

Innspill nr	Aktør	Innspill fra KS på prismodellene	Norsk helsenetts kommentar	Aktør representert ved	Dato for innspill
1	KS	<p>Følgende punkter oppsummerer KS sine innspill til prismodellene. Innspillene retter seg i hovedsak mot selve utformingen av prismodellene og omtaler i begrenset grad de politiske og administrative perspektivene. KS har derfor avtalt med HOD at de vil gi separate innspill til betalingsmodellen som helhet i løpet av mai, som ledd i HODs forarbeid til forskrift.</p> <p>Generelt sett er det fortsatt en ubesvart bestilling fra Stortinget om bruk av nytte/gevinst som kriterium for prisenøkler, noe vi mener må være et bærende prinsipp fremover. Dette vil også være viktig underlag og dokumentasjon om at nasjonale e-helseløsninger gir økt produktivitet i sektoren i årene fremover.</p> <p>Merk at innspillene under er å anse som innledende da vi ikke har fått kjørt saken i samstyingsstrukturen. Dette vil gjøres ifm innspill til HOD ila mai.</p> <p>Prøvesvar</p> <p>Ny prismodell foreslås med 60/40 fordeling RHF/kommuner. Dette begrunnes i at det sendes ca. 18 millioner 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).</p> <p>Vi har i 2025 gitt tilbakemelding om at prøvesvar ikke kan faktureres kommunene i 2026, da løsningen ikke var tilstrekkelig utprøvd. Dette ble tatt til følge. Ettersom prøvesvar nå er «rullet ut» til over 1700 virksomheter, med over 4,3 millioner prøvesvar er det rimelig å anta at utprøving på konsumentensiden er over. Vi har lagt til rette for innføring av prøvesvar i kjernejournal for konsument i 2026.</p> <p>Samtidig er ikke prøvesvar for rekvirert ferdig, og det er fortsatt utprøving av dette området. Vi regner med at kostnadene som tilfaller kommunene for 2027 på 7,2 mnok ikke differensierer mellom konsument og rekvirert (det står det ingenting om) og da er det heller ikke mulig å dele opp kostnadene. Vi må enten avvise kostnaden som helhet, da noe ikke er ferdig, eller å akseptere kostnadene da kommunene (fastleger) bruker løsningene. Generelt ender vi da på følgende; om prøvesvar er tilstrekkelig utprøvd i hele kommunen, som del av kjernejournal, vil det kunne overføres til betalingspliktig forvaltning fra 2027 med fordelingen på 60 prosent til regionale helseforetak og 40 prosent til kommunene.</p> <p>Norsk helsenett anbefaler også i steg 2 en regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private laboratorie- og radiologivirksomheter som benytter tjenesten. «KS og RHF'ene støtter denne anbefalingen». Steg 2 vil først bli aktuelt det året det foreligger rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter. Dette er rimelig og vil med tid redusere kostnadene for kommunene.</p> <p>VKP</p> <p>Det presiseres at det verken har vært, eller forventes, endringer i fordelingen av bruk mellom kommuner og RHF. Med andre ord, vi er fortsatt på 95/5 fordeling mellom kommuner/RHF. Dette har vi tidligere argumentert mot, senest i NEHR i juni 2025 og forskriftsinnspill, da det ikke representerer en riktig fordeling mellom helseforetak og kommuner.</p> <p>Det er viktig å skape et incitament for helseforetakene til å benytte VKP. Vi oppfatter at dette incitamentet skapes gjennom at helseforetakene betaler en større andel av drift og forvaltningskostnadene av løsningen, og dermed mener vi at fordelingen bør endres. Samtidig er vi usikre på riktig fordeling mellom kommunene og helseforetakene.</p> <p>NHN bekrefter at «det ser ut som om vi klarer å håndtere de nødvendige endringene i økt volum i form av flere kommuner som tar i bruk tjenesten og beredskap innenfor nåværende kostnadsramme.». Dette må vi allikevel vurderes om det er hensiktsmessig. Det er åpenbart viktig å sikre at VKP i gammel og ny form breddes ut så snart som mulig for å møte målsetningene om digital hjemmeoppfølging, ikke minst som en viktig samhandlingskomponent mellom HF og kommuner.</p> <p>Øvrige tilbakemeldinger gitt i 2024, og som fortsatt står seg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bruk, nytte og kostnadskonsekvenser av nasjonale e-helseløsninger må dokumenteres bedre før fordelingsnøkler fastsettes. • NHN må bidra til et reelt kunnskaps- og datagrunnlag om hvem som faktisk bruker løsningene og hvor nytte realiseres. • Flere tjenester er i praksis tilpasset fastlegetjenesten mer enn kommunal tjenesteproduksjon, noe som utfordrer rimeligheten i kommunenes betalingsandel. • Prismodeller må videreutvikles i tråd med kommunenes behov, ikke bare videreføres som tekniske fordelingsøvelser. 	Norsk helsenett tar innspillene til etterretning.	Terje Wistner	24.04.2026