengig av antall HDAB'er)	Nasjonal nøkkelforvaltning	
	Kompetansebygging/etablering av nye funksjoner	Stor (potensielt veldig stor)			EHDS myndighetsoppgaver (nasjonal koord. HDA	Mellomstor - stor
					Sikre analyserom (SPE)	Liten
					Økt søknadsmengde REK	
					Helsedata.no	Mellomstor
					Nasjonal metadatakatalog	
					Innbyggertjenester inkl. reservasjonsreg.	
					Nasjonal nøkkelforvaltning	
					EHDS myndighetsoppgaver (nasjonal koord. HDA	
					EHDS nasjonalt klargjøringsprosjekt	
					Sikre analyserom (SPE)	Mellomstor
					Økt søknadsmengde REK	Liten

Infrastruktur for bio/genom/omicsdata

??



Betydelige kostnader, men skal (det meste) kunne brukerfinansieres



Kan «velges» - beslutningstidspunkt er relevant: «up-front» eller basert på dokumentert behov?



Stor kostnadsrisiko: mange aktiviteter fordelt på mange aktører, uklar avgrensning av hva som er «nødvendig»

Vurdering av alternative modeller samlet

Foreløpig vurdering

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
+	• Lavest kostnader* • Lav risiko for unødvendige investeringer og løpende driftskostnader • Lav risiko for ulik praksis	• Moderat risiko for flaskehals (omdømme, brukerkostnader v/ venting) • Moderat risiko for høye brukerkostnader (koordinering) • Moderat risiko for unødvendige investeringer og løpende driftskostnader • Moderat risiko for ulik praksis • Noen grad av benchmarking nasjonalt	• God benchmarking nasjonalt • Lav risiko for flaskehals i enkle saker
-	• Risiko for flaskehals (omdømme, brukerkostnader v/ venting) • Risiko for høye brukerkostnader (venting, koordinering) • Eneleverandør nasjonalt (ingen benchmarking nasjonalt, men internasjonalt)	• Noe høyere kostnader*	• Høyest kostnader* • Betydelig risiko for unødvendige investeringer og driftskostnader • Betydelig risiko for høye brukerkostnader i koblede/kompliserte saker (koordinering) • Mellomstor risiko for ulik praksis

**basert på det som er tallfestet*

Milepæler, møter og frister høsten 2026

Oktober

7. oktober · Møte
EHDS Kjerneteam NHN

8. oktober · Møte
Porteføljerådet HDIR

14. oktober · Møte
EHDS2 CoP General Assembly

15. oktober · Frist
Samfunnsøkonomisk analyse leveres

20. oktober · Møte
Frokostmøte om EHDS

November

1. november · Produksjon
Munin v1 i produksjon

7. november · Møte
EHDS Kjerneteam NHN

12. november · Møte
Brukerrådet for helsedata

18. november · Workshop
EHDS Kjerneteam NHN

Desember

4. desember · Møte
EHDS Kjerneteam NHN

3. desember · Møte
Helsedatarådet

Desember · Beslutning
BP3 – beslutning om
gjennomføringsfase

- Nasjonal tjeneste for koblingsnøkler
- Nasjonalt kontaktpunkt
- Søknad- og saksbehandlingstjenester
- Innbyggertjenester/reservasjonsregister

31. desember · Frist
Forslag til nasjonal modell for
tilgangsforvaltning (TB2026-10)