

Innspill nr	Aktør	Innspill fra øvrige aktørene på prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID	Norsk helsenetts kommentar	Aktør representert ved	Dato for innspill
1	Optikerbransjen	<p>Optikerbransjen takker for muligheten til å gi innspill til den nye prismodellen for Helsenettet, Grunndata og HelseID 2027 for øvrige aktører.</p> <p>Vi representerer over 530 optiske virksomheter over hele Norge. Vårt formål er å bidra til at de optiske bedriftene yter samfunnet best mulig synshjelp, samt å arbeide for å fremme kunnskap om optikernes fagkunnskap og øke den generelle kunnskapen i samfunnet om viktigheten av godt syn og god øyehelse. Optikere er autorisert helsepersonell med minimum en bachelorgrad.</p> <p>Majoriteten av virksomhetene i optikerbransjen er frivillig påkoblet helsenettet og vi vil komme med innspill til den foreslåtte nye prismodellen som gjelder for de øvrige aktørene.</p> <p>Optikerbransjens innspill</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Optikerbransjen støtter målsettingen om at alle virksomheter som yter helsehjelp er tilkoblet Helsenettet. Både for at helsepersonell kan samhandle digitalt med hverandre, i tillegg til å sikre kontroll på hvem som deler og mottar helseopplysninger.</li> <li>• Vi støtter reduksjonen i pris for de minste aktørene.</li> <li>• Å endre fra lokasjon til filialer i henhold til Brønnøysundregistrene er fornuftig, da det gjør at prosessen kan automatiseres og forenkles.</li> <li>• Prisen for filialer er derimot satt veldig høyt og reflekterer ikke at flere av kjedene består av mange små filialer. Løsningen på dette vil være å ta totalomsetning og dele på antall filialer. Da blir de lagt inn i riktigst mulig kategori.</li> <li>• Kun omsetning av helsetjenester bør inngå i beregningen, og ikke varesalg. Dette kan enkelt differensieres ved mva-koder.</li> <li>• Vi etterlyser større forutsigbarhet i prismodellene og ber om at det gjøres en vurdering om det er hensiktsmessig å revidere hele prismodellen hvert år. Det er viktig for våre medlemmer at bedriftsmessige hensyn ivaretas fremover.</li> </ul>	<p><b>Pris på filialer:</b> Vår vurdering: Filialer tar ikke hensyn for omsetning og kan i teorien være store virksomheter som ikke kan sammenlignes med små virksomheter i kategori a. Dette er noe vi kan ta med i vurderingen når vi har fått riktig medlemsmasse på plass.</p> <p><b>Differensiering på omsetning:</b> Vår vurdering: Ved å differensiere på omsetning vil man få en større omlegging av modellen og vil medføre en økt kostnad for de små virksomhetene, priskategori a.</p>	Tina Alvær	21.04.2026
2	Fylkestannlege Trøndelag fylkeskommune	Vi har ikke noen tilbakemeldinger foreløpig. Dette ser greit ut. Har delt prismodellen med tannhelsekollegiet (fylkestannhelsesjefene) på Teams og gitt frist til mandag med å gi eventuelle innspill/kommentarer.		Bjørnar Hafjell	15.04.2026

Innspill nr	Aktør	Innspill fra øvrige aktørene på prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID	Norsk helsenetts kommentar	Aktør representert ved	Dato for innspill
3	Norsk Manuellterapeutforening (NMF)	<p>NMF organiserer autoriserte manuellterapeuter som i stor grad driver i små virksomheter, enten som enkeltpersonforetak eller i mindre aksjeselskaper, ofte med begrenset administrativ kapasitet og relativt små økonomiske marginer. For våre medlemmer er det avgjørende at prismodellen for nasjonale e-helseløsninger er forståelig, forutsigbar og forholdsmessig.</p> <p>Vi merker oss at Norsk helsenett foreslår å videreføre hovedmodellen der kommune, RHF og øvrige aktører hver dekker en tredel av forvaltnings- og driftskostnadene for Helsenettet, inkludert Grunndata og HelseID. Videre legger forslaget opp til at prinsippene for intern fordeling i segmentet «øvrige aktører» fortsatt skal bygge på omsetning og filialstruktur.</p> <p><b>1. NMF støtter behovet for en enkel og administrerbar modell, men ber om sterkere vekt på forholdsmessighet</b></p> <p>Vi har forståelse for at NHN ønsker en kostnadseffektiv modell med begrenset behov for manuelle prosesser. Samtidig er det viktig at administrativ enkelhet ikke går på bekostning av rimelighet for små, pasientnære virksomheter. NHN peker selv på at små virksomheter vil utgjøre den klart største medlemsgruppen i 2027-estimatene.</p> <p>For NMF er det særlig viktig at selvstendig næringsdrivende manuellterapeuter og små klinikker ikke får en uforholdsmessig belastning sammenlignet med større aktører som har helt andre økonomiske og administrative forutsetninger.</p> <p><b>2. Prismodellen bør skjerme små pasientnære virksomheter</b></p> <p>NMFs prinsipielle utgangspunkt er at tilgang til Helsenettet, Grunndata og HelseID bør være vederlagsfri for aktører som yter helsehjelp som del av den offentlige helsetjenesten. Dette er etter vår vurdering ikke bare tekniske støttetjenester, men grunnleggende felles infrastruktur for sikker samhandling, tilgangsstyring og deling av helseopplysninger i helse- og omsorgstjenesten. NHN viser selv til at de nasjonale løsningene er nødvendige nettopp fordi helseopplysninger i økende grad gjøres tilgjengelige for både helsepersonell og pasienter, og at dette stiller strengere krav til personvern, informasjonssikkerhet og kontroll med hvem som deler og mottar opplysninger. Når slik infrastruktur er en forutsetning for forsvarlig helsehjelp, bør kostnadene i utgangspunktet bæres som en del av den offentlige helseforvaltningen, og ikke skyves over på den enkelte virksomhet eller behandler. Dette gjelder særlig for små, pasientnære virksomheter som utfører lovpålagte eller offentlig finansierte helseoppgaver på linje med andre deler av tjenesten.</p> <p>Dersom det likevel skal kreves betaling, tar NMF de foreslåtte alternativene til orientering, men vil understreke at prismodellen må utformes slik at små virksomheter skjerms og at kostnadsnivået ikke blir en barriere for deltakelse i de nasjonale e-helseløsningene. NHN legger samtidig til grunn at Helsenettet, Grunndata og HelseID er felles nasjonale løsninger, at hvert hovedsegment i dag dekker en tredel av kostnadene, og at små virksomheter vil utgjøre en stor del av medlemsmassen i den nye modellen.</p> <p><b>3. Overgangen til individuelt virksomhetsmedlemskap må gjennomføres gradvis og forutsigbart</b></p> <p>NHN beskriver 2026 som et overgangså, hvor dagens medlemmer faktureres som før, mens hver selvstendig virksomhet skal bli medlem i løpet av året og først faktureres i 2027. NHN peker også på at medlemsmassen er i betydelig endring, og at endelig anbefaling først vil komme senere når prognosene er sikrere.</p> <p>NMF mener dette tilsier at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Øvergangen må ledsages av tydelig informasjon og enkel veiledning,</li> <li>•Øet bør vurderes overgangsordninger for små virksomheter som får nytt medlemskap som følge av omleggingen,</li> <li>•Øet må sikres at nye betalingsforpliktelser ikke innføres før kriterier, kategorisering og praktiske konsekvenser er tilstrekkelig avklart.</li> </ul> <p><b>4. Definisjoner og avgrensninger</b></p> <p>Vi merker oss at NHN foreslår å erstatte «lokasjon» med «filialer registrert i Brønnøysundregisteret som yter helsehjelp» i kategorien for kjeder, samt å utvikle kategorien «virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere» og opprette en ny kategori for «samarbeidspartnere».</p> <p>For NMF er det viktig at definisjonene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Ør presise og etterprøvbare,</li> <li>•Økke gir utilsiktede utslag for små klinikkfellesskap eller samarbeidsformer,</li> <li>•Økille tydelig mellom reelle kjedestrukturer og mindre faglige eller praktiske samarbeid.</li> </ul> <p>Dette er særlig viktig i primærhelsetjenesten, hvor organisering ofte kan være sammensatt uten at virksomheten har den økonomiske bæreevnen eller strukturen som kjennetegner en kjede.</p> <p><b>5. Økonomisk transparens og konsekvensvurderinger bør styrkes</b></p> <p>NHN understreker at det fortsatt er usikkerhet knyttet til medlemsgrunnlaget, og presenterer derfor to alternativer for prisnivå i 2027.</p> <p>NMF mener at endelig anbefaling til departementet bør ledsages av:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Øn tydelig konsekvensvurdering for små pasientrettede virksomheter,</li> <li>•Øn vurdering av samlet kostnadsbelastning for selvstendige behandlere,</li> <li>•Øn nærmere begrunnelse for hvordan modellen bidrar til rimelig fordeling, ikke bare administrativ enkelhet.</li> </ul> <p><b>Avslutning</b></p> <p>NMF vil avslutningsvis understreke at tilgang til Helsenettet, Grunndata og HelseID i prinsippet bør være vederlagsfri for virksomheter som utfører offentlig finansierte helseoppgaver. Dette er nasjonal, styrende infrastruktur som myndighetene selv forutsetter at tjenesten skal bruke, og kostnadene bør derfor bæres som en del av den offentlige finansieringen av helsetjenesten. Dersom det likevel opprettholdes en betalingsmodell, tar NMF de foreslåtte alternativene til orientering, men vil fremheve at modellen må utformes slik at små virksomheter ikke rammes uforholdsmessig hardt, og slik at kostnadsnivået ikke svekker målsettingen om bred og trygg bruk av de nasjonale e-helseløsningene.</p>	<p><b>Føringer og forutsetninger i prismodellen:</b> I vårt arbeids med prismodellen 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. Skal det legges til grunn andre forutsetninger må HOD beslutte dette.</p>	Peter Christian Lehne	15.04.2026

Innspill nr	Aktør	Innspill fra øvrige aktørene på prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID	Norsk helsenetts kommentar	Aktør representert ved	Dato for innspill
4	Dr. Dropin	<p>Vedlagt følger Dr.Dropin sine innspill til prismodell for helsenettet. Tilsvarende poenger er allerede kommunisert til NHN (hos NHO Geneo), med tilsvarende budskap fra en rekke tilsvarende selskaper. Vi kan ikke se at de er hensyntatt foreløpig.</p> <p>Modellen må bedre hensynta virksomheter som benytter ikke-ansatt helsepersonell. Slik modellen er nå legger NHN opp til at disse i realiteten betales dobbelt - eller mangedobbelt av det som er intensjonen (slik vi forstår den) og derfor er grovt urettferdig for de aktuelle aktørene. F.eks. har Dr.Dropin primært innleide oppdragstakere som jobber fra 1% til 100% av et årsverk for oss. Disse prosentene meldes løpende til NPE, og kan variere over tid. La oss belyse ytterpunktet; en innleid ressurs som jobber 1% på oppdrag fra Dr.Dropin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Betaling 1: Dr.Dropin må betale NHN, fordi prismodellen her er definert på omsetning (ink omsetning som ikke har noe med NHN-bruk å gjøre).</li> <li>- Betaling 2: Den innleide legen må betale NHN for sin 1% FTE, fordi dere nå definerer hen som et selskap og kunde (til tross for at dette selskapet ofte kun er denne legen). Merk: Et lite selskap med flere leger på 100%, vil til sammenligning betale det samme som denne ene legen på 1%</li> <li>- Betaling 3: Den samme legen jobber trolig XX % for et sykehus, et helseforetak, en kommune e.l. der NHN også krever betaling</li> <li>- Betaling 4: Dersom legen også jobber YY% for en annen privat kjede e.l., vil NHN også kreve denne kjeden basert på omsetning (som igjen ikke nødvendigvis er forbundet med NHN).</li> <li>- Betaling 5+: Kanskje også en 5. betaling eller mer, dersom legen har ytterligere engasjementer.</li> </ul> <p>Ønsket løsning:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Virksomheter kan ikke belastes med utgangspunkt i total omsetning. Det må være basert på antall ansatte NHN-brukere, eller evt omsetning kun tilknyttet det faktisk ansatte helsepersonellet - med deres eventuelle bruk av NHN-tjenester. Øvrig omsetning er allerede betalt for, eller irrelevant. Selskapers omsetning har svært lite med NHN å gjøre, og er en dårlig komponent for en prismodell for NHN. Vi mener den åpenbare underliggende komponenten bør være aktivitet (bruk) eller FTE-%. Dette er direkte eller nær tilknyttet faktisk anvendelse av NHN-tjenester, som her skal prises.</li> <li>2) Helsepersonellet som er innleid må på sin side kun belastes aktivitetsbasert, mhp aktuelt selskaps faktiske tidsbruk og/eller tjenestebruk. En lege, under eget selskap, kan ikke betale fullpris uavhengig av aktivitet og andre engasjementer.</li> <li>3) Alle øvrige åpninger for dobbeltbetaling må lukkes. Dobbeltbetalinger har, etter vår kjennskap, ikke vært et problem før det nå evt innføres med denne nye modellen.</li> </ol> <p>Eksempel på ønsket løsning, NPE: Vi rapporterer løpende total FTE til NPE, som da ganges med prisen per FTE og gir kostnaden. Dette er målbart, fair og unngår at man belastes basert på lite relevante parametere som "antall hoder", "total omsetning" eller liknede. Tilsvarende NHN er NPE underlagt HOD og krever inn penger fra private for sin virksomhet. Der fantes de samme grunnleggende utfordringene for aktører med utstrakt bruk av eksterne ressurser og/eller arbeid hos flere aktører på deltid.</p> <p>Utover dette har vi også en generell bekymring for at kostnadsutviklingen i NHN ikke er tilstrekkelig transparent overfor aktørene som forventes å bidra til å finansierer tjenestene. Modellen baserer seg på at kostnadene skal fordeles og inkluderer, etter hva vi forstår, få/ingen insentiver til at tjenestene utvikles og driftes på en markedsorientert og kostnadseffektiv måte. Vi opplever også at den nye modellen vil pålegge virksomhetene merarbeid, og merkostnader, både i overgangen og drift av den nye prismodellen. Dette inkluderer støy og administrativt merarbeid for helsepersonellet vi ønsker at skal bruke tiden på å hjelpe pasienter.</p>	<p>Norsk helsenett tar innspillene til etterretning. Det kan samtidig opplyses at finansieringsbehovet for de nasjonale e-heselsønsningene årlig fremlegges for Teknisk beregningsutvalg, med en tydelig målsetting om at kostnadene holdes lavest mulig innenfor rammene av forsvarlig drift og forvaltning av løsningene.</p>	Espen Åtland	16.04.2026
5	Den norske tannlegeforeningen	<p>Vi har sett på deres foreslåtte prismodell og den ser ganske grei ut. Vi ser at det er ganske store spenn i omsetning i de ulike priskategoriene. De minste virksomhetene vil komme mye dårligere ut av det enn de som ligger i øvre sjikt i samme kategori, spesielt i kategori a). Finnes det noen oversikt over hvordan omsetningen fordeles seg innenfor denne kategorien (0-15 mnok)? Og er det diskutert å dele denne opp i flere kategorier? Vi har også et innspill til det du skriver i eposten:</p> <p>Når de ikke har ansatte tannleger eller tannpleiere på en lokasjon (filial) gjelder følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kjedene trenger ikke betale for denne lokasjonen (selvdeklarerer til NHN fra 2027)</li> <li>• Tannlegens/tannpleierens virksomhet må ha eget medlemskap (frist 2026)</li> <li>• Kjedene må likevel påse at de andre virksomhetene er medlem før de gir tilgang til EPJ</li> </ul> <p>Det er få ansatte tannleger i kjedene (litt mer usikre på hvordan tannpleierne er tilknyttet) slik at kjedene vil komme veldig godt ut av en slik løsning. Selvstendig næringsdrivende tannleger betaler vanligvis 50% av sitt overskudd tilbake til kjedene, og vi opplever derfor ikke at dette unntaket for lokasjoner uten ansatte tannleger eller tannpleiere er rettferdig. Vi mener det strider mot intensjonen med hvordan kostandene skulle fordeles.</p>	<p><b>Ytterligere oppdeling av priskategori a:</b> Det er et ønske å differensiere ytterligere på de aller minste virksomhetene, priskategori a. Dette er noe vi tar med oss i videre arbeid når vi har fått på plass de riktige medlemmene.</p> <p><b>Kjede:</b> Dette er en konsekvens av hvilke virksomheter som kan være medlem (virksomheter som yter helsehjelp). Vi vil innen utgangen av 2026 få et tydeligere bilde på hvordan medlemskapene fordeles seg.</p>	Hilde Nordgarden	17.04.2026

Innspill nr	Aktør	Innspill fra øvrige aktørene på prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID	Norsk helsenetts kommentar	Aktør representert ved	Dato for innspill
6	Apotekforeningen	<p>Vi registrerer at forslaget innebærer vesentlig redusert betaling for små virksomheter (omsetning opptil 15 mill. kroner) sammenliknet med 2026. Reduksjonen er på hhv 21 og 43 pst i alternativ 1 og 2. Samtidig foreslås det økt betaling for alle andre priskategorier. Økningen er relativt størst for kjeder med over 12 prosent.</p> <p>Et gjennomsnittlig privat apotek omsatte i 2025 for om lag 37 mill. kroner ekskl. mva. De fleste uavhengige apotek vil dermed komme i priskategori b eller c. Mye av omsetningen er salg av reseptpliktige legemidler med lave marginer. Normalt er det også slik at dess høyere utsalgsprisen er, jo lavere er marginene.</p> <p>Vi mener at forslaget til priser for de ulike prisgruppene gir noen skjevheter:  -Forslaget gjør at prisen øker svært mye hvis en virksomhet passerer omsetningsgrensene på hhv. 15 og 40 mill. kroner.  -Et stort uavhengig apotek med omsetning over 40 mill. kroner får en betaling på 9 003,-.</p> <p>Det er 6 ganger så høy betaling som en virksomhet med 39 mill. kroner i omsetning og nesten 11 ganger så høyt som en filial/kjede som gjerne kan ha omsetning over 40 mill. kroner. Vi mener derfor at forslaget til satser/priser for de ulike prisgruppene bør justeres, uten at dette trenger å påvirke samlet betaling fra aktørene. En mulig løsning er å heve øvre omsetningsgrensen for mellomstore virksomheter fra 40 til f.eks. 50 mill. kroner. Et annet alternativ er å redusere satsen for store virksomheter noe. Vi ser at det er lagt til grunn en økning i antallet store virksomheter fra 2026 til 2027 fra 50 til 74. Det innebærer at satsen kan reduseres fra 8 826 kroner til 5 964, uten at samlede inntekter reduseres.</p> <p>Norsk helsenett har tilsynelatende benyttet et slikt prinsipp når det gjelder satsen for små virksomheter, se side 1 i høringsnotatet:  «På sikt vil antall medlemmer i kategori A øke, og kostnadene vil dermed fordeles på flere. Når antallet medlemmer øker vil det bidra til lavere pris per medlem i de aktuelle priskategoriene.»</p>	<p><b>Pris på filialer:</b> Vår vurdering: Filialer tar ikke hensyn for omsetning og kan i teorien være store virksomheter ( et gjennomsnittlig apotek er i kategori b eller c) som ikke kan sammenlignes med små virksomheter i kategori a.</p> <p><b>Omsetning mellom de ulike intervallene:</b> 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. I prismodellen for 2027 har hovedønsket vært å få ned prisen i den laveste kategorien, kategori a, hvor de fleste nye medlemmer havner (enkelpersonsforetak).</p>	Anne-Lise Harter	21.04.2026
7	Norsk Arbeidsmedisinsk Forening	<p>Vi i Norsk arbeidsmedisinsk forening har mottatt flere forespørsler fra medlemmer som jobber i mindre interne bedriftshelsetenester vedr Norsk Helsenett, og ønsker om mulig å hjelpe våre medlemmer med et svar.</p> <p>Der den interne bedriftshelsetenesten ligger som en del av et større foretak, og ikke har eget organisasjonsnummer, kommer det opp et viktig spørsmål.</p> <p>Pris for medlemskap regnes ut fra omsetningen til bedriften/organisasjonen, og da den som har org.nummeret, men dette gjenspeiler ikke på noen måte omsetning og drift for den enheten (BHT-delen) som ønsker og kan benytte medlemsskapet i Helsenettet. Prisen blir da alt for høy for en liten intern BHT å håndtere.</p> <p>Dette har Norsk Arbeidsmedisinsk forening også beskrevet som en utfordring på høring vedr temaet, men nå retter jeg et direkte spørsmål til dere vedr dette.</p> <p>Hvordan ser dere at dette kan løses?</p> <p>Kan den interne BHT, som har eget budsjett og regnskap, legge eget budsjett og omsetning frem og tegne medlemsskap ut fra disse tallene som er de reelle for enheten som skal benytte Norsk Helsenett?</p> <p>Det mener vi måtte være en god løsning for våre medlemmer som er ansatt som bedriftsleger i disse mindre enhetene. Men, ut fra dagens beskrivelse vedr priser og medlemsskap finner vi ikke svar på om dette er veien å gå, evt hvordan vi kan besvare våre medlemmers spørsmål på en måte som gir dem mulighet til å benytte Norsk Helsenett uten at det gir en utgift som er umulig å bære innen aktuelt budsjett for enheten.</p>	<p><b>Differensiering på omsetning:</b> Vi ser utfordringen og noterer oss innspillet. Vår vurdering: Ved å differensiere på omsetning vil man få en større omlegging av modellen og vil medføre en økt kostnad for de små virksomhetene, priskategori a.</p>	Laila M Torp	20.04.2026
8	Norsk Osteopatforening	<p>På vegne av NOF, skriver jeg her en kort tilbakemelding til dere.</p> <p>Overordnet er vi meget positive til den utvikling som NHN har hatt om prismodell for «øvrige aktører» de siste årene. Vi har i vår tidligere dialog med dere pekt på den ubalansen som i lang tid var gjeldende, nemlig at en liten klinikk med få helsepersonell, hadde samme kostnad som store aktører. Dette vet vi at også andre profesjonsforbund har arbeidet for å få endret.</p> <p>Prinsippet om at brukerne skal betale for tjenesten ligger til grunn for prisingen. I det ligger også at brukernes nytte og muligheter i systemet må gjenspeiles prismessig. For de fleste små aktører i gruppen «øvrige», er det de basisfunksjoner dere nevner, som er tilgjengelige. Nytteverdien er der, men vi ser at det i sektoren er aktører som nøler med å knytte seg til, begrunnet i kost/nytte vurderinger.</p> <p>For å sikre god kvalitet i tjenesten mener vi bruken av NHN må vokse. Det handler særlig om kommunikasjon mellom aktører i tjenesten, for vår del helt konkret – dialogmeldinger og epikriser til fastlege/andre. Vi ser en sammenheng i at jo lavere pris – jo flere vil koble seg til – til nytte for pasientene ved vekst i trygg og faglig dialog mellom behandlere, og for tjenesten som helhet. Dersom Helsenett var en plikt og uten kostnad, ville vi nådd dette målet raskt. Med sterke anbefalinger om (riktig) bruk, og en så lav pris som mulig, kommer vi godt på vei.</p> <p>NOF støtter opp om prinsippet at prising for øvrige aktører, og særlig de små, justeres forholdsmessig lavere i lys av antall som knytter seg til tjenesten. Den relative kostnaden for tilknytning bør vurderes ytterligere justert i favør de små, i forhold til større aktører. Det er fortsatt for stor relativ forskjell for den «lille klinikken på bygda, med 1-2 helsepersonell», og «Aleris». Vår vurdering er at de store aktører har økonomisk bærekraft til å kunne håndtere en høyere pris, også i lys av de som regel også har mulighet for å legge til og benytte flere deler av systemet, og derfor en vesentlig større nytteverdi.</p> <p>I lys av pågående arbeid hos FHI om implementering av helsedata til NPR/KPR, vil vi spørre dere om det er kjent for dere om dette vil påvirke NHN sine løsninger? Det er først og fremst EPJ leverandører som må utvikle løsninger/API som ivaretar datafangsten, men vi er ennå usikre på om dette vil bety at man må være tilknyttet NHN for at disse skal kunne sendes inn. Dersom det er tilfelle, taler dette igjen for at tilknytning gjøres så rimelig som overhodet mulig, for å sikre at helsedata blir innhentet for hele den privatfinansierte sektor.</p> <p>Vi setter pris på fortsatt god dialog, og bidrar gjerne til å formidle kunnskap om riktig medlemstilknytning til NHN og om bruk.</p>	<p>NHN vil presisere at de øvrige aktørene kun er med på å betale en tredjedel av grunnmuren som består av Helsenettet inkludert grunndata og helseID. De betaler ikke for de øvrige nasjonale e-helseløsningene som eksempelvis Kjernejournal, Helsenorge, E-resept med flere.</p>	Thomas Collin	22.04.2026

Innspill			Aktør	Dato for innspill	
nr	Aktør	Innspill fra øvrige aktørene på prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID	Norsk helsenetts kommentar	representert ved	
9	Psykologforeningen	<p>Jeg har sjekket litt ut med sektorutvalget, og de eneste tilbakemeldingene er det vi har tatt opp før, at intervallet mellom 0-15 mill i omsetning kanskje kunne vært delt opp ytterligere. Ellers ingen innspill fra oss.</p> <p>Sektorutvalget for private har følgende innspill: Det er et stort sprang fra de som har en omsetning på 1-3 mill og de som har en omsetning på 15 mill. Det er urimelig at et ENK eller lite AS med en ansatt skal ha like store utgifter til NHN-medlemskap som en privat bedrift med kanskje 10-20 ansatte til å bidra til inntjeningen. Vi mener det må legges inn nivådeling i gruppen "små virksomheter", med billigere løsning for de med mindre omsetning.</p>	<p><b>Ytterligere oppdeling av priskategori a:</b> Det er et ønske å differensiere ytterligere på de aller minste virksomhetene, priskategori a. Dette er noe vi tar med oss i videre arbeid når vi har fått på plass de riktige medlemmene.</p>	Henrik Riekels Vik og Heidi Roald	22.04.2026
10	NHO Geneo Helse og Velferd	<p>NHO Geneo er NHOs landsforening for helsenæringen, velferd og oppvekst, og består av bransjeforeningene Legemiddelindustrien (LMI), Melanor, Helse og Velferd og Barnehager.</p> <p>Gjennom bransjeforeningen Helse og Velferd representerer vi blant annet små, mellomstore og store private (ideelle og kommersielle) virksomheter innen arbeidsinkludering, asylmottak, barnevern, bedriftshelsetjenesten, brukerstyrt personlig assistanse, digitale helsetjenester, hjemmebaserte tjenester, kiropraktorklinikker, omsorgsboliger, psykisk helse og avhengighet, rehabiliteringsvirksomheter, sykehjem, sykehus og klinikker, fastlegekontor, tannlegeklinikker og treningssentre.</p> <p>NHO Geneo takker for muligheten til å gi innspill til arbeidet med prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID 2027 for øvrige aktører. Vi støtter prinsippet om offentlig-privat samfinansiering av Helsenettet, og stiller oss positive til en modell som legger til rette for bred deltakelse og en bærekraftig utvikling av felles digitale infrastrukturer.</p> <p><b>Behov for en mer treffsikker og rettferdig fordelingsmodell</b></p> <p>Vi merker oss at Norsk helsenett anbefaler å videreføre dagens kostnadsfordeling mellom segmentene, der øvrige aktører samlet dekker en tredel av kostnadene, og at fordelingen internt i dette segmentet fortsatt skal baseres på omsetning og filialer. Etter vår vurdering gir dette en modell som i for liten grad reflekterer faktisk bruk av tjenestene og den reelle belastningen på infrastrukturen. Særlig for virksomheter med begrenset bruk av Helsenettet kan dagens modell gi et uforholdsmessig høyt kostnadsnivå. Omsetning og antall filialer sier lite om faktisk bruk av tjenester som Helsenett, Grunndata og HelseID. Resultatet er at virksomheter med lav bruk kan bli priset som om de er store brukere. Dette blir særlig utfordrende i lys av at medlemskap i praksis ikke lenger er frivillig. Når all privatfinansiert helseaktivitet skal rapporteres til Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister, og dette forutsetter bruk av løsninger som krever medlemskap, endres forutsetningene for prismodellen fundamentalt.</p> <p>En modell som opprinnelig var utformet for å stimulere til oppslutning, må i større grad tilpasses en situasjon der deltakelse er en forutsetning for å levere helsetjenester. NHO Geneo mener derfor at fremtidig prismodell må ta utgangspunkt i faktisk bruk og belastning, og ikke ensidig baseres på strukturelle størrelser som omsetning og organisering.</p> <p><b>Medlemskapsstruktur og konsekvenser for organisering av helsetjenester</b></p> <p>Vi merker oss presiseringen om at hver virksomhet som yter helsehjelp skal ha eget medlemskap i Helsenettet, herunder selvstendig næringsdrivende organisert som enkeltpersonforetak eller aksjeselskap. Dette reiser flere prinsipielle og praktiske utfordringer.</p> <p>Virksomhetsansvaret for forsvarlig drift, informasjonshåndtering og behandlingsrettede helseregistre er etter gjeldende regelverk lagt til virksomheten som yter helsehjelpen. Når medlemskapet knyttes til hvert enkelt juridisk organisert helsepersonell, utfordres denne ansvarsstrukturen, og kan etter vårt syn være juridisk tvilsomt.</p> <p>I tillegg vil modellen kunne føre til at samme helsetjeneste i praksis prises flere ganger. I mange private virksomheter leveres helsetjenester gjennom selvstendig næringsdrivende helsepersonell. Betalingen skjer via virksomheten, mens helsepersonellet fakturerer for sin del av arbeidet. Dersom begge nivåer skal inngå i beregningsgrunnlaget, vil samme aktivitet kunne telle dobbelt.</p> <p>Dette vil også gi økt administrativ belastning for virksomhetene, som må følge opp medlemskap for tilknyttet helsepersonell. I praksis innebærer dette at virksomheten må etablere rutiner for å kontrollere og dokumentere at alle tilknyttede behandlere til enhver tid har gyldig medlemskap i Helsenettet. For virksomheter med mange selvstendig næringsdrivende tilknyttet, vil dette kunne bli en kontinuerlig oppgave knyttet til onboarding, oppfølging og eventuell avslutning av samarbeid.</p> <p>Endringen representerer en forskyvning av ansvar fra myndigheter og infrastruktureier til den enkelte virksomhet, uten at det følger tilsvarende forenkling eller støtte i systemene. Resultatet er økt tidsbruk, mer intern kontroll og behov for nye administrative prosesser som ikke bidrar direkte til bedre pasientbehandling.</p> <p>Samlet sett innebærer endringen at prismodellen gir klare økonomiske fordeler til virksomheter som benytter fast ansatte, sammenlignet med virksomheter som organiserer seg med selvstendig næringsdrivende. Dette er prinsipielt uheldig. En offentlig fastsatt prismodell for en nasjonal infrastruktur skal ikke påvirke hvordan private virksomheter organiserer sin drift. Når medlemskap samtidig er en forutsetning for å levere helsetjenester, forsterkes effekten av slike insentiver. Prismodellen må være nøytral med hensyn til organisasjonsform. Offentlige ordninger bør ikke brukes til å favorisere én modell fremfor en annen gjennom økonomiske mekanismer.</p> <p><b>Anbefaling</b></p> <p>NHO Geneo mener at prismodellen må justeres slik at den i større grad reflekterer faktisk bruk av tjenester og reell belastning på infrastrukturen. Modellen gir ikke et presist bilde av ressursbruk, og fører til skjev kostnadsfordeling mellom aktørene. Videre bør medlemskapskravet knyttes til virksomheten som yter helsehjelp og har det juridiske virksomhetsansvaret. Å legge medlemskapet på hvert enkelt juridisk organisert helsepersonell kan være juridisk feil, skaper unødvendig kompleksitet, risiko for dobbel prising og uheldige økonomiske insentiver knyttet til organisasjonsform. En prismodell som bygger på disse prinsippene vil gi en mer rettferdig kostnadsfordeling, styrke legitimiteten blant aktørene og bidra til bredere oppslutning om Helsenettet som felles nasjonal infrastruktur.</p>	<p>Norsk helsenett tar innspillene til etterretning. Prismodellen for øvrige aktører er en inngangsbillett i Helsenettet og baserer seg ikke på bruk av de nasjonale e-helseløsningene.</p>	Martin Langaas	24.04.2026

Innspill nr	Aktør	Innspill fra øvrige aktørene på prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID	Norsk helsenetts kommentar	Aktør representert ved	Dato for innspill
11	Norges Optikerforbund	<p>Norges Optikerforbund takker for å bli invitert til å gi innspill til prismodell for bruk av Helsenett, Grunndata og HelseID for 2027. Slik vi leser informasjonen, er dette tidlig i en omfattende prosess. Vi er opptatt av mulighetene optikere i Norge har til å hjelpe befolkningen med syn- og øyehelseproblemer. Det er stort behov i dagens øyehelsetjeneste i forhold til utveksling av data og gjenbruk av data i pasientforløpene.</p> <p>Majoriteten av våre medlemmer arbeider i klinikker/butikker som er frivillig koblet på Helsenettet. Noen arbeidsgivere har tatt aktive valg om å ikke være påkoblet. Dette har flere uheldige konsekvenser, og kan pålegge samarbeidende aktører ulempe og økonomiske utgifter.</p> <p>Her kommer konkrete innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Norges Optikerforbund ønsker mer digital utveksling av helsedata på en trygg og sikker måte som kan bidra til raskere og bedre pasientbehandling.</li> <li>■ forslaget er det lagt opp til lavere pris for de minste aktørene, dette støtter vi. Men som beskrevet under, burde disse tjenestene etter vår mening vært offentlig finansiert og pålagt å bruke.</li> <li>■ Optiske forretninger har en blanding av salg av helsetjenester og salg av ulike typer varer. Mange driver kombinerte forretninger med andre typer varesalg enn direkte relatert til syn- og øyehelse. Kun helserelatert omsetning bør inngå i beregningen av omsetning, ikke annet varesalg (som for eksempel ur/gull mm).</li> <li>■ Årlige reguleringer av pris er uforutsigbart.</li> </ul> <p>Digital kommunikasjon er fremtiden God og sikker kommunikasjon mellom helsepersonell er en viktig faktor i fremtidens helsetjenester. Innen syn- og øyehelse er det stadig større oppmerksomhet på mulighetene for å desentralisere tjenester, noe som fordrer trygg og sikker utveksling av pasientdata.</p> <p>I perioden norske optikere har benyttet Helsenett har vi sett nye fruktbare former for samarbeid mellom optikere og andre i primærhelsetjenesten som fastlegene, og spesialisthelsetjenesten med øyelegene. Et tett samarbeid på denne måten er ønsket, pasientvennlig og samfunnstjenlig.</p> <p>Sterkere insentiver for bruk Norges Optikerforbund mener at myndighetene burde være tydeligere i helsetjenestens digitale utvikling. Vi ser for eksempel at øyehelsetjenesten i Finland fungerer på en annen måte da myndighetene er tydeligere på sin digitale strategi og hvordan denne skal oppnås, og at bruk av digital utveksling av pasientdata er obligatorisk via Kanta.</p> <p>I prinsippet ville samfunnet tjent stort på at alle aktører i helsetjenesten benyttet Norsk helsenett sine tjenester.</p> <p>Dagens regulering og finansieringsform er et hinder for dette, da bruk av tjenestene ikke er lov- eller forskriftspålagt – eller at det for eksempel er satt krav til digital henvisning inn i spesialisthelsetjenesten. Dette fører til at noen private helseaktører vurderer kostnader, og ikke benytter tjenestene. Bruken av Norsk helsenett burde vært høyere i den private delen av helsetjenesten slik at overgang mellom offentlig og den privat helsetjeneste blir mer sømløs.</p> <p>Norges Optikerforbund har tidligere pekt på at innbetaling fra private aktører i større grad burde vært koblet mot faktisk bruk, og ikke tilkobling. Dagens tre-delning av innbetalingene (kommune, RHF og øvrige aktører) reflekterer ikke faktisk bruk, da den offentlige helsetjenesten er betydelig større i volum – enn annen helsetjeneste.</p>	<p>Norsk helsenett tar innspillene til etterretning.</p> <p><b>Føringer og forutsetninger i prismodellen:</b> I vårt arbeids med prismodellen 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. Skal det legges til grunn andre forutsetninger må HOD beslutte dette.</p> <p><b>Differensiering på omsetning:</b> Vi ser utfordringen og noterer oss innspillet. Vår vurdering: Ved å differensiere på omsetning vil man få en større omlegging av modellen og vil medføre en økt kostnad for de små virksomhetene, priskategori a.</p>	Hans Torvald Haugo	24.04.2026
12	Aleris og Volvat	<p>Vi viser til e-post av 13. april fra Norsk helsenett hvor vi blir bedt om å gi innspill på anbefaling til justert prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID 2027 for øvrige aktører. Vi takker for muligheten. Norsk helsenett har hele tiden understreket at endringer ikke har til hensikt å øke deres inntekter. Etter vårt felles møte den 23. januar ble det imidlertid tydelig at de samlede kostnadene vil øke, samt bli svært høye:</p> <p><b>1. Virksomheters kontingent allerede økt betydelig</b> Med virkning fra 2025 ble det tatt i bruk en prismodell som innebar at virksomheter i kategorien «øvrige aktører» måtte dekke en tredjedel av kostnadene, hvor kostnadsfordeling innad i gruppen kun baseres på omsetning og antall filialer. Virksomheter i gruppen «øvrige aktører» må som følge av dette, betale signifikant mer uten at det verken innebærer en substansiell endring i tjenestene virksomheten har tilgang til eller benytter seg av.</p> <p><b>2. Kostnadene fortsetter å stige gjennom å kreve enkeltmedlemskap</b> Med virkning fra 2026 legger Norsk helsenett nå opp til at personer som arbeider på oppdrag for virksomheter, må tegne egne medlemskap og betale en ikke ubetydelig årlig medlemskontingent når de er selvstendig næringsdrivende organisert som enkeltpersonforetak eller aksjeselskap med virkning fra 2027. Dette er juridisk problematisk. Helsenettet ser med dette bort i fra at de samme personene er databehandlere som opptrer på vegne av virksomhetene som behandlingsansvarlige og må behandle personopplysninger etter instruks fra den behandlingsansvarlige – på helt ordinær måte. Anbefaling: Norsk Helsenett har hele tiden vært tydelige på at endringer ikke har til hensikt å øke deres inntekter. I praksis er det imidlertid det som er i ferd med å skje. Kontingentendringen fra 2025 for «øvrige aktører», samt nye krav om at personer som jobber som selvstendig næringsdrivende også må betale, innebærer at de samlede kostnadene blir svært høye - som igjen betyr svært høye inntekter for helsenettet. Kravet om å fakturere enkeltpersonforetak eller aksjeselskap bør derfor utgå og fakturering av virksomheter bør ikke bare ta utgangspunkt i omsetning og antall filialer, men faktisk bruk.</p>	<p>De estimerte kostnadene for 2027 for Helsenettet inkludert grunndata og helseID går ned. Vi anbefaler fortsatt en tredeling av kostnadsfordelingsnøkkelen mellom de tre hovedsegmentene (RHF, Kommune og Øvrige aktører) Det er imidlertid gjort noen justeringer i priskategoriene innad i segmentet øvrige aktører. Det legges opp til at alle som benytter Helsenettet skal være medlemmer og betale for medlemskapet. Totalt sett innebærer dette en liten endring av kostnadsbelastningen mellom aktørene. For noen slår dette positivt ut og for andre vil de oppleve en høyere kostnadsbelastning enn tidligere. Aleris og Volvat har hhv 12 - 15 filialer hver som de eksempelvis må betale 840 kroner for i 2027 (840 kr pr filial). I tillegg kommer medlemsavgift for oppdragstakerne som driver selvstendige virksomheter. Disse vil mest sannsynlig ligge i kategori a med en pris på 425 kr i 2027.</p>	Volvat ved Per Helge Fagermoen og Aleris ved Anita Tunold	24.04.2026

Innspill nr	Aktør	Innspill fra øvrige aktørene på prismetall for Helsenettet, Grunndata og HelseID	Norsk helsenetts kommentar	Aktør representert ved	Dato for innspill
13	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund	<p>Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF) takker for muligheten til å gi innspill til foreslått prismetall for Helsenettet, Grunndata og HelseID fra 2027.</p> <p>PFF organiserer i hovedsak selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter som driver små, pasientnære virksomheter, ofte som enkeltpersonforetak og med begrenset administrativ kapasitet og økonomisk handlingsrom. Våre medlemmer vil i stor grad omfattes av den foreslåtte modellen for «øvrige aktører», og særlig av kategorien for små virksomheter (0–15 mill. kroner i omsetning), som etter NHNs egne estimater vil utgjøre den klart største gruppen .</p> <p><b>1. Prinsipielt utgangspunkt: Tjenestene bør være vederlagsfrie</b></p> <p>PFF mener prinsipielt at tilgang til Helsenettet, Grunndata og HelseID bør være vederlagsfri for virksomheter som yter helsehjelp som del av den offentlige helsetjenesten og private aktører. Disse løsningene utgjør etter vårt syn ikke valgfrie støttetjenester, men grunnleggende nasjonal infrastruktur for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikker samhandling</li> <li>• Tilgangsstyring</li> <li>• Deling av helseopplysninger</li> </ul> <p>NHN beskriver selv at utviklingen går fra punkt-til-punkt-utveksling til bred tilgjengeliggjøring av helseopplysninger for helsepersonell og innbyggere, med tilhørende krav til personvern og informasjonssikkerhet. Når slik infrastruktur er en forutsetning for forsvarlig helsehjelp, tilsier dette at finansieringen bør ligge på systemnivå, som del av den offentlige helseforvaltningen. For privatpraktiserende fysioterapeuter, som i stor grad utfører offentlig finansierte tjenester (herunder driftstilskudd og refusjonsbasert virksomhet), fremstår det lite konsistent at kostnader for tilgang til denne infrastrukturen skal bæres av den enkelte virksomhet. Side 2 av 3</p> <p><b>2. Subsidiært: Prismetallen må i større grad differensieres</b></p> <p>Dersom det likevel opprettholdes en betalingsmodell, mener PFF at den foreslåtte inndelingen i priskategorier ikke i tilstrekkelig grad reflekterer realitetene i primærhelsetjenesten. Kategorien «små virksomheter» (0–15 mill. kroner) er for bred og favner aktører med svært ulik økonomisk bæreevne. For fysioterapeuter gjelder typisk følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De fleste har betydelig lavere omsetning enn øvre grense</li> <li>• Antakelig alle mange ligger under 2 mill. kroner i årlig omsetning</li> <li>• En del driver i deltidspkaksis eller i kombinasjon med annet arbeid</li> <li>• «hjelprivate» fysioterapivirksomheter har typisk under 1 mill. kroner i årlig omsetning</li> </ul> <p><b>PFF anbefaler derfor at denne kategorien deles opp, eksempelvis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0–5 mill. kroner</li> <li>• 5–10 mill. kroner</li> <li>• Øg fra 10 opp til 15 mill. kroner</li> </ul> <p><b>En slik oppdeling vil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gi bedre forholdsmessighet</li> <li>• Redusere risiko for uforholdsmessig belastning på de minste virksomhetene</li> <li>• Bidra til økt legitimitet for modellen</li> </ul> <p><b>3. Forholdsmessighet og belastning for små virksomheter</b></p> <p>Innspillene viser at selv moderate månedlige kostnader kan få relativt stor betydning for små virksomheter med lav omsetning. Samtidig vil større virksomheter, inkludert kjedestrukturer, ha en langt lavere kostnadsandel sett opp mot omsetning. Dette reiser spørsmål om hvorvidt dagens modell i tilstrekkelig grad ivaretar prinsippet om forholdsmessighet. PFF vil understreke at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Små, pasientnære virksomheter har begrenset mulighet til å absorbere nye faste kostnader</li> <li>• Kostnadsnivået bør ikke bli en barriere for deltakelse i nasjonale e-helseløsninger</li> <li>• Modellen bør utformes slik at den fremmer, ikke hemmer, bred deltakelse</li> </ul> <p><b>4. Overordnet vurdering av modellens innretning</b></p> <p>PFF har forståelse for NHNs behov for en administrativ håndterbar og kostnadseffektiv modell, herunder bruk av fordelingsnøkler basert på omsetning og struktur. Samtidig må dette balanseres mot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rimelig fordeling av kostnader</li> <li>• Sektorens faktiske organisering</li> <li>• Tensynet til små virksomheters økonomiske bæreevne</li> </ul> <p>PFF mener at det bør vurderes om kostnadene heller bør fordeles pr bruker i de involverte virksomhetene, i stedet for etter omsetningen i virksomheten.</p> <p>PFF mener det er det avgjørende at administrativ enkelhet ikke går på bekostning av rettferdighet i kostnadsfordelingen, og stiller seg undrende til at ikke staten skal inngå som en bidragsyter til finansieringen på vegne av innbyggerne som jo også nyter godt av tjenestene.</p> <p><b>5. Avslutning</b></p> <p>PFF vil avslutningsvis understreke følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilgang til Helsenettet, Grunndata og HelseID bør i utgangspunktet være vederlagsfri for virksomheter som yter helsehjelp som del av den offentlige og private helsetjenesten.</li> <li>• Dersom betaling opprettholdes, må prismetallen i større grad differensiere innenfor kategorien «små virksomheter», eventuelt etter en fordelingsnøkkel basert på antall brukere i virksomhetene.</li> <li>• Modellen må sikre at små, pasientnære virksomheter ikke påføres en uforholdsmessig økonomisk belastning.</li> <li>• Staten bør på vegne av innbyggerne bidra med en betydelig andel av kostnadene.</li> </ul> <p>Vi stiller oss til disposisjon for videre dialog og utdyping av våre innspill.</p>	<p><b>Føringer og forutsetninger i prismetallen:</b></p> <p>I vårt arbeids med prismetallen 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 prismetaller. Skal det legges til grunn andre forutsetninger må HOD beslutte dette.</p> <p><b>Ytterligere oppdeling av priskategori a:</b> Det er et ønske å differensiere ytterligere på de aller minste virksomhetene, priskategori a. Dette er noe vi tar med oss i videre arbeid for 2028 når vi har fått på plass de riktige medlemmene.</p>	Henning Jensen	24.04.2026

Innspill nr	Aktør	Innspill fra øvrige aktørene på prismetode for Helsenettet, Grunndata og HelseID	Norsk helsenetts kommentar	Aktør representert ved	Dato for innspill
14	Norges Naprapatforbund	<p><b>Vedrørende: Innspill til prismetode og medlemsstruktur for rapporteringspliktige virksomheter (NPR/KPR)</b> Vi viser til FHIs webinar den 22. april 2026 angående ny pålagt rapportering til Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).</p> <p>Vi vil først poengtere at vi er positive til at det private helsevesenet blir inkludert i statistikken. Dette er viktig for å forstå hele bredden i helsetjenesten, både offentlig og privat.</p> <p>Myndighetene begrunner rapporteringsplikten med at data fra naprapater er nødvendige for å få et helhetlig bilde av helsetjenestetilbudet i Norge.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Det er logisk inkonsekvent at en yrkesgruppe anses som viktig nok til å rapportere data til nasjonale registre, men samtidig nektes tilgang til de verktøyene som kreves for å yte forsvarlig helsehjelp og samhandle digitalt med resten av sektoren.</li> <li>•Vi skal betale i dag for en infrastruktur vi er låst ute fra å bruke. NHN begrunner prisen som en "innstegspris" og derfor lav, men når andre profesjoner får bruke flere av verktøyene, som henvisningsrett til samme pris, så stiller vi oss spørrende til om dette er rimelig.</li> <li>•Full samhandlingsrett - Ettersom vi nå tvinges inn i den nasjonale infrastrukturen og betaler vanlig medlemsavgift, må vi gis de samme rettighetene som annet autorisert personell med elektronisk samhandling, som henvisningsrett.</li> </ul> <p>1. Praktisk medlemskapstvang uten reell valgfrihet Selv om rapporteringsplikten i teorien er teknologinøytral, beskriver myndighetenes krav forutsetninger som i praksis krever medlemskap i NHN. For våre medlemmer, som de fleste driver små enkeltpersonforetak, oppleves dette som en påtvungen kostnad for å kunne utføre en lovpålagt oppgave for staten.</p> <p>2. Manglende samsvar mellom pris og nytteverdi Dagens prismetode for "små virksomheter" (omsetning 0–15 mill. kr) er satt til ca. 748 kr eks. mva per måned. Kostnaden fra NHN kommer i tillegg til ekstra kostnader hos journalleverandør(EPJ) når man skal være tilknyttet NHN. Det er foreslått lavere pris fremover, som igjen baserer seg på flere medlemmer hos NHN, men prinsippet for pris og nytteverdi ønsker vi å belyse nærmere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Begrensede rettigheter: Til tross for full medlemspris, er naprapater i dag utestengt fra de verdikende tjenestene i NHN, slik som henvisningsrett og innsyn i kjernejournal. Dette er nok også årsaken til at mange naprapater ikke bruker NHN i dag. Nå som det blir en plikt å rapportere, via medlemskap hos NHN, så blir dette den eneste grunnen til å bli medlem da man ikke har noen annen løsning eller valg for rapportering. Blir man ikke medlem så kan man ikke rapportere og kan derfor ikke utøve yrket.</li> <li>•Uforholdsmessighet: En manuellterapeut og kiropraktor betaler samme pris, men bruker infrastrukturen som del av sin arbeidsflyt og er nødvendig for å bruke tjenestene de har rettigheter til. For naprapater, per i dag, fungerer NHN utelukkende som et "digitalt postbud" for statlig statistikk.</li> </ul> <p>3. Behov for en differensiert prismetode ("Rapporteringsmedlemskap") Vi oppfordrer NHN til å ta med seg følgende innspill i sine evalueringer og dialog med Helse- og omsorgsdepartementet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Etablering av et "rapporteringsmedlemskap": Det bør tilbys en egen prisgruppe for virksomheter som kun er tilkoblet for å oppfylle rapporteringsplikt til nasjonale registre, men som ennå ikke har tilgang til samhandlingstjenester pga manglende rettigheter.</li> <li>•Rapporteringsvei: Ettersom medlemskapet kun tjener statens behov for data, bør prisen for denne typen tilgang settes til en symbolsk sum eller dekkes av det offentlige.</li> </ul> <p>Oppsummering Norges Naprapatforbund er positive til å bli en del av lovpålagt rapportering, men mener det er urimelig at små private aktører skal finansiere dette uten andre alternativer for rapportering. Vi ber om at NHN ser på muligheten for å tilpasse sin prismetode slik at den reflekterer den faktiske nytteverdien og de begrensede rettighetene våre medlemmer har i dag.</p>	<p>Norsk helsenett tar innspillene til etterretning.</p> <p><b>Tilføre en ny kategori for "rapporteringsmedlemskap":</b> Ved å være medlem får alle tilgang til tjenestene som ligger i Helsenettet inkludert grunndata og helseID, dette inkluderer f.eks meldingsutveksling og Persontjenesten. Det vil si at man kan nyttiggjøre seg medlemskapet utover rapporteringsplikten.</p>	Rolf Johansen	28.04.2026

Innspill nr	Aktør	Innspill fra øvrige aktørene på prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID	Norsk helsenetts kommentar	Aktør representert ved	Dato for innspill
15	Den Norske legeforening	<p>Legeforeningen viser til invitasjonen på epost 13. april 2026 til å gi innspill til prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID 2027. Det vises også til avtale om innspillsfrist i dag, 28. april 2026.</p> <p><b>Om tilknytning og betalingsmodell</b></p> <p>Legeforeningen har hele tiden vært tydelig på at Norsk helsenett er en del av helsetjenestens grunnleggende infrastruktur som blant annet avtalespesialister, fastleger og legevakter må være tilknyttet. Legeforeningens primære standpunkt er derfor at denne tjenesten bør finansieres over statsbudsjettet slik at den er gratis for helsetjenesten.</p> <p>Per i dag er del likevel slik at Norsk helsenett i 2026 har innført individuelle abonnement/medlemskap for fastleger og avtalespesialister. Fra 2027 er det planlagt en avgift per lege og ikke per legekontor. Det vil for fastleger og avtalespesialister utgjøre et stort antall fakturaer som skal følges opp. Dette innebærer et stort byråkrati for så vel legene som for de som skal følge opp pengekravene. Faktureringen vil dessuten kunne skape noe uro rundt spørsmål om hvorfor leger med korte lister og avtalt redusert åpningstid skal betale like mye som leger med full hjemmel, spørsmål om leger med deleliste/seniorordning må betale dobbelt; hva man skal gjøre mht oppgjør mellom hjemmelshaver og vikarer etc.</p> <p>Det vil være en betydelig forenkling for alle parter om medlemsavgiften i stedet avsettes årlig i forhandlingene om normaltariffen som en felles sum til Norsk Helsenett. Legeforeningen har derfor i vårt rammekravbrev til Helse- og omsorgsdepartementet bedt om at partene som forhandler normaltariffen utreder en slik løsning for iverksettelse fra 2027.</p> <p><b>Særlig om de ulike alternativene for prisfastsettingen</b></p> <p>Norsk helsenett skriver at det er vanskelig å estimere kostnader fordi man er i et overgangsår, og ikke har oversikt over antall medlemmer. NHN skisserer derfor to alternativer, der alternativ 1 gir en vesentlig høyere kostnad for det enkelte medlem. Vi er kritiske til incentivbruken her, og spørrende til hvorfor det er så vanskelig å beregne antall medlemmer, all stund fastleger og avtalespesialister (som vel utgjør hovedtyngden i gruppen «små aktører») er forpliktet til å signere nye medlemsvilkår ilt innværende år. Tallene må dermed kunnes estimeres. Vi går ut fra at basert på de aktuelle beregningene, så vil alternativ 2 være mest riktig. Legeforeningen forutsetter under enhver omstendighet at prisen blir fastsatt riktig og basert på prinsippet om at NHN ikke skal tjene penger/gå med noe overskudd på omleggingen av avtalemodell, eller på levering av tjenesten helsenett som sådan.</p> <p><b>Om totalkostnad og budsjett</b></p> <p>Legeforeningen har stilt seg kritisk til kostnadene som helhet for løsningen når dette har vært diskutert i TBU. Generelt er det for stor andel av kostnadene som legges på aktørene.</p> <p>Det vises til at det typisk har vært et mindre forbruk mot budsjett der Norsk helsenett sitter igjen med overskudd. Dette overskuddet bør tilbakeføres brukerne ved at avgiften påfølgende år settes ned tilsvarende overskuddet.</p> <p>Legeforeningen savner også en tydeligere grensedragnin mellom hvilke aktiviteter/løsninger som finansieres over forskrift, og hvilke kostnader som er relatert til de nasjonale e-helseløsningene, da dette er krevende å finne i dag. TBU bør derfor ha et bredere mandat slik at også kostnader som ligger utenfor forskriften inkluderer.</p>	<p><b>Føringer og forutsetninger i prismodellen:</b></p> <p>I vårt arbeids med prismodellen 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. Skal det legges til grunn andre forutsetninger må HOD beslutte dette.</p> <p><b>Antall medlemmer:</b> Usikkerheten i medlemsmassen er knyttet til signering av nye medlemsvilkår. Pr nå er det ca 2000 legevirkomheter som har signert. I tillegg har vi mange aktører som ikke er forpliktet til å være medlem, men som også inngår i underlaget for antall medlemmer.</p> <p><b>Totalkostnaden for Helsenettet inkludert grunndata og helseID:</b></p> <p><b>Utvikling i totale kostnader:</b> Totale kostnader for 2027 er estimert til 352 mnok. Dette er en nedgang på 19 mnok fra 2026 og 2025. I 2026 er kostnadene estimert til 371 mnok, dette er samme nivå som for kostnadene i 2025.</p> <p><b>Omfordeling av kostnadene innenfor segmentet øvrige aktører:</b> Kostnadene vil omfordeles innad i gruppen for øvrige aktører da antall medlemmer vil stige og samt noen justeringer i priskategoriene.</p> <p><b>Disponering av ubrukte midler:</b> Norsk helsenett har i vårens TBU-notat foreslått at mindreforbruket fra 2025 som ikke er planlagt benyttet i 2026, tilbakeføres i 2027. Dette innebærer et redusert finansieringsbehov over forskrift i 2027. Tilsvarende håndtering av mindreforbruk har vært praktisert også i tidligere år. Midlene tilbakeføres, og Norsk helsenett disponerer dem ikke selv.</p>	Aadel Heilemann og Pål Alm-Kruse	28.04.2026