

Møte i Nasjonalt strategiråd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren (Strategirådet)

<i>Møte</i>	2/2026	
<i>Dato</i>	11. juni 2026	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 16.00	
<i>Sted</i>	Radisson Blu Nydalen, Oslo	
<i>Medlemmer</i>	Ørjan Andersen (Helse Vest RHF) Bjørn J. Villa (Helse Midt-Norge RHF) Bengt Flygel Nilfsors (Helse Nord RHF) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Lucie Aunan (Helsedirektoratet) Helen Brandstorp (Helsedirektoratet) Christine Bergland (Folkehelseinstituttet) Kristin W. Wieland (KS) Svein Lyngroth (Oslo kommune) Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Lill Stabel (Vestvågøy kommune)	Arne Ingebrigtsen (Kristiansund kommune) Lilly Ann Elvestad (FFO) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Frode Danielsen (Digitaliseringsdirektoratet) Edith Roth Gjevjon (Norsk Sykepleierforbund) Randi Tandle (Direktoratet for medisinske produkter) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF)

Sak	Agenda Strategirådet	Tidspunkt	Sakstype
12/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden	10:00	Godkjenning
13/26	Godkjenning av referatet fra Strategirådet 26. mars 2026	10:05	Godkjenning
	Dagsaktuelt	10:10	Åpen sak
14/26	Status nasjonal e-helsestrategi og drøfting av strategiske tema som bør adresseres i Strategirådet fremover	10:25	Drøfting
15/26	Oppsummering felles møte mellom Helsereformutvalget og Strategirådet	11:05	Drøfting
	Lunsj	11:35	
16/26	Anbefaling til justert prismodell 2027 for de nasjonale e-helseløsningene	12:20	Drøfting
17/26	Orientering om rammeavtale med leverandører innen tale-til-sammendrag	13:00	Drøfting
18/26	KI Norge	13:40	Drøfting
	Pause	14:20	
19/26	Kommunekommisjonens arbeid	14:30	Drøfting
20/26	Helseberedskap i totalforsvaret	15:10	Drøfting
21/26	Eventuelt	15:55	
	Slutt	16:00	

Sak	Agenda	Sakstype
12/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Strategirådet godkjenner innkalling og dagsorden.	
13/26	Godkjenning av referat fra Strategirådet 26. mars 2026	Godkjenning
	Forslag til vedtak: Strategirådet godkjenner referatet fra møtet i Strategirådet 26. mars 2026.	Vedlegg 1: Referat fra møtet i Strategirådet 26. mars 2026
	Dagsaktuelt	Åpen sak

	Under dagsaktuelt får medlemmene mulighet til å løfte problemstillinger og dilemmaer de står i. Dette kan gi innspill til saker som kan behandles i rådsmodellen i senere møter.	Ingen toppnotat
14/26	Status nasjonal e-helsestrategi og drøfting av strategiske tema som bør adresseres i Strategirådet fremover	Drøfting
	<p>Strategirådet skal gi råd om felles behov og strategiske veivalg innen digitalisering som støtter utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Rådet skal også anbefale prioriteringer og rammer for gjennomføring av tiltak, med mål om en helhetlig utvikling og effektiv ressursbruk.</p> <p>Saken gir en status på gjennomføringen av den nasjonale e-helsestrategien og legger til rette for en strategisk drøfting av sentrale utfordringsområder. Hensikten er å identifisere hva som bør adresseres videre i strategirådet for å sikre fremdrift i tråd med strategiens ambisjoner.</p> <p>Vedlegget til saken er lenket til Strategirådet sine sider på Helsedirektoratet.no</p>	<p>Vedlegg 2: Toppnotat Status nasjonal e-helsestrategi og drøfting av strategiske tema som bør adresseres i Strategirådet fremover</p> <p>Vedlegg 2A: Status nasjonal e-helsestrategi Q2 2026 - oppfølging av strategien</p>
	<p>Forslag til vedtak: Strategirådet drøftet status og utfordringer i gjennomføringen av nasjonal e-helsestrategi. Helsedirektoratet tar med seg innspill og kommer tilbake til Strategirådet med oppfølgingssaker.</p>	
15/26	Oppsummering felles møte mellom Helsereformutvalget og Strategirådet	Drøfting
	<p>Det vises til sak 11/26 "Felles møte mellom Helsereformutvalget og Strategirådet" fra møte i Strategirådet 26. mars 2026, og e-post sendt fra KS 6. april 2026. I e-posten ble Helsedirektoratet oppfordret til å lage et utkast til et oppsummerende notat med Strategirådets innspill til Helsereformutvalget.</p> <p>Helsedirektoratet har gjort en sammenstilling av det som ble presentert basert på presentasjonene til de enkelte, og det som var felles. Helsedirektoratet ønsker en drøfting av sammenstillingen.</p>	<p>Vedlegg 3: Toppnotat Oppsummering felles møte mellom Helsereformutvalget og Strategirådet</p>
	<p>Forslag til vedtak: Strategirådet drøftet oppsummering av felles møte mellom Helsereformutvalget og Strategirådet, og ble enige om videre prosess.</p>	
16/26	Anbefaling til justert prismodell 2027 for de nasjonale e-helseløsningene	Drøfting
	<p>Norsk helsenett SF har i oppdrag å vurdere justeringer i prismodellene som omfatter betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. I denne saken vil det presenteres anbefalte justeringer i prismodell for følgende løsninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientens prøvesvar (ny) • Helsenettet inkludert Grunndata og HelseID for gruppen øvrige aktører (private aktører og fylkeskommuner) <p>Vedleggene til saken er lenket til Strategirådet sine sider på Helsedirektoratet.no</p>	<p>Vedlegg 4: Toppnotat Anbefaling til justert prismodell 2027 for de nasjonale e-helseløsningene</p> <p>Vedlegg 4A: Anbefaling til justert prismodell – 2027 v1.2</p> <p>Vedlegg 4B: Innspillslogg øvrige aktører for Helsenettet</p>

		inkludert grunndata og HelseID Vedlegg 4C: E-post til øvrige aktører på forslag prismodell Helsenettet inkludert grunndata og HelseID Vedlegg 4D: Innspillslogg fra KS på prismodellene
	Forslag til vedtak: Strategirådet drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill inn i vider arbeid.	
17/26	Orientering om rammeavtale med leverandører innen tale-til-sammendrag	Drøfting
	Helse Sør-Øst ønsker med saken å orientere om anskaffelsen av teknologier for tale-til-sammendrag og drøfte hvordan vi best mulig deler erfaringer med teknologien på tvers av sektorene og hvordan vi generelt forholder oss til mulighetene innen journaltekst og generativ kunstig intelligens.	Vedlegg 5: Toppnotat Orientering om rammeavtale med leverandører innen tale-til-sammendrag
	Forslag til vedtak: Helse Sør-Øst RHF orienterte Strategirådet om rammeavtale med leverandører innen tale-til-sammendrag, og Strategirådet drøftet hvordan aktørene best mulig kan dele erfaringer på tvers av sektorene.	
18/26	KI Norge	Drøfting
	KI Norge er under etablering som en egen enhet i Digitaliseringsdirektoratet. Gjennom saken får Strategirådet kjennskap til den planlagte innretningen på KI Norge, og får mulighet til å gi innspill om ønsket samarbeid med enheten.	Vedlegg 6: Toppnotat KI Norge
	Forslag til vedtak: KI Norge og Strategirådet erkjenner nytten av videre samarbeid mellom KI Norge og Helsesektoren om hvordan KI transformerer sektoren, og hvilke forutsetninger som må være på plass og faktorer som stimulerer til tempo og ansvarlighet i KI-utviklingen i sektoren. Samarbeidet antas å være nyttig for begge parter: <ul style="list-style-type: none"> • Strategirådet kan formidle utfordringer og barrierer for god KI-utvikling i sektoren, som KI Norge kan ta med seg i eget arbeid, og eventuelt løfte til politiske myndigheter • KI Norge kan dra nytte av eksempler på god KI-utvikling og anvendelse i sektoren, som kan inspirere andre sektorer og aktører 	
19/26	Kommunekommisjonens arbeid	Drøfting
	Saken legges frem for Strategirådet for å gi en kort orientering om Kommunekommisjonens arbeid, og for å innhente innspill til kommunekommisjonens arbeid med digitalisering i kommunesektoren. KS ønsker særlig innspill på hvilke behov, hindringer og tiltak Strategirådet mener bør prioriteres i kommisjonens videre arbeid med digitalisering, innovasjon og forskning.	Vedlegg 7: Toppnotat Kommunekommisjonens arbeid
	Forslag til vedtak:	

	Strategirådet drøftet saken. Innspillene fra møtet vil inngå i KS sitt videre arbeid med Kommunekommisjonens del om digitalisering, innovasjon og forskning.	
20/26	Helseberedskap i totalforsvaret	Drøfting
	Helsesektoren er en sentral del av Norges totale beredskap og må dimensjoneres for et bredt og mer komplekst trusselbilde. Etter ønske fra Strategirådet så vil Helsedirektoratet legge frem sak om helseberedskap i totalforsvaret og drøfte dette med medlemmene.	Vedlegg 8: Toppnotat Helseberedskap i totalforsvaret
	Forslag til vedtak: Strategirådets medlemmer tar med seg lærdom fra drøftingen i sitt videre arbeid knyttet til beredskap.	
21/26	Eventuelt	

Referat fra møte i Nasjonalt strategiråd for digitalisering i helse- og omsorgssektoren (Strategirådet)

<i>Møte</i>	1/2026	
<i>Dato</i>	26. mars 2026	
<i>Tid</i>	Kl. 10.00 – 16.00	
<i>Sted</i>	Helsedirektoratet, Vitaminveien 4, Storo Oslo	
<i>Medlemmer</i>	Ørjan Andersen (Helse Vest RHF) Bengt Flygel Nilfsors (Helse Nord RHF) Rune Simensen (Helse Sør-Øst RHF) Mariann Hornnes (Helsedirektoratet) Lucie Aunan (Helsedirektoratet) Helen Brandstorp (Helsedirektoratet) Kristin W. Wieland (KS) Svein Lyngroth (Oslo kommune) – fra kl. 15	Camilla Dunsæd (Kristiansand kommune) Arne Ingebrigtsen (Kristiansund kommune) Lilly Ann Elvestad (FFO) Ivar Halvorsen (Legeforeningen) Frode Danielsen (Digitaliseringsdirektoratet) Randi Tandle (Direktoratet for medisinske produkter)
<i>Ikke til stede</i>	Bjørn J. Villa (Helse Midt-Norge RHF) Lill Stabel (Vestvågøy kommune) Johan Ronæs (Norsk helsenett SF) Christine Bergland (Folkehelseinstituttet)	
<i>Stedfortreder</i>	Odd Martin Solem, Norsk helsenett SF, stiller for Johan Ronæs	
<i>Helsedirektoratet</i>	Siv Ingebrigtsen	Karen Lima Vibeke Jonassen Wang

Sak	Tittel på sak	Sakstype
1/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden	Godkjenning
2/26	Godkjenning av referatet fra Nasjonalt e-helseråd 11. desember 2025	Godkjenning
3/26	Status på Digital samhandling	Orientering
	Dagsaktuelt	Åpen sak
4/26	Vekst i drift og forvaltningskostnader på nasjonale e-helseløsninger	Drøfting
5/26	Veikart for Helsenorge	Drøfting
6/26	Etablering av oppgavefelleskap mellom eiere/kunder av Helseplattformen AS	Orientering
7/26	Orientering om felles journalløft, pågående og fremtidige anskaffelser i kommunal sektor	Orientering
8/26	"Digital førstelinje" – retning, visjon og veivalg	Drøfting
9/26	Orientering fra Helsedirektoratet	Orientering
10/26	Eventuelt	
11/26	Felles møte mellom Helsereformutvalget og Strategirådet	Drøfting

Sak	Tema
1/26	Godkjenning av innkalling og dagsorden.
	Det kom ingen innspill til innkalling og dagsorden.
	Vedtak: Strategirådet godkjenner innkalling og dagsorden.
2/26	Godkjenning av referat fra Nasjonalt e-helseråd 11. desember 2025
	KS kom i møte med innspill til sak 32/25 "Helseteknologiordningen – status og erfaringer fra journalanskaffelser så langt" rundt monopolistsituasjonen. Dette ønskes nyansert ytterligere slik at KS sin mening kommer tydeligere frem. KS er opptatt av mangfold og at monopol vil være krevende for sektoren. KS sender over ønsket tekst til sekretariatet.
	Det kom ingen øvrige innspill til referatet.
	Vedtak:

	Strategirådet godkjenner referatet fra møtet i Nasjonalt e-helseråd 11. desember 2025, med endringene som kom etter innspill fra KS.
3/26	Status på Digital samhandling
	<p>Gunn Signe Jacobsen, Helse- og omsorgsdepartementet, orienterte Strategirådet om status på digital samhandling.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Digitale helsetjenester må tydelig inkludere pasienter og innbyggere som målgruppe, ikke kun helsepersonell. Innbyggernes aktive deltakelse er avgjørende. • Sterk interesse for digitale prøvesvar viser et stort behov hos befolkningen for innsikt i egen helse. • En betydelig del av befolkningen ekskluderes fra digitale helsetjenester da de mangler BankID. Det er nødvendig å øke tempoet i arbeidet med alternative løsninger. Det gjøres arbeid nasjonalt og i EU med fullmakter og eID, men prosessene er komplekse og kostbare. • Mandatene til digital samhandling er blitt gode. Samtidig kan roller og ansvar bli enda tydeligere. • Det må tydeliggjøres hvordan teknisk tilgjengeliggjøring skal føre til faktiske gevinster i tjenestene. Det vi gjør må ha en effekt. Kommunesektoren har utfordringer med å realisere gevinster og det er behov for et bedre forarbeid for å lykkes. • Helsekort for gravide må utredes grundig for å sikre pasientsikkerheten. I prosjekt X ses det på mer sammenhengende oppfølging og støtte gjennom svangerskap, fødsel og barsel. Helsekort for gravide bør derfor inkludere informasjon og oppfølging også 6–8 uker etter fødsel. • Det er nødvendig å avklare hvem som eier helsedata og hvem som skal ha innsyn. Retningslinjene for innsyn er omstridt, og arbeidet må balansere pasientens og helsepersonellens behov. Helsedirektoratet samarbeider med nordiske land om dette. • Helsesektoren må samordne seg bedre i oppfølging av leverandørmarkedet. Avvikling og manglende videreutvikling av FM har blant annet skapt usikkerhet. • Det ble etterspurt status på signering av de nye medlems- og bruksvilkårene til Norsk helsenett SF. Dette er en situasjon som har påvirket hele sektoren og forsinket digital samhandling. Det ble informert om at det fortsatt ikke foreligger en endelig avklaring, men det har vært en tidlig anbefaling fra KS om å signere med forbehold om videre avklaringsarbeid. Legeforeningen har oppfordret sine medlemmer til å inngå avtale, men det er motvilje blant enkelte. • Norsk helsenett SF la til at det er store datamengder de håndterer og de må være sikre på hvem deres medlemmer er. Samtidig er en årsak til nye vilkår en modernisering, for å gjøre det mer smidig og mindre byråkratisk. Spesielt knyttet til forskriftsendringer, som vi er sikre på at vil komme. Helse- og omsorgsdepartementet kommenterte at det pågår vurdering av om forskriften er korrekt utformet; forskrifter skal endres hvis de viser seg å være feil. <p>Strategirådet ble orientert om at KoSy fra Folkehelseinstituttet, i samarbeid med KS, vant eHelseprisen for 2025. Løsningen gir kommuneoverleger sanntids oversikt over smittsomme sykdommer og vaksinasjon, og har på kort tid blitt tatt i bruk i nær 200 kommuner.</p>
	Vedtak: Strategirådet tar saken til orientering.
	Dagsaktuelt
	<p>Under dagsaktuelt fikk medlemmer mulighet til å løfte problemstillinger og dilemmaer de står i. Dette kan gå oss innspill til saker som kan behandles i rådsmodellen i senere møter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legeforeningen informerte om at de, sammen med KS, har vært i møte med Helse- og omsorgsdepartementet for å drøfte hvordan kommunenettverkene kan brukes i digitalisering på fastlegesiden.

	<ul style="list-style-type: none"> • Det ble forslått at Strategirådet bør komme med innspill til Kommunekommissjonen. Helsedirektoratet informerte om planer for å invitere de inn i møtet i Strategirådet i oktober.
4/26	Vekst i drift og forvaltningskostnader på nasjonale e-helseløsninger
	<p>Rita Midthaug, Norsk helsenett SF, la frem for Strategirådet samlet vekst i kostnader til forvaltning og drift for de nasjonale e-helseløsningene, som en konsekvens av investeringer eller tiltak i nasjonal e-helseportefølje. Dette inkluderte også tiltakene som er en del av satsningene på digital samhandling som koordineres av Helse- og omsorgsdepartementet.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prismodeller som skal knyttes til dokumentert nytte og faktisk bruk, må også ta høyde for ulik nytte og bruk for de ulike brukergruppene. Pasienters og innbyggers behov må inngå i vurderingene. • Presentasjon av kostnadsøkninger må suppleres med dokumenterte effekter, samt vurderinger av hvilke kostnader som ville oppstått uten investeringer. Dette er spesielt viktig for kommunene. • Den samfunnsøkonomiske analysen av EHDS må inkludere aktører med kommunalt perspektiv for å sikre at kommunesektorens behov ivaretas. • Det pågår arbeid med å estimere totale kostnader for EHDS i helsesektoren, men beregningene er krevende, preget av usikkerhet, og det må tas noen forutsetninger. • Det er viktig å synliggjøre at effektiviseringsarbeid også reduserer kostnader, og at ikke alle nye tiltak innebærer reelle merkostnader. • Underlaget bør vise hvilken effektivisering som er forutsatt, og om økt robusthet er inkludert. • Norsk helsenett SF ønsker mer tilbakemelding fra kommunalt helsepersonell, for å kunne forbedre de ulike løsningene ytterligere og enda bedre kunne dekke deres behov. KS ønsker å bidra til denne dialogen, for å sikre at tjenestene videreutvikles i tråd med sektorens behov.
	<p>Vedtak:</p> <p>Strategirådet har drøftet og tar til etterretning fremlagt økning i drift- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene, der økningen skyldes investeringer og tiltak i den nasjonale e—helseporteføljen og Helsenorge. Dette inkluderer tiltakene på digital samhandling og Helsekort for gravide i henhold til oppdrag og mandater mottatt fra Helse- og omsorgsdepartementet.</p>
5/26	Veikart for Helsenorge
	<p>Produktstyret for Helsenorge har gjennom 2025 gjort en revisjon av veikartet for Helsenorge i tråd med oppdaterte behov og føringer.</p> <p>Nina Linn Ulstein, Norsk helsenett SF, orienterte Strategirådet om revidert veikart for Helsenorge. Videre var det ønskelig med innspill til veikartet, slik at videre utvikling bidrar til å støtte realisering av sektorens planer og behov.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helsenorge fungerer som en sentral og velfungerende plattform for innbyggernes møte med digitaliserte helsetjenester. Brukere opplever bedre tjenester, blant annet gjennom løsninger for pasientreiser, som gir bedre oversikt og kontroll. • Innbyggere rapporterer også forbedret samhandling med fastleger ved bruk av Helsenorge. • Flere aktører må involveres i utviklingsarbeidet av Helsenorge. Det ble blant annet pekt på en tydeligere klinikerstemme. Enkelte funksjoner fungerer godt mens andre skaper merarbeid og utfordringer for klinikerne. Et annet eksempel som ble nevnt var innføringen av helsekort for gravide, hvor enkelte kommuner må gjøre trippelregistrering, noe som medfører betydelig merarbeid.

	<ul style="list-style-type: none"> • Det kom innspill om å løfte flere prioriteringssaker fra Helsenorge inn i Porteføljerådet for drøfting der også. Det kan styrke involvering og prioritering på tvers av sektor. • Økonomiske konsekvenser for de som skal ta løsningene i bruk må belyses bedre. I tillegg må alle konsekvensene tydeliggjøres overfor politisk ledelse. • Det understrekes behov for felles eierskap til Helsenorge og reell innflytelse i videre utvikling av plattformen. • Presentasjon av veikartet bør i større grad fokusere på gevinster og effekter. • Store mengder tiltak i veikartet hindrer ikke fremdrift; regioner og aktører kan starte implementering når de er klare, uten å vente på andre.
	<p>Vedtak: Strategirådet gir innspill til revidert veikart for Helsenorge.</p> <p>Aktørene i sektoren og Norsk helsenett SF tar med seg innspill fra Strategirådet i videre arbeid med realisering av veikart for Helsenorge.</p>
6/26	Etablering av oppgavefelleskap mellom eiere/kunder av Helseplattformen AS
	Arne Ingebrigtsen, Kristiansund kommune, delte erfaringer rundt samarbeidsstruktur mellom kommuner som vil styrke kompetanse og kapasitet til å ivareta kommunenes interesser ved innføring av digitale løsninger.
	<p>Vedtak: Strategirådet tar saken til orientering.</p>
7/26	Orientering om felles journalløft, pågående og fremtidige anskaffelser i kommunal sektor
	Terje Wistner, KS, orienterte Strategirådet om felles journalløft, om pågående og fremtidige anskaffelser i kommunal sektor.
	<p>Vedtak: Strategirådet tar saken til orientering.</p>
8/26	Digital førstelinje – retning, visjon og veivalg
	<p>Helsedirektoratet ønsket å ha en visjonær samtale med Strategirådet om hvordan Norge, gjennom smart bruk av digitalisering og kunstig intelligens, kan styrke innbyggernes muligheter for å forebygge, behandle og mestre egen helse. Det er et mål at digitale tjenester skal styrke helsetjenestens mulighet til å yte helsehjelp til flere, med god kvalitet.</p> <p>Elin H. Kindingstad, Helsedirektoratet, la frem saken for Strategirådet.</p> <p>Innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Digitale helsetjenester må være troverdige og gi innbyggerne god veiledning i hvordan tjenestene skal brukes. Tekst og dialog i tjenestene bør tilpasses brukeren gjennom presise og tilpassede formuleringer. • Mange innbyggere strever med å forstå helsefaglig språk; digitale tjenester må i større grad ivareta de som har utfordringer med egen helseforståelse. • Innbyggere forventes ikke å få økt ansvar, men å få bedre verktøy for å forvalte det ansvaret de allerede har. • Digitalisering er en sentral del av å bygge en robust førstelinje i helsetjenesten. • Innføring av en digital førstelinje gir betydelige muligheter, men må organiseres slik at den faktisk avlaster helsepersonell og ikke øker presset på tjenesten. Enkelte digitale tjenester kan føre til økt kontakt med lege, men det er likevel nødvendig å følge den digitale utviklingen for å opprettholde tilliten til helsetjenesten. • Det må vurderes nøye hvilke tiltak som reelt kan gi avlastning for helsepersonell før de prioriteres. • Det er risiko for at KI-løsninger blir så forsiktige at brukere uansett rådes til å oppsøke lege. Dette vil undergrave målet om avlastning.

	<ul style="list-style-type: none"> • KI gir store muligheter, men har også klare svakheter, som feilinformasjon og diskriminerende effekter i digitale tvillinger. Løsningene må være kvalitetssikret og bidra til å opprettholde innbyggernes tillit. • Medisinsk kvalitetssikring av KI-tjenester er avgjørende. • Amerikanske språkmodeller fungerer ikke nødvendigvis godt i norske kontekster og må vurderes kritisk. • Individualiserte og målrettede helsetjenester krever datagrunnlag som helsetjenesten i dag i liten grad har; det må hentes data fra flere sektorer enn helse alene. En digital førstelinje og KI-baserte råd krever et tverrsektorielt samarbeid, blant annet innen tjenester for barn og unge. • Organisering, ansvar og styring er avgjørende for å lykkes. Kommunene kan ikke bære ansvaret alene. • Det er viktig å sette klare mål for digitaliseringsarbeidet. Dersom helsetjenesten ikke utvikler gode KI-verktøy, vil innbyggere ta i bruk mindre kvalitetssikrede alternativer. Det ser vi skjer allerede. • Det bør ikke tas for store teknologiske sprang samtidig. Kontinuerlig forbedring, samarbeid med leverandører og smidige prosesser anbefales. • Arbeidet bør starte stegvis, med løpende justeringer. Målet er ikke å konkurrere med kommersielle KI-modeller, men å bruke helsedata som helsemyndighetene faktisk har. • Dagens begrensninger i datadeling gjør det vanskelig å levere gode digitale løsninger til innbyggere og helsepersonell. Overgangen til KI-tjenester forutsetter bedre tilgang på data, noe som står i kontrast til dagens situasjon. • Helsedirektoratet opplever at Strategirådet støtter retningen i dette arbeidet og fremtidsbildet, men at det er noen utfordringer på veien.
	<p>Vedtak – oppdatert:</p> <p>Strategirådet har drøftet et fremtidsbilde hvor innbyggernes muligheter for aktiv medvirkning i egen helse er betydelig forsterket, gjennom digitalisering og bruk av kunstig intelligens og bedre tilgang på helsedata.</p> <p>Strategirådet understreker behovet for en nasjonal satsing som styrker innbyggernes muligheter for å forebygge, behandle og mestre egen helse, og som styrker helsetjenestens mulighet til å yte helsehjelp til flere, med god kvalitet.</p>
9/26	Orientering fra Helsedirektoratet
	<p>Lucie Aunan, Helsedirektoratet, orienterte Strategirådet om følgende sak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientens kritiske informasjon <ul style="list-style-type: none"> ○ Det er etablert en ny temaside på Helsedirektoratet.no. Informasjonen omhandler blant annet innføring, veiledning til både helsepersonell, systemansvarlige og leverandører, og statistikk og måltall.
	<p>Vedtak:</p> <p>Strategirådet tar saken til orientering.</p>
10/26	Eventuelt
	Det kom ingen saker til eventuelt.
11/26	Felles møte mellom Helsereformutvalget og Strategirådet
	<p>Helsereformutvalget skal utrede og foreslå nye modeller for fremtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge.</p> <p>Mariann Hornnes, Helsedirektoratet, orienterte om dagens organisering, styring og finansiering av digitalisering, og rådsmodellen som virkemiddel for samarbeid og koordinering. Deretter la Gunnar Bovim og Marit Hermansen, Helsereformutvalget, frem mulige fremtidige modeller for organisering, styring og finansiering i helse- og omsorgstjenestene.</p>

	<p>KS/ kommuner ved KS, spesialisthelsetjenesten ved HSØ, fastlegetjenesten ved fastlege, pasient- og brukere ved FFO, Norsk helsenett og HelseDirektoratet ga sine innspill til Helsereformutvalget.</p> <p>Avslutningsvis ble det en felles drøfting av det som var blitt presentert.</p>
	<p>Vedtak: Strategirådet har drøftet mulig modeller for organisering av helse- og omsorgstjenesten og gitt innspill til Helsereformutvalget.</p>

Til Møte 2/26
Dato 11.06.2026
Saksnummer 14/26
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Status nasjonal e-helsestrategi og drøfting av strategiske tema som bør adresseres i Strategirådet fremover

Forslag til vedtak

Strategirådet drøftet status og utfordringer i gjennomføringen av nasjonal e-helsestrategi. Helsedirektoratet tar med seg innspill og kommer tilbake til Strategirådet med oppfølgingsaker.

Hensikt og formål med saken

Strategirådet skal gi råd om felles behov og strategiske veivalg innen digitalisering som støtter utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Rådet skal også anbefale prioriteringer og rammer for gjennomføring av tiltak, med mål om en helhetlig utvikling og effektiv ressursbruk.

Saken gir en status på gjennomføringen av den nasjonale e-helsestrategien og legger til rette for en strategisk drøfting av sentrale utfordringsområder. Hensikten er å identifisere hva som bør adresseres videre i strategirådet for å sikre fremdrift i tråd med strategiens ambisjoner.

Bakgrunn

Regjeringen har som mål at Norge skal bli verdens mest digitaliserte land, også innen helse- og omsorgstjenestene. Ambisjonene i *Vår helse 2030* forutsetter sammenhengende tjenester, effektiv ressursbruk og gode digitale løsninger.

Realisering av Nasjonal e-helsestrategi er en viktig forutsetning for å nå målene vi har satt oss for helse- og omsorgstjenesten og overordnet ser vi at det er fremdrift på realisering av nasjonal e-helsestrategi og at det jobbes godt på mange områder med økt forutsigbarhet og deling av kunnskap. For mer detaljert informasjon se vedlegg "Status nasjonal e-helsestrategi Q2 2026 – oppfølging av strategien".

Mål 1 – Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Vår strategiske retning frem mot 2030 er at innbygger skal ha tilgang til egne helseopplysninger fra hele helse- og omsorgstjenesten, få tilpasset informasjon og digitale mestringsressurser, og i større grad kunne følges opp hjemme med utgangspunkt i egne behov. Innbygger skal kunne dele relevante

helseopplysninger med tjenesten, ha digital dialog med helse- og omsorgstjenesten og få tjenester som understøtter aktiv medvirkning i egen og næres helse, behandling og oppfølging.

Det er god fremdrift i utviklingen av innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten, og tjenestetilbudet på Helsenorge utvides jevnlig. Innføring i kommunal helse- og omsorgstjeneste har lavere fremdrift enn ønsket. KS tilbyr derfor felles innføringsløp for DigiHelse og DigiHelsestasjon, samtidig som Norsk helsenett SF og kommunene arbeider med Kommunalt digitalt løft for å styrke gjennomføringsevnen i kommunene.

Utviklingen av digitale tjenester for barn og unge har synliggjort behovet for tydelig nasjonal regulering av foreldreinnsyn og tilgangsstyring. Helsedirektoratets veileder for foreldres tilgang til barns digitale tjenester er nå publisert. Samtidig stiller både veilederen og Helsedataforordningen nye krav til håndtering av tilgangsbegrensninger og reservasjonsmekanismer på tvers av systemer og nasjonale løsninger.

Helsedirektoratet arbeider også med satsningen Digital førstelinje for å samordne digitale helsetjenester og tilby innbyggerne bedre digitale verktøy, som selvhjelpsløsninger, helseapper og KI-baserte helseråd. I tillegg pågår arbeid med å vurdere deling av journaldokumenter med innbygger fra fastlege gjennom tiltaket Pasientens journaldokumenter.

Erfaringer fra digital hjemmeoppfølging, behovsstyrte poliklinikker og DelMedMeg viser et betydelig potensial for mer aktiv pasientmedvirkning og mer behovsstyrte tjenester. Pasientrapporterte data gir innsikt i symptomer og endringer mellom konsultasjoner, gjør det mulig å oppdage risiko tidligere, og kan bidra til mer målrettet oppfølging av pasientene og redusert forekomst av unødvendige kontroller. Erfaringene viser også at slike løsninger kan styrke samarbeidet mellom pasient og behandler, og gi mer fleksible og individuelt tilpassede tjenester. Samtidig representerer dette en ny arbeidsform for de fleste klinikere, og majoriteten av pasientoppfølgingen skjer fortsatt gjennom tradisjonelle konsultasjoner.

Samlet viser status at pågående tiltak fortsatt er relevante og bør videreføres og fullføres.

Mål 2 Enklere arbeidshverdag

Brukervennlighet og brukskvalitet vektlegges sterkere i sektoren, men andelen av helsepersonell som ikke er tilfreds med sine pasientjournalssystemer (EPJ-systemer) er fortsatt stor. Moderniserte EPJ-systemer legger grunnlaget for raskere utvikling, bedre samhandling og mer effektiv informasjons-håndtering og er sannsynligvis en forutsetning for å få bedre tilfredshet med EPJ-systemene. Moderniseringen er gjennomført i spesialisthelsetjenesten og det pågår anskaffelser i et stort antall kommuner. Inkludert kommuner som allerede har byttet til modernisert EPJ-system, anslås det at 3 av 4 kommuner enten har inngått avtale eller byttet EPJ-system innen utgangen av 2026.

God progresjon i Pasientens legemiddelliste (PLL) bidrar til økt pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser. Det er en økning i utbredelse og bruk av Pasientens journaldokumenter, ikke minst med legevakter som konsumenter. Stadig flere helseforetak kobles på som kilder til dokumentdeling, med Helse Midt-Norge i løpet av 2026. Bruken av dokumentdeling øker betydelig, noe som styrker tilgang til oppdaterte og korrekte helseopplysninger på tvers av tjenestenivåer. Begrenset kapasitet hos både kommuner og leverandører påvirker imidlertid tempoet i innføringen av nye samhandlingsløsninger, og understreker behovet for koordinert prioritering og støtte.

Utvidelsen av innhold i nasjonale e-helseløsninger og antall brukergrupper som har tilgang understreker behovet for å gjøre det lettere for innbyggere å ivareta sine rettigheter innen personvern, for eksempel ved harmonisering av mulighet for tilgangsbegrensninger i kjernejournal og på tvers av helsesektoren. Her er det behov for lik problemforståelse mellom aktørene og koordinert tilnærming.

Mål 3 Helsedata til fornying og forbedring

Den nasjonale rammeavtalen for KI-plattformer som hovedsakelig brukes til bildediagnostikk benyttes, og helseregionene har implementert KI for bl.a. å detektere frakturer bredt. Det pågår i tillegg flere

utprøvinger av andre tradisjonelle maskinlæringssystemer for beslutningsstøtte og billeddiagnostikk i sektoren. Generative KI-løsninger, som dokumentasjonsassistenter, har i løpet av kort tid blitt tatt i bruk, og fire av ti fastleger benytter slike tale-til-sammendragsløsninger regelmessig. Det knyttes fremdeles stor usikkerhet til reguleringen av tale-til-sammendragsløsninger.

Bruken av KI-systemer øker, og det finnes dokumenterte gevinster f.eks bidrar KI-frakturløsninger til kortere ventetid for pasienter, og helsepersonell sparer tid på dokumentasjon ved bruk av tale-til-sammendrag. Gevinstuttaket er imidlertid fortsatt ujevnt.

Oppdraget om digital førstelinje kan omfatte tjenester for helserelaterte spørsmål, samt digitale selvhjelps- og behandlingsverktøy basert på helsedata og kunstig intelligens.

Mål 4 Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Det pågår et omfattende arbeid i sektoren som understøtter mål om tilgjengelig informasjon og styrket samhandling. Arbeidet med innføring av ICD-11 er kommet i gang, men det gjenstår avklaringer, kartlegging, planlegging og oversettingsarbeid. RHF'ene og FHI skal kommende år kartlegge konsekvenser av overgang til ICD-11 på de områdene man i dag benytter ICD-10. Videre skal det utarbeides en helhetlig strategi for kodesystemer og standarder med formål å tydeliggjøre og sikre sammenhenger som blant annet er koordinert med krav i helsedataforordningen.

Norge deltar aktivt i utviklingen av EUs infrastruktur for helsedata gjennom EHDS, et sentralt virkemiddel for å tilrettelegge for trygg, standardisert bruk og gjenbruk av helsedata i tråd med felles europeiske rammer. EHDS vil medføre økt standardisering og en mer koordinert informasjonsforvaltning på tvers av hele sektoren. Dette krever økt innsats på regelverks- og standardiseringsarbeid, som igjen vil gi stabile og forutsigbare rammer for effektiv og trygg deling av data. Fra 1. januar 2026 har kommunene ansvar for at kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester tar i bruk Nasjonal kjernejournal i virksomheten, i tråd med endringer i § 10 i Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger - Lovdata. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at kjernejournal som hovedregel skal benyttes som juridisk ramme av Norsk helsenett SF for sammenstilling og deling av helseopplysninger mellom helsepersonell på tvers av virksomheter. Departementet vurderer nå hvordan regulering av kjernejournal bedre kan tilpasses behov hos aktørene. Det gjelder både samtykke-bestemmelsene og spørsmålet om hvilke opplysninger som kan deles. Dette passer også godt med endringene som følger av den europeiske helsedataforordningen.

Vi ser økt fokus og gjennomførte øvelser på sikkerhet og beredskapsområdet for å sikre at vi er tilstrekkelig forberedt. Effekten av øvelsene og beredskapsarbeidet øker betydelig når øvelser kombineres med målrettede systematiske tiltak, har tydelige læringsmål og kobles til styringssystem og ledelsesoppfølging.

Mål 5 Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

For å realisere målene i Nasjonal e-helsestrategi er det avgjørende at nasjonale prioriteringer kan omsettes til varig praksis i helse- og omsorgstjenesten. Mål 5 retter seg mot hvordan samarbeid, virkemidler, finansiering og styring samlet kan styrke gjennomføringskraften i digitaliseringen. Mer spissede prioriteringer, færre parallelle satsinger og tydeligere forventninger til kommuner og leverandører er nødvendig for å sikre reell gjennomføringskraft.

Helseteknologiordningen bidrar til mer forutsigbarhet for leverandørene og legger til rette for teknologiinvesteringer og støtter kommunene i anskaffelse og innføring av helseteknologi. Som vist under mål 2 er det stor aktivitet i kommunene på anskaffelse av EPJ innenfor helseteknologiordningen. Samtidig er det fortsatt utfordringer knyttet til kapasitet og økonomi i kommunene og leverandørmarkedet. Dagens finansieringsmodeller er i hovedsak innrettet mot anskaffelse og implementering, og er i liten grad tilpasset drift, videreutvikling og gevinstrealisering over tid. Dette er særlig utfordrende for tverrgående tjenester som digital hjemmeoppfølging.

Forordningen om det europeiske helsedataområdet (EHDS), som trådte i kraft i EU 26. mars 2025, etablerer rettslige rammer for deling og bruk av helsedata i Europa. Den er nå i en transisjonsfase der implementeringen konkretiseres gjennom gjennomføringsrettsakter i perioden mars 2025–mars 2027. Norge deltar i relevante EU-prosjekter og har gjennomført en nasjonal gap-analyse og en analyse av konsekvensene av forordningen for aktørene i Norge på kort sikt. Helsedataforordningen åpner et viktig mulighetsrom som krever trygg og gradvis implementering, hvor Helsedirektoratet utvikler et mål bilde og veikart for å sikre retning, felles forståelse og oppfyllelse av kravene innen gitte frister.

Utforming og etterlevelse av regelverket er fortsatt et tema som trenger oppmerksomhet. På den ene siden er det viktig å identifisere konkrete behov for regelverksutvikling, og utfordre regelverket ut fra disse behovene. Her er det trolig rom for forbedring i å identifisere behov for endringer på tvers av ulike helsetjenesteområder. På den andre siden er det nødvendig å klargjøre hvilke rammer og frihetsgrader dagens regelverk faktisk setter, og sørge for at disse rammene etterleveres i både praksis, planer og strategier.

Smidig og stegvis utvikling muliggjør raske leveranser og kontinuerlig tilpasning, men uten et mål bilde som gir tydelig retning og rammer - kan resultatet bli lite sammenhengende løsninger. Dette gir større belastning for både leverandører og helseaktører, og økt risiko for teknologisk gjeld. De fem prioriterte samhandlingstiltakene i satsningen på digital samhandling gir god retning på kort og mellomlang sikt, men det er fortsatt mange udekkede behov for nasjonal samhandling. I tillegg benytter de utviklede løsningene svært ulike løsningsmønstre, fra tradisjonell meldingsformidling til sentral datadeling og dokumentdeling med distribuert lagring. Dette øker kompleksiteten for leverandører av IT-systemer som skal knytte seg til de nasjonale e-helseløsningene, og i økosystemet som helhet.

Videre saksprosess

Nasjonal e-helsestrategi følges videre opp i nasjonal rådsmodell i andre halvår med eventuelle justeringer av strategi, indikatorer og veikart.

[Vedlegg 2A Sak 14-26 Status nasjonal e-helsestrategi Q2 2026 – oppfølging av strategien](#)

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Utvalg og dato	Tittel på sak	Vedtak
6/26	Fagrådet 21.01.2026	Nasjonal e-helsestrategi – strategiske indikatorer og ambisjonsnivå 2030	Fagrådet drøftet det foreslåtte indikatorsettet og ambisjonsnivå. Helsedirektoratet tar med seg innspillene gitt i møtet i det videre arbeidet
7/26	Porteføljerådet 12.02.2026	Oppfølging nasjonal e-helsestrategi 1. kvartal 2026	Porteføljerådet drøftet fremlagte status og utfordringsområder for gjennomføringen av nasjonal e-helsestrategi. Helsedirektoratet tar med seg innspill og kommer tilbake til Porteføljerådet med oppfølgingssaker.

Til Møte 2/26
Dato 11.06.2026
Saksnummer 15/26
Innretning Drøfting

Sakseier Lucie Aunan
Saksbehandler Siv Ingebrigtsen

Oppsummering felles møte mellom Helsereformutvalget og Strategirådet

Forslag til vedtak

Strategirådet drøftet oppsummering av felles møte mellom Helsereformutvalget og Strategirådet, og ble enige om videre prosess.

Hensikt med saken

Det vises til sak 11/26 "Felles møte mellom Helsereformutvalget og Strategirådet" fra møte i Strategirådet 26. mars 2026, og e-post sendt fra KS 6. april 2026. I e-posten ble Helsedirektoratet oppfordret til å lage et utkast til et oppsummerende notat med Strategirådets innspill til Helsereformutvalget.

Helsedirektoratet har gjort en sammenstilling av det som ble presentert basert på presentasjonene til de enkelte, der vi har holdt oss strengt til det som var felles. Det er lite om fremtiden og tiltak, men vi er i stor grad enige om utfordringsbildet, noe punktene gjenspeiler.

- Arbeidet med digitalisering i helse- og omsorgstjenesten er på rett vei med en felles strategi og stegvis realisering
- Det er behov for bedre sammenhengende pasientforløp, samarbeid om innbyggers behov og digital samhandling
- Digitaliseringen går for sakte, tilgang til oppdatert og riktig informasjon er mangelfull
- Ansvaret for digital samhandling på tvers av virksomheter og med innbygger må ligge nasjonalt. Ansvar for digitalisering i den enkelte virksomhet ligger regionalt/lokalt
- Utfordringene skyldes ikke primært organiseringen, men mangel på styring og samhandling
- Styring av det nasjonale digitaliseringsarbeidet må forsterkes slik at vi får en tydelig beslutningsmyndighet innen den nasjonale samhandlingen
- Det er behov for mer regelverksutvikling og felles fortolkning
- Nasjonale standarder og felles rammer er en forutsetning for digital samhandling
- Innføring av digitale samhandlingsløsninger går for tregt
- Manglende finansiering og samordning forsinker gevinster
- Digitalisering dreier seg primært om arbeidsprosesser og organisering – ikke bare teknologi

- Brukervennlighet og aktiv involvering av helsepersonell er en kritisk suksessfaktor. Digitaliseringen må ta utgangspunkt i det kliniske behovet

Videre saksprosess

Strategirådet bes drøfte videre prosess for denne sammenstillingen.

Til Møte 2/26
Dato 11.06.2026
Saksnummer 16/26
Innretning Drøfting

Sakseier Johan Ronæs, Norsk helsenett SF
Saksbehandler Randi Halle-Knutzen, Astrid Økland

Anbefaling til justert prismodell 2027 for de nasjonale e-helseløsningene

Forslag til vedtak

Strategirådet drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill inn i videre arbeid.

Hensikt med saken

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.»

I denne saken vil vi presentere anbefalte justeringer i prismodell for følgende løsninger:

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

For følgende nasjonale e-helseløsninger har Norsk helsenett vurdert at det ikke er behov for justeringer av prismodellene fra det som er gjeldende i 2026:

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

Hva skal nasjonal rådsmodell ta stilling til?

Hvordan opplever dere at våre anbefalinger til justeringer i prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene understøtter målene i Nasjonal e-helsestrategi? Ser dere eventuelt muligheter for justeringer som kan bidra til å øke måloppnåelsen ytterligere?

Føringer og forutsetninger for arbeidet med prismodellene:

I oppdraget evaluerer vi prismodeller som omfatter betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

Norsk helsenett har et ikke-økonomisk formål og har ikke til hensikt å gå med overskudd i større utstrekning enn nødvendig for å sikre en forsvarlig drift. Norsk helsenett håndterer dette ved en "kost pluss" tilnærming for den prisen som settes. Kost er summen av forventede kostnader, og pluss er den risikomarginen på toppen av kostnaden for å håndtere usikkerheten i anslaget. I Norsk helsenett er denne satt til 5%.

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.

Tidligere beslutninger 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.)

Hva skal vi oppnå med prismodellene?

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

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.

Justering av prismodeller fra 2027:

På følgende løsninger har Norsk Helsenett anbefaling til justert prismodell fra 2027:

- Pasientens prøvesvar
- Helsenettet inkludert Grunndata og HelselD for gruppen øvrige aktører (private aktører og fylkeskommuner)

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 verdiøkende tjenester.

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

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 riktiger behandling som kan gi reduserte innleggelses, 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.

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 svrappporter.

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 svrappporter som sendes som EDI-meldinger. Det sendes ca. 18 millioner svrappporter årlig (svrappporter til statlig forvaltning er unntatt), av disse sender helseforetakene ca. 60% og private laboratorium ca. 40%. Tilnærmet 100% av disse svrappportene 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 svrappporter 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 svrappporter 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.

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.

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.

Kostnadsfordelingsnøkkel innad i segmentet øvrige aktører

Norsk helsenett foreslår at prinsippene til fordelingsnøkkel 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.

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 Helsenetten 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 Helsenetten i løpet av året (som for eksempel hver enkelt fastlegevirksomhet). Disse faktureres 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.

Estimering av pris for 2027

Det er for tidlig å estimere prisenivå for 2027 allerede etter fire måneder inn i 2026, ettersom vi befinner oss i et overgangsår der medlemsmassen er i betydelig endring. På dette tidspunktet foreslår vi derfor to alternative prisenivåer 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 prisenivå i de ulike kategoriene vil bli levert til Helse- og omsorgsdepartementet i august, når prognosene for medlemsgrunnlaget 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

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.

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.

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 HelseID.

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

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.

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.

Øvrige nasjonale e-helseløsninger - Ingen justering

NHN vurderer ingen endring av prismodell for de øvrige nasjonale e-helseløsninger som inngår i Pasientjournallovens plikt for betaling. NHN mener at de vurderinger og forutsetninger som lå til grunn for tidligere anbefalte prismodeller ikke har endret seg. Dette gjelder E-resept, Sentral forskrivningsmodul og Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Se dokument vedlagt "Anbefaling til justert prismodell - 2026" for mer utfyllende informasjon.

Bakgrunn

Justeringer i prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene er i tidligere år behandlet i Strategirådet og det er naturlig at dette fortsetter gitt viktigheten og konsekvensene av prismodellene for aktørene.

Videre saksprosess

Norsk helsenett har overlevert endelig anbefaling til prismodeller til HOD og vil ettersende innspill fra møtet i Strategirådet. HOD vil ta med dette i endelig vurdering og fastsettelse av prismodeller for 2027 for de nasjonale e-helseløsningene

[Vedlegg 4A Anbefaling til justert prismodell – 2027 v1.2](#)

[Vedlegg 4B Innspillslogg øvrige aktører for Helsenettet inkludert grunndata og HelseID](#)

[Vedlegg 4C E-post til øvrige aktører på forslag prismodell Helsenettet inkludert grunndata og HelseID](#)

[Vedlegg 4D Innspillslogg fra KS på prismodellene](#)

Vedtak fra tidligere behandlinger i rådsmodellen

Saksnummer	Utvalg og dato	Tittel på sak	Vedtak
15/25	Nasjonalt e-helseråd 12.06.2025	Anbefaling til justert prismodell 2026 for de nasjonale e-helseløsningene	Nasjonalt e-helseråd drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med innspill i det videre arbeidet. Rådet ber om at saksunderlaget til neste års behandling beskriver mer om bruken og de som foreligger av nyttevurderinger
12/24	Nasjonalt e-helseråd 13.06.2024	Prinsipper for fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsninger	Nasjonalt e-helseråd drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta følgende innspill med seg i det videre arbeidet: <ul style="list-style-type: none"> Nasjonalt e-helseråd ga full støtte til å få SFM og prøvesvar i produksjon fra 2025. Kommunesektorens representanter fremhevet at finansieringen av fastlegetjenesten i dag er et statlig ansvar, og at basistilskuddet går uavkortet til fastlegene. Når kommunene må betale for fastlegenes bruk av tjenesten - må dette dekkes gjennom kutt i andre tjenester i kommunene. Det ble derfor fra kommunerepresentantene bedt om at kostnadsøkninger som skyldes bruk hos fastlegene, kompenseres i tråd med anmodningsvedtak om inndekning av merkostnader fra Stortinget. 2 av 4 RHF mener prinsipielt at RHF-andelen er for høy på prøvesvar steg 1. Rådsmodellen utfordrer på om noen av kostnadene kan tas av Norsk helsenett SF, fordi egenkapitalen har bygd seg opp de siste årene (steg 1 prøvesvar). Rådsmodellen anerkjenner at løsningene i stort har stor samfunnsnytte og stor nytte for pasientene. Samtidig er det utfordrende fra et bedriftsøkonomisk perspektiv. Det er viktig at finansieringsmodellen diskuteres i rådsmodellen hvert år. Det må settes ytterligere søkelys på å sikre at leverandørene utvikler sine løsninger i takt med utviklingen av de nasjonale e-

			<p>helseløsningene slik at disse kan integreres.</p> <ul style="list-style-type: none">• Nasjonalt e-helseråd understreket betydningen av at man etablerer kunnskap og faktagrunnlag om hvordan de ulike tjenestene brukes (aktører, tjenesteområder og personellgrupper), og at man gjennom følgeforskning og andre tiltak utvikler økt kunnskap om effekter av løsningene. Hensikten er økt kunnskap om både effekter for helsetjenesten, samfunnet og hva som skal til for økt bruk og utbredelse i ulike målgrupper.
--	--	--	--

Til Møte 2/26
Dato 11.06.2026
Saksnummer 17/26
Innretning Drøfting

Sakseier Rune Simensen, Helse Sør-Øst RHF
Saksbehandler Nis Johannsen, Helse Sør-Øst RHF

Orientering om rammeavtale med leverandører innen tale-til-sammendrag

Forslag til vedtak

Helse Sør-Øst RHF orienterte Strategirådet om rammeavtale med leverandører innen tale-til-sammendrag, og Strategirådet drøftet hvordan aktørene best mulig kan dele erfaringer på tvers av sektorene.

Hensikt med saken

Helse Sør-Øst ønsker med saken å orientere om anskaffelsen av teknologier for tale-til-sammendrag og drøfte hvordan vi best mulig deler erfaringer med teknologien på tvers av sektorene og hvordan vi generelt forholder oss til mulighetene innen journaltekst og generativ kunstig intelligens.

Bakgrunn

Journaldokumentasjon er en av de mest ressurskrevende oppgavene for helsepersonell, hvor både nøyaktighet og tidsbruk er avgjørende for pasientsikkerhet og effektiv klinisk drift. Ambient scribe-teknologi, basert på generativ kunstig intelligens, har vist seg å kunne redusere denne belastningen. Dette er bakgrunnen for at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å innføre teknologien.

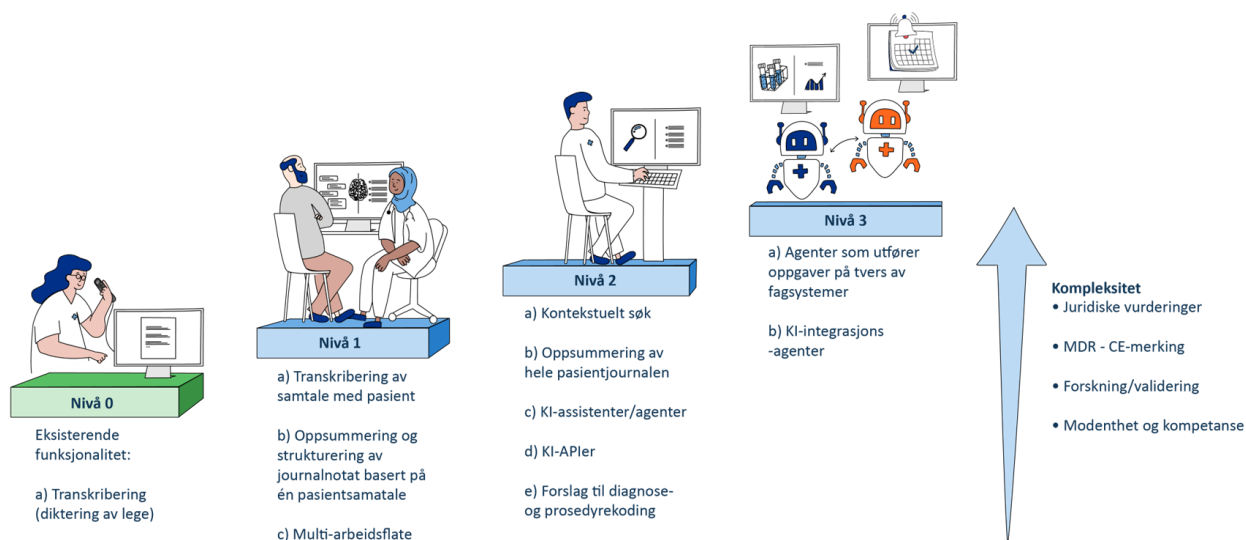
Teknologien transkriberer og strukturerer samtaler mellom pasient og behandler i sanntid, uten lagring av lydopptak, og generer et faglig relevant utkast til journalnotater som kvalitetssikres av behandler før lagring. Dette reduserer administrativt arbeid, forbedrer datakvaliteten og bidrar til mer konsekvent journaldokumentasjon. Dette gir helsepersonell økt produktivitet og frigjør tid til pasientomsorg, samtidig som kognitiv belastning reduseres i hektiske kliniske miljøer.

Helse Sør-Øst initierte i september 2025 en anskaffelsesprosess for tale til sammendrag og porteføljestyret (bestående av de administrerende direktører fra helseforetakene, ledet av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF) konkluderte 26. mars 2026 med å tildele kontrakt til fire leverandører. Anskaffelsesprosessen ble gjennomført som en konkurransepreget dialog. Alle de tre andre

helseregionene har opsjon på kontrakten, og har vært deltakende i anskaffelsesprosessen ledet av Helse Sør-Øst. Læring fra begrenset ibruktakelse i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Midt-Norge vært verdifulle bidrag i anskaffelsen.

Medical Device Regulation og CE-merking

EUs forordning for medisinsk utstyr, Medical Device Regulation (MDR), og CE-merking som obligatorisk bevis på at utstyret oppfyller disse kravene, har vært en sentral problemstilling i anskaffelsen, særlig når det gjelder funksjonalitet utover nivå 1, som illustrert under. Det er store gevinster knyttet til generativ kunstig intelligens, og vi opplever en sterk etterspørsel fra klinikere. Samtidig står vi overfor regulatorisk usikkerhet når det gjelder hvorvidt disse systemene må klassifiseres innenfor MDR og hvilken risikoklasse leverandørene må forholde seg til. Funksjonalitet utover tale-til-sammendrag (nivå 2 og videre i nedenstående figur) har DMP kommunisert tilhører minimum klasse IIa, men tale-til-sammendrag er avventer fortsatt konklusjonen fra EU-landenes (samt Norge) pågående *Helsinkiproedyre*.



I anskaffelsen har vi utelukkende kravstilt og vurdert funksjonalitet tilhørende nivå 1. For å sikre oss at den generative kunstig intelligens ikke praktiserer funksjonalitet innen nivå 3 (f.eks. kommer med diagnoseforeslag) har vi kravstilt og teste «guardrails» som hindrer uønsket bruk.

Videre saksprosess

Tale-til-sammendrag kan ses som første enkle steg for å høste gevinstene innen generativ kunstig intelligens. I takt med leverandørene får merket sine mer avanserte produkter i henhold til føringer fra DMP, vil det være opplagt å vurdere anskaffelse og innføring av disse. Det kan være relevant å dele erfaringene med teknologiene på tvers av sektorene i et fremtidig strategirådsmøte. På samme måte kan det være relevant sammen å utforske mulighetene i «agent» KI.

Til Møte /26
Dato 11.06.2026
Saksnummer 18/26
Innretning Drøfting

Sakseier Frode Danielsen, Digitaliseringsdirektoratet
Saksbehandler Hans Christian Holte

KI Norge

Forslag til vedtak

KI Norge og Strategirådet erkjenner nytten av videre samarbeid mellom KI Norge og Helsesektoren om hvordan KI transformerer sektoren, og hvilke forutsetninger som må være på plass og faktorer som stimulerer til tempo og ansvarlighet i KI-utviklingen i sektoren. Samarbeidet antas å være nyttig for begge parter:

- Strategirådet kan formidle utfordringer og barrierer for god KI-utvikling i sektoren, som KI Norge kan ta med seg i eget arbeid, og eventuelt løfte til politiske myndigheter
- KI Norge kan dra nytte av eksempler på god KI-utvikling og anvendelse i sektoren, som kan inspirere andre sektorer og aktører

Hensikt med saken

KI Norge er under etablering som en egen enhet i Digitaliseringsdirektoratet. Gjennom saken får Strategirådet kjennskap til den planlagte innretningen på KI Norge, og får mulighet til å gi innspill om ønsket samarbeid med enheten. Spørsmål til drøfting er følgende:

- Har Strategirådet innspill til konkretiseringen av KI Norges rolle, basert på de behovene helsesektoren har når det gjelder KI-utvikling og anvendelse?
- Har Strategirådet forslag til hvordan videre samarbeid mellom helsesektoren og KI Norge innrettes?

Bakgrunn

KI Norge er etablert på oppdrag fra Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet som del av den nasjonale forvaltningsstrukturen for kunstig intelligens. Oppdraget er å gjøre det enklere å ta kunstig intelligens i bruk på en ansvarlig måte som gir reell verdi. KI Norge skal ha en pådriver- og veilederrolle og fungere som et bindeledd og samarbeidspartner mellom sentrale KI-aktører i offentlig sektor, næringslivet, og kunnskapsmiljøer.

KI Norge skal:

- være en pådriver for og bidra til ansvarlig og verdiskapende bruk av kunstig intelligens
- gi virksomheter konkret veiledning og bidra til beslutningsrelevant kunnskapsgrunnlag

- koordinere innsatsen og legge til rette for erfaringsutveksling på tvers av offentlig sektor, næringsliv og kunnskapsmiljøer
- være en tydelig offentlig stemme på området

KI Norge skal i samarbeid med Nasjonal kommunikasjonsmyndighet (Nkom) og Datatilsynet etablere, utvikle og drifte en nasjonal regulatorisk KI-sandkasse. Sandkassen skal fremme næringsutvikling og innovasjon ved å gi virksomheter mulighet til å utvikle, trene og teste KI-systemer innenfor trygge rammer før bredere bruk.

Videre saksprosess

Behov for videre saksprosess vil henge sammen med konklusjonene etter drøftingen. I utgangspunktet vil oppfølging i form av nye fremlegg i Strategirådet vurderes etter behov.

Til Møte 2/26
Dato 11.06.2026
Saksnummer 19/26
Innretning Drøfting

Sakseier Kristin W. Wieland, KS
Saksbehandler Tristan Rolstad

Kommunekommisjonens arbeid

Forslag til vedtak

Strategirådet drøftet saken. Innspillene fra møtet vil inngå i KS sitt videre arbeid med Kommunekommisjonens del om digitalisering, innovasjon og forskning.

Hensikt med saken

Saken legges frem for Strategirådet for å gi en kort orientering om Kommunekommisjonens arbeid, og for å innhente innspill til kommunekommisjonens arbeid med digitalisering i kommunesektoren. KS ønsker særlig innspill på hvilke behov, hindringer og tiltak Strategirådet mener bør prioriteres i kommisjonens videre arbeid med digitalisering, innovasjon og forskning.

Saken tar utgangspunkt i KS' oversendte innspill til Kommunekommisjonen, samt drøftinger i den kommunale samstyingsstrukturen.

Spørsmål til drøfting:

1. Hva er de viktigste hindringene for digital transformasjon i kommunesektoren som bør løftes til Kommunekommisjonen?
2. Hvilke tiltak vil ha størst effekt for å styrke gjennomføringsevne og realisere gevinster fra digitalisering og KI?

Bakgrunn

Kommunekommisjonen er oppnevnt for å vurdere kommunesektorens evne til å ivareta samfunnsoppdraget fremover. I den videre delen av arbeidet vil digitalisering, innovasjon og forskning være sentrale virkemidler for omstilling.

KS har oversendt et innspill til kommisjonen som peker på behov for redusert statlig detaljstyring, større handlingsrom, bedre samordning og styringsformer som understøtter lokal oppgaveløsning.

Grunnleggende kapasitetsutfordringer

Kommunesektoren står overfor økende mangel på arbeidskraft og press på økonomien. Dette innebærer at dagens tjenestemodeller blir vanskeligere å opprettholde uten endringer. Vurderingen at det ikke er mulig å innfri summen av forventninger fra nasjonale myndigheter innen de rammene og ressursene som er disponible. Ingen kommuner klarer i dag å oppfylle alle lov- og forskriftskrav. Økt bruk av teknologi og KI vil være nødvendig for å opprettholde bærekraftige tjenester fremover.

Behov for styrket samordning, finansiering og samstyring

Fragmentert statlig styring og manglende samordning svekker gjennomføringsevnen, men øker også kostnadene i kommunesektoren. Dette reduserer effektene av tiltak og gir dårligere ressursutnyttelse. For å lykkes med digitalisering og gevinstrealisering er det behov for tettere samarbeid mellom stat og kommune, tydeligere roller og ansvar, samt tilstrekkelig nasjonal finansiering.

Nasjonal infrastruktur og felles innbyggertjenester bør i hovedsak finansieres nasjonalt. Samtidig må kommunesektoren sikres involvering hele veien og reell og likeverdig innflytelse, og kostnader utover dokumentert nytte må kompenseres for å sikre gjennomføring og gevinstrealisering.

Kommunal sektor er i dag samordnet nasjonalt, og det er viktig at staten spiller på de etablerte representative samstyringsarenaene for digitaliseringsarbeidet. Valg av utprøvkommuner må skje i dialog med KS i tråd med regjeringens vedtatte prinsipper for digitaliseringssamarbeid med kommunal sektor.

KS har tidligere pekt på behovet for sterkere nasjonal samordning og finansiering. Videreutvikling av helseteknologiordningen og fortsatt statlig støtte til fellesløsninger er avgjørende for å realisere sammenhengende tjenester og sikre bærekraftig digitalisering i kommunesektoren.

For å styrke gjennomføringsevnen også utenfor helsesektoren, bør myndighetene vurdere å etablere en kommuneteknologiordning etter modell av helseteknologiordningen. En slik ordning kan inngå i en bredere, tverrsektoriell tilskuddsordning som omfatter hele kommunesektoren, inkludert helse. Formålet bør være å stimulere til anskaffelse, innføring og gevinstrealisering av digitalisering fra et helhetlig kommunalt perspektiv. Helseteknologi kan samtidig videreføres og videreutvikles som egne tilskudd innenfor en slik ordning.

Endringer i organisering og arbeidsmåter

Gevinstrealisering forutsetter endringer i organisering og arbeidsprosesser, ikke bare innføring av ny teknologi. Tjenester må planlegges, leveres og følges opp på nye måter, noe som krever tydelig ledelse og langsiktig prioritering. Det er også behov for å styrke den digitale modenheten på systemnivå, slik at organisasjonen evner å ta i bruk og realisere gevinster av nye løsninger.

Datadeling og nasjonal infrastruktur

Datadeling er en grunnleggende forutsetning for effektiv digitalisering og sammenhengende tjenester. I dag er manglende datadeling, fragmenterte løsninger og ulik praksis en sentral barriere for samhandling på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

Det er behov for felles nasjonal infrastruktur og digitale økosystemer som legger til rette for samhandling, gjenbruk av data og skalering av løsninger. Det er også behov for bedre statlig samordning, slik at nasjonale tiltak i større grad understøtter kommunenes behov.

KI som strategisk premiss

KI må legges til grunn som et strategisk premiss for videre utvikling av kommunesektoren. KI er både en mulighet og et nødvendig virkemiddel for å møte fremtidens kapasitetsutfordringer. For å lykkes er det behov for tydelige nasjonale rammer, tilgang til relevante data, felles infrastruktur og støtte til kommunenes implementerings- og endringsarbeid. Samtidig må bruk av KI skje på en trygg, ansvarlig og samordnet måte.

Balanse mellom nasjonal samordning og lokalt handlingsrom

I arbeidet med innspillet til Kommunekommisjonen er det særlig behov for å vurdere hvordan sterkere nasjonal tverrsektoriell samordning og finansiering kan kombineres med tilstrekkelig lokalt handlingsrom. For å lykkes med digitalisering og utvikling av sammenhengende tjenester må staten bidra med tydeligere koordinering og mer helhetlige rammer, samtidig som kommunesektorens ansvar for prioritering, tilpasning og tjenesteutvikling ivaretas.

En sentral utfordring er at statlige initiativ i dag i stor grad utvikles sektorvis og med begrenset koordinering. Dette gir lavere effekt i kommunal tjenesteutvikling og gjør det vanskeligere å ivareta innbyggers behov på helhetlig vis og realisere gevinster på tvers av tjenester og forvaltningsnivå.

Videre saksprosess

Innspillene fra Strategirådet vil inngå i KS' videre arbeid med Kommunekommisjonens del om digitalisering, innovasjon og forskning.

Til Møte 2/26
Dato 11.06.2026
Saksnummer 20/26
Innretning Drøfting

Sakseier Mariann Hornnes
Saksbehandler Helen Brandstorp

Helseberedskap i totalforsvaret

Forslag til vedtak

Strategirådets medlemmer tar med seg lærdom fra drøftingen i sitt videre arbeid knyttet til beredskap.

Hensikt med saken

Saken kommer opp i strategirådet etter ønske i et tidligere møte om en drøfting av beredskap i dette kollegiet. Saken har ikke vært oppe i Porteføljerådet. Det er ikke forventet videre oppfølging av saken i Strategirådet.

Drøftingsspørsmål

- Arbeidet med helseberedskap er intensivert de siste årene. Hvordan sikre at vi ivaretar beredskapsperspektivet i vårt arbeid i Strategirådet?
- Har Strategirådet forslag til hvordan kommunene kan støttes i sitt arbeid med beredskap?

Bakgrunn

Helsesektoren er en sentral del av Norges totale beredskap og må dimensjoneres for et bredt og mer komplekst trusselbilde. Etter 2022 er sikkerhetssituasjonen skjerpet, og evnen til å håndtere kriser – inkludert krig – må styrkes gjennom helhetlig, langsiktig og tverrsektoriell innsats.

- Norge har de siste 20 årene håndtert et bredt spekter av kriser (terror, pandemier, naturkatastrofer og cyberangrep).
- Den sikkerhetspolitiske situasjonen er forverret, med økt risiko for sammensatte trusler.
- Trusselbildet omfatter bl.a.:
 - o cyberangrep og digitale sårbarheter
 - o påvirkningsoperasjoner og sabotasje

- o forsyningssvikt og geopolitisk ustabilitet

Implikasjonen av dette er at beredskap må planlegges for hele krisespekteret – fra fredstid til krig. Den strategiske retningen indikerer behov for samarbeid og samtrening på mange nivå

- Forsterket totalforsvarstiltærming med tett sivilt-militært samarbeid
- Økt vekt på tverrsektorielt samarbeid (stat, kommuner, næringsliv og frivillighet)
- Langsiktig styrking av motstandsdyktighet i befolkning, virksomhetene og sektoren.
- Styrket samarbeid i Europa/NATO

Norges første nasjonale sikkerhetsstrategi [Nasjonal sikkerhetsstrategi - regjeringen.no](#) ble lansert 8.mai 2025 og stortingsmeldingen om totalberedskap [Meld. St. 9 \(2024–2025\) - regjeringen.no](#) ble presentert 10.januar 2025. Sammen med totalforsvarskonseptet og de jevnlig trusselvurderingene fra etterretningsorganisasjonene setter dette retning for nasjonens beredskapsarbeid.

Helse- og omsorgssektoren kan på en måte sees på som Norges største beredskapsorganisasjon. Helse- og omsorgssektoren har de siste årene intensivt arbeidet med helseberedskap gjennom helseberedskapsmeldingen [Meld. St. 5 \(2023–2024\) - regjeringen.no](#) som ble presentert 24.november 2023, nasjonal helseberedskapsplan [Nasjonal helseberedskapsplan - regjeringen.no](#) og risiko- og sårbarhetsanalyse for helse og omsorgssektoren [Risiko- og sårbarhetsanalyse for helse- og omsorgssektoren - regjeringen.no](#)

Det er jobbet med gapanalyser for spesialisthelsetjenesten og for kommunene. Utvalg for sivil-militært helseberedskapssamarbeid har jobbet med disse fra nasjonalt hold. Analysene gir oss større forståelse for situasjonsbildet og sikrer vår evne til å forebygge og håndtere hendelser samt gjenopprette normalsituasjonen. Klare og tydelige roller og ansvarsavklaringer samt oversikt over verdier og sårbarheter er viktige for beredskapsarbeidet.

Innen helse – og omsorgssektoren pekes det på seks prioriterte områder:

1. Digitale trusler og IKT-sårbarhet
2. Trygg vannforsyning
3. Pandemier og smittsomme sykdommer
4. Atomhendelser
5. Forsyningsikkerhet (legemidler/utstyr)
6. Sammensatte trusler og krig

Det er opprettet utvalg innen disse prioriterte områdene som er bredt sammensatt med aktører fra Forsvaret, politiet, spesialisthelsetjenesten, sentral helseforvaltning, Utdanningsdirektoratet, Bufdir, KS, kommuner og Statsforvaltere.

Norge har en felles helsetjeneste i krise og krig. Derfor er sivilt-militært samarbeid en forutsetning for felles planlegging mellom helsetjenesten og Forsvaret. Det har vært jobbet med et konsept for medisinsk evakuering og et masseskadekonsept. Nå leder Norge et konsept for masseevakuering for NATO.

For å støtte kommunene bedre utvikles plan- og øvingsstøtte i et større samarbeidsprosjekt. Dette vil lanseres kort tid etter at DSB lanserer sine scenario innenfor "Norge Øver".

Beredskap er et felles samfunnsansvar. Helseberedskap må sees i sammenheng med kritisk infrastruktur. Det er nødvendig med kontinuerlig øving, samtrening, samarbeid og investeringer basert på

felles planforutsetninger og felles scenarier. Beredskapen må dimensjoneres ut fra fremtidige scenarioer, ikke siste krise. Prioritering og kapasitet blir avgjørende i kriser.

Helseberedskap er en kjernekomponent i totalforsvaret. For å møte et mer krevende trusselbilde må Norge styrke evnen til samhandling, robusthet og langsiktig planlegging – med særlig vekt på samarbeid på tvers av sektorer og mellom sivil og militær side.