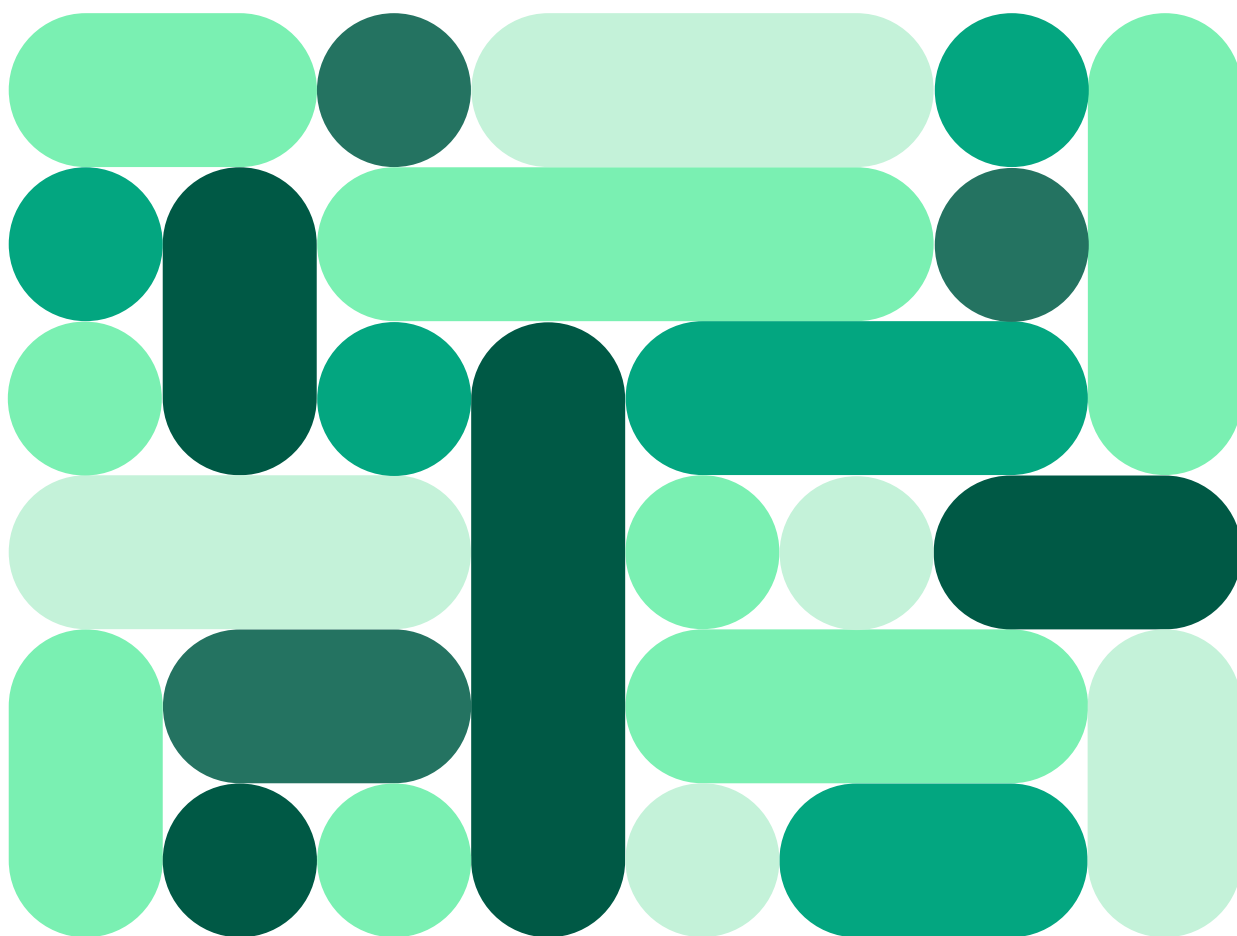


Anbefaling til justert prismodell – 2027 for nasjonale e-helseløsninger

26. mai 2026

Versjon 1.2



Dato	Versjon	Beskrivelse	Forfatter
26.05.2026	1.2	Anbefaling til justerte prismodeller	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
22.12.2025	1.0	Prismodell 2026 ihht forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger	HOD

Innhold

1	Oppdrag	5
2	Forutsetninger	5
2.1	Føringer og forutsetninger for arbeidet med prismodeller.....	5
2.2	Tidligere beslutning fra 2023 som ligger til grunn	6
2.3	Nyttevurderinger	6
3	Forankring	6
4	Justering av prismodeller fra 2027	7
4.1	Pasientens prøvesvar	7
4.1.1	Anbefalt prismodell for pasientens prøvesvar	8
4.1.2	Konklusjon:	9
4.2	Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID	9
4.2.1	Kostnadsfordelingsnøkkel innad i segmentet øvrige aktører	9
4.2.2	Presisering av medlemskap i Helsenettet.....	10
4.2.3	Estimering av pris for 2027	11
4.2.4	Konsekvenser av endringer som gjøres i prismodellen:	13
4.2.5	Øvrige innspill fra sektor	15
4.2.6	Betraktninger	15
4.2.7	Anbefaling/konklusjon.....	16
5	Øvrige nasjonale e-helseløsninger - Ingen justering	16
5.1	E-resept.....	17
5.2	SFM.....	17
5.3	Kjernejournal	17

5.4	Helsenorge	18
5.5	Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)	18
6	Anbefalte prismodeller 2027 oppsummert	19
7	Vedlegg	20

1 Oppdrag

Vårt oppdrag hentet fra oppdragsdokumentet datert 19. januar 2026:

«Norsk helsenett skal vurdere behov for justeringer i prismodellene og leverer sin anbefaling innen 1. mai hvert år som grunnlag for endringer i den forskriftsfestede betalingen.»

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

- Pasientens prøvesvar (ny)
- 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
- Kjernejournal
- 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 2027, 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 at de regionale helseforetakene 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.)

2.3 Nyttevurderinger

Det er Helsedirektoratet som har fått i oppdrag å vurdere nytteverdien av de nasjonale e-helseløsningene. Norsk helsenett har ikke i oppdrag å gjennomføre eller fremlegge nyttevurderinger av løsningene.

3 Forankring

Oppdraget er gjennomført i perioden februar til og med april 2026. Utkast til justerte prismodeller ble oversendt RHF-enes IKT-direktører per e-post mandag 13. april, med forespørsel om tilbakemeldinger. RHF-ene har i etterkant gitt tilbakemelding om at prismodellene tas til etterretning.

Den 9. april oversendte vi forslag til prismodeller til KS. I etterkant har det vært dialog med KS, og KS har også gitt skriftlige innspill, som er vedlagt i innspills loggen. KS peker blant annet på behovet for å vurdere nytte og gevinster og at dette bør legges til grunn i prisnøkklene.

Utkast til justert prismodell for Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID for øvrige aktører ble sendt på e-post 13. april til utvalgte aktører og interesseforeninger. Frist for tilbakemelding ble satt til 24. april og dersom det var ønske om et felles møte ble aktørene bedt om å ta kontakt. Vi har sendt ut informasjon pr e-post til 24 aktører og vi har hatt møter med 6 av disse. 16 aktører har gitt innspill

Se innspills logg vedlagt i e-post for utfyllende opplysninger.

Anbefalinger om prismodeller for 2027 behandles i Nasjonalt strategiråd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren 11. juni.

4 Justering av prismodeller fra 2027

4.1 Pasientens prøvesvar

Pasientens prøvesvar er en ny nasjonal tjeneste for deling av medisinske prøvesvar på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. Tjenesten gir en samlet oversikt over laboratorie- og radiologisvar. Ved å samle og tilgjengeliggjøre data på denne måten legges det til rette for utvikling av nye, innovative og verdikende 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.

Ifølge tidligere samfunnsøkonomiske analyser er tjenesten ventet å gi tidsbesparelser hos fastleger, i sykehjem og på legevakter. En bedre tilgang til tidligere prøvesvar for helsepersonell kan føre til riktigere behandling som kan gi reduserte innleggelseser, samt at det tas færre unødvendige prøver. Dette er virkninger som er prissatt. Unngått dobbeltrekvirering av prøver er ventet å gi store besparelser, selv om usikkerheten i omfanget er betydelig. Behovene til sektor har endret seg noe fra beslutningsgrunnlaget ble laget i 2020, og nyttepotensiale for spesialisthelsetjenesten antas derfor redusert. Pasientens prøvesvar gir også betydelige gevinster for innbygger.

Helsedirektoratet planlegger en overordnet evaluering av utprøvingen. Gitt at tjenesten fortsatt er under innføring, og at sentrale deler av nytten først kan realiseres når spesialisthelsetjenesten i større grad deltar, vil evalueringsgrunnlaget være begrenset. Evalueringen vil derfor i stor grad basere seg på foreløpige erfaringer og forventninger hos brukerne, noe som medfører usikkerhet knyttet til vurderingen av faktisk nytte. Denne

usikkerheten vil inngå i grunnlaget som oversendes departementet i forbindelse med videre vurderinger, herunder spørsmålet om plikt til betaling av drift- og forvaltningskostnader.

4.1.1 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 2027, herunder henholdsvis kjernejournal.

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 situasjon 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. Norsk helsenett har statistikk over alle rekvisisjoner og svarrapporter som sendes som EDI-meldinger. 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). Rekvisisjoner internt på sykehus sendes ikke i form av EDI meldinger, og Norsk helsenett har derfor ikke statistikk over disse.

Basert på indikasjoner om at andelen svarrapporter fra sykehus er mindre enn tidligere antatt, samt at kjernejournal er breddet til flere kommuner, foreslår Norsk helsenett 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.

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 RHF'ene 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 er det likevel viktig for private aktører at deres svarrapporter inngår i løsningen, både av hensyn til rekvirent og pasient.

Dette bekreftes av helsepersonell, spesielt ved sykehusene, der det framheves et behov for tilgang til prøvesvar analysert hos private laboratorie- og radiologivirksomheter.

4.1.2 Konklusjon:

Norsk helsenett anbefaler steg 1 for 2027. Steg 2 vil først bli aktuelt det året det foreligger rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter. Pasientens prøvesvar vil i 2027 trolig inneholde primært prøvesvar rekvirert fra virksomheter i primærhelsetjenesten, men at andelen sykehusrekvirerte prøvesvar vil øke utover 2026 og spesielt 2027 og 2028. Det er likevel betydelig nytte for helsepersonell ved sykehusene å få tilgang til prøvesvar fra primærhelsetjenesten, også prøvesvar analysert ved private laboratorie- og radiologivirksomheter. I tillegg er det viktig for helseforetakene at prøvesvar analysert ved helseforetakenes laboratorie- og radiologiavdelinger, blir delt gjennom Pasientens prøvesvar for å opprettholde et attraktivt tilbud i konkurranse med de private virksomhetene.

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.

4.2 Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID

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 2027 basert på kostnadsfordelingsnøkkel mellom de tre hovedsegmentene.

4.2.1 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 priskategorier basert på erfaringer i evalueringsarbeidet og innspill fra aktørene. Anbefalt justering:

- Avvikle priskategori «Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere»
- Opprette en ny priskategori for «Samarbeidspartnere»
- Utvide priskategori Fylkeskommuner til å inkludere «Virksomheter som forvalter og tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre»

- Presisering av definisjon i kategorien *Kjeder: lokasjon* erstattes med begrepet *filialer registrert i Brønnøysundregisteret som yter helsehjelp*
- Alle andre priskategorier opprettholdes som de er

For prisendring i de ulike priskategoriene, se alternativ 1 og 2 i tabell under estimering av pris for 2027.

4.2.2 Presisering av medlemskap i Helsenettet

Nye nasjonale løsninger gjør at vi deler helseopplysninger på en annen måte enn før. I stedet for å utveksle helseopplysninger én til én, gjør vi dem tilgjengelige for både helsepersonell og pasienten selv – når de trenger dem.

Når helseopplysninger deles mellom mange stilles det strengere krav til personvern og informasjonssikkerhet. Vi må derfor ha kontroll på hvem som deler og hvem som mottar helseopplysninger. Norsk helsenett har et ansvar for å sikre at riktige virksomheter som i henhold til dagens regelverk kan og skal være medlem i Helsenettet. I samsvar med dette vil Norsk helsenett sikre at det er den virksomheten som yter helsehjelp og som er ansvarlig i henhold til regelverket, også er den som aksepterer Norsk helsenett sine medlemsvilkår.

Det betyr at når helsehjelp ytes av et enkeltpersonforetak eller aksjeselskap, må denne virksomheten være medlem. For mange fastleger, tannleger, psykologer, terapeuter, apotek, private sykehus og tilsvarende vil det bety en ny ordning, der den enkeltes virksomhet må ha eget medlemskap. På den måten sikrer vi at den virksomheten som reelt har ansvaret også er klar over hvilke forpliktelser som følger med medlemskapet i Helsenettet. Det er derfor avgjørende at medlemskapet knyttes til den juridiske virksomheten. Hvilke virksomheter som kan og skal være medlem i Helsenettet er regulert i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger. Virksomheter som yter helsehjelp og bruker NHN sine tjenester må være medlem og betale medlemsavgift. Helseopplysninger skal bare behandles når det er nødvendig for å yte helsehjelp.

2026 er et overgangsår der dagens medlemmer (som for eksempel et legekontor) blir fakturert som før. Parallelt skal hver selvstendig virksomhet som yter helsehjelp bli medlem i Helsenettet i løpet av året (som for eksempel hver enkelt fastlegevirksomhet). Disse fakturers først i 2027.

Fra 2027 forutsetter vi at alle selvstendige virksomheter som yter helsehjelp har eget medlemskap. Ved at medlemskap har rett avtalepart legger vi til rette for at lovverket etterleves og at medlemskap forbeholdes de virksomhetene som yter helsehjelp. 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.

4.2.3 Estimering av pris for 2027

Det er for tidlig å estimere prisnivå for 2027 allerede etter fire måneder inn i 2026, ettersom vi befinner oss i et overgangså der medlemsmassen er i betydelig endring. På dette tidspunktet foreslår vi derfor to alternative prisnivåer basert på tilgjengelig kunnskap.

- Alternativ 1 (økning på 3 000 nye medlemmer) og
- Alternativ 2 (økning på 8 000 nye medlemmer).

De to alternativene vises i tabell 1.1 med antall medlemmer og tilhørende pris vises i tabell 1.2. Endelig anbefaling av prisnivå i de ulike kategoriene vil bli levert til Helse- og omsorgsdepartementet i august, når prognosene for medlemsgrunnet har bedre kvalitet.

Vi forutsetter at de to ulike alternativene har stabilt antall medlemmer i de større priskategoriene, det vil si kategori B til og med D (mellomstore til ekstra store virksomheter).

Det presiseres at estimeringene i tabellene under forutsetter at priskategori g) «Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere» utgår fra 2027.

Alternativer basert på antall medlemmer vist i tabell 1.1 og pris vist i tabell 1.2

Pr 27. april 2027 har vi 7159 nye medlemmer under øvrige aktører som fordeler seg på alle priskategoriene i tabellen under.

Vi har ca. 2500 medlemmer som ikke har signert nye medlemsvilkår på riktig virksomhetsnivå.

Tabell 1.1 Viser antall medlemmer estimert basert på to ulike alternativer i antall medlemsmasse.

Priskategorier	Omsetning	Antall medlemmer som faktureres for 2026	Estimert antall medlemmer 2027- Alternativ 1	Estimert antall medlemmer 2027- Alternativ 2
a) Små virksomheter	0 - 15 mnok	5 368	8 371	13 371
b) Mellomstore virksomheter	15 – 40 mnok	343	354	354
c) Store virksomheter	40 – 80 mnok	50	74	74
d) Ekstra store virksomheter	>80 mnok	71	93	93
e) Kjeder * (10 eller flere filialer registrert i Brønnøysundregisteret som yter helsehjelp)		31	35	35
f) Fylkeskommuner og Virksomheter som forvalter og tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre (ENDRING)		14	19	19
g) Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere (UTGÅR)		78		
Samarbeidspartnere (NY)			20	20

Tabell 1.1 * Antall virksomheter som har 10 eller flere filialer registrert i Brønnøysundregisteret som yter helsehjelp

Tabell 1.2 Viser pris i de ulike priskategoriene basert på de to alternative medlemsmassene.

Priskategorier	Omsetning	Pris pr måned i 2026	Pris pr måned i 2027 - Alternativ 1 *	Pris pr måned i 2027 - Alternativ 2 *
a) Små virksomheter	0 - 15 mnok	748 kr	590 kr	425 kr
b) Mellomstore virksomheter	15 – 40 mnok	1 495 kr	1 525 kr	1 525 kr
c) Store virksomheter	40 – 80 mnok	8 826 kr	9 003 kr	9 003 kr
d) Ekstra store virksomheter	>80 mnok	13 249 kr	13 514 kr	13 514 kr
e) Kjeder (10 eller flere filialer registrert i Brønnøysundregisteret som yter helsehjelp, pris er oppgitt pr filial)		748 kr	840 kr	840 kr
f) Fylkeskommuner og Virksomheter som forvalter og tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre (ENDRING)		13 249 kr	13 514 kr	13 514 kr
g) Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere (UTGÅR)		1 947 kr		
Samarbeidspartnere (NY)			13 514 kr	13 514 kr

Tabell 1.2 *Pris er eks. mva og er ikke indeksregulert for 2027

4.2.4 Konsekvenser av endringer som gjøres i prismodellen:

Avvikle priskategori «Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere»:

Det legges opp til en mer lik behandling av medlemmer ved at priskategori «Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/ beboere» avvikles. Begrunnelsen er at virksomhetene i denne kategorien i praksis benytter NHN sine løsninger på samme måte og i samme omfang som aktører i øvrige priskategorier, uten at det foreligger saklige forhold som tilsier en særskilt prisfordel. Dette består i stor grad av robuste virksomheter med omsetning på lik linje med virksomheter i øvrige priskategorier. Dette understøtter at kategorien ikke primært treffer små eller økonomisk sårbare aktører.

Dagens ordning innebærer at disse virksomhetene får en prisfordel sammenlignet med andre tilsvarende aktører, til tross for lik bruk av løsningene. Denne forskjellsbehandlingen mener vi ikke kan forsvares verken prinsipielt eller økonomisk, og bidrar til en prismodell som fremstår lite konsistent og vanskelig å forklare overfor øvrige kunder. Konsekvensen for virksomheter i denne kategorien er at de på lik linje med andre aktører blir plassert i kategori basert på omsetning eller kjede og vil da mest sannsynlig få en økning i månedlig pris.

Vi anbefaler at sårbare aktører får et tilskudd på medlemsavgift på lik linje med andre offentlige virksomheter som får støtte.

Opprette en ny priskategori for «Samarbeidspartnere»

Ved å innføre en ny kategori for samarbeidspartnere vil også aktører som har behov for informasjonsutveksling med helsevirksomheter rettmessig ta sin del av kostandene for Helsenettet. Disse virksomhetene kvalifiserer ikke til å være medlem, men er en aktør som samhandler med helsevirksomheter via Helsenettet

Denne gruppen omfatter både offentlige og private virksomheter – som for eksempel NAV, forsikringsselskaper, politi, Statens vegvesen og Luftfartstilsynet – som i kraft av sitt samfunnsoppdrag enten tilgjengeliggjør eller innhenter helseopplysninger, men som ikke selv yter helsehjelp. Aktørene har egne rettslige hjemler for sin oppgaveløsning og har behov for sikker og lovlig informasjonsutveksling med helsevirksomheter som en integrert del av sine arbeidsprosesser.

Dagens modell gir ingen tydelig og konsekvent plass for disse aktørene. De faller utenfor medlemskriteriene, samtidig som behovet for samhandling gjør at de må få tilgang til deler av infrastrukturen. En egen kategori vil derfor bidra til ryddighet.

Disse brukerne får tilgang til grunnleggende tjenester i helsenettet som elektronisk meldingsutveksling (EDI), HelseID og helsenettforbindelse, slik at de på en sikker og lovlig måte kan utveksle helseopplysninger med medlemmene i Helsenettet. De vil ikke ha tilgang til alle nasjonale e-helseløsninger.

Utvide priskategori Fylkeskommuner til å inkludere «Virksomheter som forvalter og tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre»

Vi anbefaler å utvide kategorien for fylkeskommuner i prismodellen til også å omfatte *virksomheter som forvalter og tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre*. Dagens prismodell gir ikke en tilstrekkelig presis plassering av disse aktørene. Helseregistre bidrar til blant annet å ivareta og forbedre helsetjenester og behandlingstilbud.

Typiske virksomheter er underliggende etater i helseforvaltningen, og eventuelt andre virksomheter som tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre. Dette kan blant annet være Bioteknologirådet, Direktoratet for medisinske produkter, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Helsetilsynet

Disse aktørene bør også ta sin rettmessige andel av kostandene for Helsenettet.

Forslag til ny benevnelse av kategori: *Fylkeskommuner og virksomheter som forvalter og tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre*

Presiserer at lokasjoner er filialer i Brønnøysundregisteret

Det må komme tydelig frem i forskriften at lokasjoner tilsvarer filialer i Brønnøysundregisteret.

Prismodellen handler om prising av det enkelte medlemskap. I dette arbeidet benytter vi offentlige data i arbeidet med å identifisere rett virksomhet/avtalepart (enhet i enhetsregisteret) og tilhørende underenheter (filialer).

I tilfeller hvor selvstendige virksomheter samarbeider for eksempel om en felles merkevare eller et fagsystem, må hver enkelt selvstendig helsevirksomhet være medlem på selvstendig vilkår. Virksomheter i grossist- og franchisestruktur er selvstendige virksomheter som har fullt ansvar og risiko for egen virksomhet. I filialmodellen er underenhetene fullt eid og styrt av hovedselskapet.

4.2.5 Øvrige innspill fra sektor

Omsetningsgrunnlag

I forbindelse med omleggingen av prismodellen i 2025 var det innspill på bruk av omsetningsgrunnlag. Innspillene gikk på differensiering av omsetning på helsehjelp og varesalg. Dagens modell tar ikke hensyn til ulike former for omsetningsgrunnlag. Dette treffer varehandel spesielt og aktører som har en større andel av sin omsetning i en annen næring. En differensiering på omsetning vil være krevende å følge opp og vil endre grunnlaget i oppbyggingen av prismodellen.

4.2.6 Betraktninger

Vi mener 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 bidrar. Modellen åpner ikke opp for diskusjoner preget av aktørenes bruk, nytte, etc. av Helsenettet inkludert grunndata og helselD.

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.

De overordnede diskusjoner som vi har hatt og som HOD har blitt inkludert i, omhandler primært lokasjonsbegrepet/kjede, omsetningsgrunnlag samt medlemskap og prisnivå. Anbefalingene for 2027 tydeliggjør prismodellen ytterligere. Presiseringen av hvem som skal være medlem bidrar også til en mer rettferdig fordeling av kostnadene. Tidligere kunne mange virksomheter være dekt av ett medlemskap. Dette slår likt ut for de ulike yrkesgruppene som er selvstendig næringsdrivende (som for eksempel leger, fysioterapeuter, psykologer, tannleger, kiropraktorer etc.). Det er i tillegg et ønske fra sektoren å differensiere ytterligere på de aller minste virksomhetene (priskategori a) da de med kun en ansatt og lav omsetning kategoriseres med større virksomheter. I tillegg pålegges rapporteringsplikt på privatfinansiert aktivitet til KPR/NPR. Dette er noe vi tar med oss i videre arbeid for prismodellen for 2028 når ting er mer avklart og vi har fått på plass de riktige medlemmene.

4.2.7 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 lik behandling av medlemmer ved å avvikle priskategori «*Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere*». I tillegg til at vi innfører en ny kategori for samarbeidspartnere og utvider kategorien for fylkeskommuner til å inkludere *virksomheter som forvalter og tilgjengeliggjør helseopplysninger for helseregistre*

Dette er en kostnadseffektiv forvaltning av prismodellen basert på tilgjengelige data 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:

5.1 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 45% hver og apotek/bandasjist 10%. I tillegg faktureres HELFO og SLV utenfor forskrift slik det er praktisert i tidligere år. Det er ingen endring på forholdsmessig fordelingen mellom aktørene

5.2 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.

5.3 Kjernejournal

Viderefører dagens modell, som bygger på en hybrid prismodell der hele Kjernejournal anses som teknisk klart, kombinert med fordeling basert på bruk. Dette gir følgende fordeling: Kommunene 50% - RHF 50%.

Bakgrunnen er at vi fortsatt vurderer at spesialist- og primærhelsetjenesten har tilnærmet lik nytte av kjernejournal.

Uttrekk fra statistikk for Kjernejournal API'ene				
Løsning	Pasientens journaldokumenter		Kritisk info	
	Les	Skriv	Les	Skriv
Spesialist	5,3 %	97,4 %	10,1 %	79,6 %
Primær	94,7 %	2,6 %	89,9 %	20,4 %

Statistikken er basert på bruk så langt i 2026. Det gir nytteverdi både å registrere data i en tjeneste (skriv) og å konsumere data i en tjeneste (les).

For Pasientens journaldokumenter og Kritisk info ser vi at spesialisthelsetjenesten registrerer klart mest data, mens det er primærhelsetjenesten som consumerer mest data. Hvis vi antar at det er lik nytteverdi mellom les og skriv, så kan vi underbygge en 50/50 deling mellom spesialist og primær basert på tallene fra Pasientens journaldokumenter og Kritisk info.

5.4 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%.

5.5 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 betalingsmodellen og tilhørende fordeling som den mest hensiktsmessige, sett opp mot målene i nasjonal e-helsestrategi. Modellen understøtter en forutsigbar og lite komplisert modell som er enkel å administrere. At alle kommuner pålegges en basisfinansiering, bidrar samtidig til å stimulere til bruk av løsningen og dermed realisering av nytte, ettersom kostnaden påløper uavhengig av bruk.

Det presiseres at det verken har vært, eller forventes, endringer i fordelingen av bruk mellom kommuner og RHF.

Per mars 2026 er det 93 kommuner som bruker VKP.

På våre hjemmesider har vi lenke til statistikk på de ulike løsningene:

[Lenke til statistikk](#)

6 Anbefalte prismodeller 2027 oppsummert

Fordeling aktører					
Løsning	RHF	Kommune	Øvrige aktører	Apotek	Sum
Helsenorge	50,00 %	50,00 %			100,00 %
Kjernejournal	50,00 %	50,00 %			100,00 %
E-resept *	45,00 %	45,00 %		10,00 %	100,00 %
SFM	50,00 %	50,00 %			100,00 %
Pasientens prøvesvar (NY)	60,00 %	40,00 %			100,00 %
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 %

*Som i tidligere år vil SLV og Helfo bli faktureres utenfor forskrift for E-resept. Tabellen viser fordelingen av midler som er omfattet av forskriften. Den forholdsmessige fordelingen mellom aktørene er uendret.

Finansieringsbehov fra estimat forskrift 2027 ihht TBU dokument fremlagt vår 2026 – tall oppgitt i millioner kroner (tall er ikke indeksregulert)					
Løsning	RHF	Kommune	Øvrige aktører	Apotek	Sum
Helsenorge	206,0	206,0			412,0
Kjernejournal	59,9	59,9			119,8
E-resept *	43,9	43,9		9,8	97,6
SFM	32,9	32,9			65,8
Pasientens prøvesvar (NY)	10,8	7,2			18,0
Grunndata og HelselD	41,4	41,4	41,4		124,2
Helsenettet	67,3	67,3	67,3		201,9
VKP	1,6	29,5			31,1

* Som i tidligere år vil SLV og Helfo bli faktureres utenfor forskrift for E-resept. Tabellen viser fordelingen av midler som er omfattet av forskriften. Den forholdsmessige fordelingen mellom aktørene er uendret.

7 Vedlegg

Viser til egne vedlegg:

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