

# Evaluering av prismodeller

15. mai 2023

Rapport v. 1.0

Dato	Versjon	Beskrivelse	Forfatter
15.05.2023	1.0	Rapport til HOD	Norsk helsenett

## Innhold

Sammendrag .....	5
<b>1. Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Norsk Helsenett .....</b>	<b>12</b>
1.1. Bakgrunn for oppdraget .....	12
1.2. Oppdraget .....	12
1.3. Forutsetninger og avgrensning av oppdrag .....	13
1.4. Formålet til pris- og finansieringsmodeller .....	14
1.5. Anskaffelsesrettslige vurderinger .....	15
1.6. Tilnærming .....	16
1.6.1. Alternative prismetoder .....	16
1.6.2. Oppdragets innretning og involvering .....	17
<b>2. Dagens prismetode for nasjonale e-helsenett .....</b>	<b>18</b>
2.1. Overordnet om dagens prismetode .....	18
2.2. Erfaringer med dagens prismetode .....	19
<b>3. Nyttevurderinger av e-helsenett .....</b>	<b>20</b>
3.1. Kunnskapsoppsummering bruk og nytte .....	20
3.2. Nyttevurderinger av nasjonale e-helsenett .....	20
3.3. Nyttevurderinger av nye e-helsenett .....	24
<b>4. Nyttevurderinger som kostnadsfordelingsnøkkel .....</b>	<b>25</b>
4.1. Nytte som vil påvirke kostnadsfordelingen mellom aktørene .....	25
4.2. Fordeler og utfordringer med å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader .....	27
4.3. Bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader .....	28
<b>5. Alternative kostnadsfordelingsnøkler .....</b>	<b>29</b>
5.1. Beskrivelse av alternative kostnadsfordelingsnøkler .....	29

5.2.	Vurdering av fordeler og ulemper ved de ulike kostnadsfordelingsnøklerne.....	30
<b>6.</b>	<b>Evaluering av prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene .....</b>	<b>31</b>
6.1.	Kort om nasjonale e-helseløsninger.....	31
6.2.	Alternative prismodeller for nasjonale e-helseløsninger.....	32
6.2.1.	E-resept.....	33
6.2.2.	Helsenorge.....	37
6.2.3.	Kjernejournal .....	40
6.2.4.	Helsenettet inkludert grunndata og helseID .....	43
6.3.	Alternative prismodeller for nye tjenester.....	46
6.3.1.	Pasientens prøvesvar.....	46
6.3.2.	SFM (inkludert FM).....	49
6.3.3.	VKP.....	52
<b>7.</b>	<b>Veien videre .....</b>	<b>55</b>
7.1.	Oppfølgingspunkter og temaer til videre diskusjon.....	55

## Sammendrag

I Stortingets anmodning til regjeringen ved endringer i pasientjournalloven ba Stortinget om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene *evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024*, og at *kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten*.

Norsk helsenett fikk oppdraget knyttet til evaluering av prismodeller av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i foretaksmøte 27.01.2022. Oppdraget ble videreført i foretaksmøtet 23.01.2023 hvor Norsk helsenett ble bedt om å: *"gjennomføre evaluering og legge fram forslag til justering av prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene, jf. Stortingets vedtak om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres innen 2024. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse, kommunesektoren, regionale helseforetak og øvrige aktører i sektoren, og behandles i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger og i den nasjonale rådsmodellen for e-helse. Forslaget skal legges fram innen 15. mai 2023."*

Oppdraget er avgrenset til følgende løsninger:

- Helsenorge
- E-resept
  - Sentral forskrivningsmodul (SFM)
- Kjernejournal (KJ)
  - Pasientens prøvesvar
- Helsenettet
  - Grunndata og HelseID
  - Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

### Forutsetninger

I oppdraget evaluerer vi prismodeller som omfatter betaling for forvaltning og drift 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<sup>1</sup>. Dette innebærer at:

- vi forutsetter obligatorisk samfinansiering som finansieringsmodell og at finansieringsmodellen skal dekke de samlede kostnadene til forvaltning og drift
- vi legger til grunn den definerte gruppen av aktører som er pliktig til å bruke og betale for de nasjonale e-helseløsningene og Helsenettet. I denne utredningen er ikke innbygger eller pasient vurdert som en betalende aktør

---

<sup>1</sup> "Endringer i Pasientjournalloven fra 1.januar 2022 regulerer virksomhetenes plikt til betaling for drift og forvaltning (§ 13 - §16) for Helsenettet inkl. grunndata og HelseID, samt de nasjonale e-helseløsningene Kjernejournal, E-resept, Helsenorge og deler av Helsenettet".

- kommuner betaler for fastleger og de regionale helseforetakene (RHF) for avtalespesialistene
- apotek og bandasjister er pålagt å betale for forvaltning og drift av e-resept

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.

Vi legger også til grunn at de nye tjenestene SFM, VKP og pasientens prøvesvar blir innlemmet i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, herunder henholdsvis e-resept, Helsenettet og KJ. Dette er ikke besluttet enda og avhenger av pågående lov- og forskriftsarbeid.

Vi legger til grunn målene for finansieringsmodeller i Nasjonal e-helsestrategi for hva vi skal oppnå med prismodellene. 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

### Tilnærming

Oppdraget er gjennomført i tett samarbeid med Direktoratet for e-helse. Norsk helsenett har vært ansvarlig for arbeidet med prismodellene, mens Direktoratet for e-helse har hatt ansvaret for å vurdere hvordan nyttevurderinger kan benyttes som kostnadsfordelingsnøkkel.

Norsk helsenett har hatt jevnlig dialog med sentrale interessenter, herunder HOD, styret i Norsk helsenett og en rekke aktører i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet er også behandlet i den nasjonale rådsmodellen for e-helse og i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger.

### Nytte som kostnadsfordelingsnøkkel

I oppdragsteksten fremgår det at *kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. I teorien er det mulig å benytte nyttevurderinger til å utarbeide kostnadsfordelingsnøkler.

Formålet ved å bruke nyttevurderinger til å fordele kostnader er at dette kan bidra til at kostnadsfordelingen i større grad tar høyde for ulik fordeling av nytte mellom aktørene. Samtidig er fordeling av kostnader med utgangspunkt i nytte en krevende øvelse da en stor del av nytten av de nasjonale e-helseløsningene ofte tilfaller innbygger. I tillegg er det utfordrende å måle og fordele ikke-prissatt nytte, som for eksempel økt behandlingskvalitet og forbedret pasientsikkerhet. Det finnes flere mulige kostnadsfordelingsnøkler. For å vurdere hvilken kostnadsfordelingsnøkkel som skal benyttes i prismodellene, må fordeler og ulemper vurderes mot andre tilgjengelige kostnadsfordelingsnøkler.

## Kunnskapsgrunnlag for å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader

En viktig del av oppdraget har også vært å kartlegge om det er tilstrekkelig med kunnskap om fordelingen av nytte til å bruke dette til å fordele kostnader.

Direktoratet mener at det for eksisterende e-helseløsninger per i dag ikke er tilstrekkelig med informasjon om fordelingen av nytte til å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader. Kunnskapskartleggingen viser at det i hovedsak er gjennomført tidligfaseutredninger av nytten, men at disse i begrenset grad er fulgt opp av målinger og evalueringer etter at løsningene er innført.

Dersom en kostnadsfordelingsnøkkel med nyttevurderinger vurderes som mest hensiktsmessig, må det settes av ressurser til å sikre tilstrekkelig med nyttevurderinger til å benytte dette til å fordele kostnader. En kartlegging av nytten og forankring av denne vil kreve planlegging og et gjennomføringsperspektiv som strekker seg lenger frem i tid enn 2024.

For nye løsninger kan det i større grad utarbeides nyttevurderinger som også vurderer fordelingen av nytte på tvers av aktørene. Vurderinger og målinger av nytte er utfordrende, og det er usikkert om kunnskapsgrunnlaget blir tilstrekkelig til å fordele kostnader.

## Alternative kostnadsfordelingsnøkler

I arbeidet drøftes tre ulike hovedkategorier av kostnadsfordelingsnøkler som utgangspunkt for å fordele kostnadene på et overordnet nivå, herunder mellom kommuner, RHFene, Apotek/bandasjist, private aktører samt øvrige offentlige aktører. Dette er 1) Kostnadsfordeling basert på *økonomi og størrelse*, 2) Skjønnsmessig fordeling basert på *ansvar og/eller nytte* og 3) Fordeling basert på *bruk*, herunder *teknisk klar til å ta i bruk, organisatorisk klar til å ta i bruk, faktisk innført, men uavhengig av bruk og forbruksbasert (volum)*.

I stort ser vi at prismodeller som baserer seg på *økonomi og størrelse* samt *ansvar* gir større grad av forutsigbarhet for aktørene og er enklere å forvalte for tjenesteyter. Modellene gir heller ikke rom for subjektivitet. I disse modellene betaler man uavhengig av bruk, noe som gir insentiver til å hente ut nytte fra løsninger man uansett betaler for. Med insentiver til å ta i bruk stimuleres det også til innovasjon ettersom verdien av informasjonen i e-helseløsningene stiger ved økt bruk. Da blir det også mer attraktivt for leverandørmarkedet å koble seg på Norsk helsenett sine plattformer og lage flere innovative tjenester. Disse alternativene scorer dermed høyt sett opp mot gjeldende mål.

For en kostnadsfordelingsnøkkel som baserer seg på *nyttelvurderinger* kan fordeler være at kostnadsfordelingen i større grad kan ta høyde for ulik fordeling av nytte mellom aktørene. Utfordringene er derimot at det kan være utfordrende å oppnå konsensus om fordelingen av nytte fordi aktørene kan ha ulik oppfatning av hva som er nytten av løsningene. Nytte er i mange tilfeller utfordrende å måle og prissette. Dette fører også til at det vil være krevende å fordele ikke-prissatt nytte på tvers av aktørene. I tillegg vil det være utfordrende, som i dag, å definere hvilke aktører som skal ha ansvaret for å finansiere nytte som tilfaller innbygger og samfunnet for øvrig. Ettersom det stadig lanseres nye tjenester i de nasjonale løsningene, vil nytten og økt bruk hos aktørene også være i bevegelse, noe som kan gi uforutsigbarhet i kostnadsfordelingen fra år til år. Dette alternativet scorer dermed lavere enn andre alternativ sett opp mot gjeldende mål.

Når det kommer til bruk vurderer vi at *teknisk klar til å ta i bruk* gir incentiver for aktørene til å koble seg på så raskt som mulig for å realisere nytte av løsningen, da de også her må betale uavhengig av bruk. Dette alternativet scorer derfor høyest av de ulike alternativene knyttet til bruk.

*Organisatorisk klart til å ta i bruk* gir aktørene en bedre oversikt over det totale kostnadsbildet før man iverksetter innføring av en løsning, men denne tilnærmingen kan medføre at bruken av løsninger trekker ut i tid. Det er også en modell som er utfordrende administrativt å forvalte for Norsk helsenett. *Faktisk innført, men uavhengig av bruk* innebærer at kun de aktørene som har innført en løsning betaler uavhengig av omfang av bruk. Et slikt alternativ gir rom for tilbakeholdenhet hos aktørene ettersom betaling ikke inntreffer før løsningen er faktisk innført. Det vil også være en administrativt utfordrende å forvalte for Norsk helsenett. En kostnadsfordelingsnøkkel som er *forbruksbasert* gir den enkelte aktør valgfrihet med hensyn på bruk. I et slikt alternativt påføres kostnaden de aktørene som konsumerer av løsningen og som man kan anta har størst nytte av den. En slik direkte kobling mellom forbruk og betaling øker imidlertid sannsynligheten for at leveransen vil være omfattet av anskaffelsesregelverket og dermed må konkurransen utsettes. I tillegg kan en slik modell også gi incentiver og mulighet for den enkelte aktør til å holde igjen på bruk, eksempelvis av økonomiske hensyn. Dette vil kunne gå på bekostning av medisinskfaglige hensyn og vil også innebære at kostnadene går opp for alle de andre aktørene. Kostnader ved forbruk vil også oppleves uforutsigbart da dette må finregnes ved årets slutt og aktørene vil kunne oppleve svingninger fra år til år. Disse alternativene knyttet til bruk scorer dermed lavere sett opp mot gjeldende mål.

### **Evaluering av prismodeller for nasjonale e-helseløsninger**

De nasjonale e-helseløsningene er bærebjelker i vårt digitale økosystem i helse- og omsorgssektoren. Dette er informasjons- og samhandlingsløsninger som skal muliggjøre at relevant informasjon er tilgjengelig når den trengs og understøtte sammenhengende helsetjenester. De nasjonale e-helseløsningene inngår i en plattform som våre partnere og leverandørmarkedet kan koble seg på for å få tak på informasjon og bygge trygge og innovative løsninger rundt denne informasjonen. En slik API-plattform<sup>2</sup> er avgjørende for at aktørene i årene fremover skal kunne høste gevinster fra både nasjonale og lokale investeringer i IT.

De nasjonale e-helseløsningene finansieres stort sett hver for seg, men dette er ikke stand-alone løsninger som fungerer isolert fra hverandre. De gjensidig forsterker og kompletterer hverandre i det digitale økosystemet. Innen legemiddelområdet er eksempelvis SFM virkemiddelet som gjør at EPJ-leverandører får koblet seg på PLL og både e-resept og KJ er grunnkomponenter for dette konseptet. Helsenorge benytter de samme grunnkomponentene og gir pasienter og innbyggere et enklere møte med helsetjenesten ved å tilby selvbetjening, dialog og innsyn. Helsenettet muliggjør at aktørene kan utveksle helseopplysninger uten å ha direkteavtaler med hver enkelt aktør og helseID er en standardkomponent som benyttes på tvers av de nasjonale e-helseløsningene.

---

<sup>2</sup> API er et maskinelt grensesnitt for å tilgjengeliggjøre informasjon



I plattformen legges det også opp til gjenbruk av løsningskomponenter, herunder kode med mer fra de nasjonale e-helseløsningene, for å dekke fremtidige behov. I den videre utviklingen av VKP vil Norsk helsenett eksempelvis gjenbruke løsningsmønsteret fra pasientens prøvesvar. Likeledes kan Norsk helsenett understøtte sikker informasjonsdeling internt i en kommune ved å gjenbruke løsningsmønster fra denne løsningen. På denne måten legger vi forholdene til rette for å kunne bygge kostnadseffektive løsninger som kan muliggjøre enkel og sikker informasjonsutveksling mellom aktørene, noe som vil bidra til økt pasientsikkerhet og en mer effektiv hverdag for helsepersonell.

## Anbefaling til justert prismodell for de nasjonale e-helseløsningene

### Anbefaling til justert prismodell for e-resept

#### Dagens prismodell

Dagens prismodell er en hybrid variant av kostnadsfordelingsnøkler.

- «Teknisk klart til å ta i bruk» er begrunnelsen for en 50/50 fordeling av kostnadene mellom kommunene og RHF i dagens prismodell (etter at apotek/bandasjst har betalt sin del).
- Den skjønnsmessige vurderingen tar utgangspunkt i ansvar for pasientene, som i dag er antatt 50/50 mellom kommunene og RHF.
- Dagens modell tar utgangspunkt i en tidligere samf.øk.analyse (2013) der apotek skal betale 11% av kostnadene basert på nytte, hvor det enkelte apotek betaler basert på antall utleveringer (M6).
- Dagens prismodell: **Kommunene 44,5% - RHF 44,5% - Apotek 11%**

#### Forslag til justert prismodell

Norsk helsenett anbefaler en kostnadsfordelingsnøkkel basert på ansvar:

- Ansvaret baserer seg på sikker legemiddelhåndtering og kontroll på refusjonsoppgjøret (HELFO).
- Man viderefører dagens prismodell med **43,5% - 43,5% - 10%** for hovedsegmentene, henholdsvis RHF, kommunene og apotek/bandasjst. I tillegg anbefaler Norsk helsenett at HELFO dekker 2% og SLV 1%.
- Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter løsningen. Når et eventuelt rettslig grunnlag foreligger anbefales følgende fordeling **RHF 43%, kommunene 43%** og **apotek/bandasjst 10%, HELFO 2%, SLV 1% og private aktører 1%**.

\* FM utgår av kostnadsgrunnlaget for e-resept (inkluderes SFM)

\* Tannleger inngår foreløpig ikke som en del av de private aktørene

### Anbefaling til justert prismodell for Helsenorge

#### Dagens prismodell

Dagens prismodell tar utgangspunkt i skjønnsmessig vurdering basert på ansvar

- Dagens modell 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.
- I en overgangsperiode tar dagens modell hensyn til muligheten for å ta i bruk løsningene, det som omtales som teknisk klart til bruk.
- Dagens modell gir følgende fordeling: **Kommunene 45% - RHF 55%**.
- Tjenestene fastlegebytte, frikort og egenandeler, EU-trygdekort og innsyn og samtykkeløsning for registre er tjenester som ligger utenfor det som finansieres av forskrift. Dette finansieres av Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Direktoratet for e-helse og RHFene.

#### Forslag til justert prismodell

For Helsenorge anbefaler Norsk helsenett å videreføre dagens prismodell.

- Det anbefales å fortsette med dagens modell og samtidig avslutte den midlertidige overgangsordningen som gir mulighet til å justere betaling dersom løsningen ikke er teknisk klart til bruk.
- Dette gir følgende fordeling: **Kommunene 50% - RHF 50%**.

Norsk helsenett vurderer Helsenorge som teknisk klart til bruk i hele sektoren.

## Anbefaling til justert prismodell for KJ

### Dagens prismodell

Dagens prismodell tar utgangspunkt i en skjønsmessig fordeling basert på nytte og bruk

- Den forholder seg til KJ som én tjeneste, hvor RHF og kommunene betaler en ulik prosentvis andel av total kostnaden
- Dette gir følgende kostnadsfordeling; **RHF 55% og kommunene 45%**

### Forslag til justert prismodell

For KJ anbefaler Norsk helsenett følgende:

- En hybrid modell basert på **teknisk klart**, i kombinasjon med omfang bruk.
- Dette gir følgende prismodell:
  - **RHF 55% og kommunene 45%**
- Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter tjenesten.
- Når et eventuelt rettslig grunnlag foreligger anbefales det at **private aktører betaler 1%**, mens **RHF 55% og kommunene 44%**.
- Den prosentvise fordelingen mellom kommunene og RHF må vurderes årlig i henhold til økt bruk ved innføring av KJ i kommunal pleie- og omsorg.

## Anbefaling til justert prismodell for Helsenettet inkludert grunndata og helseID

### Dagens prismodell

Helsenettet har i dag en prismodell som verken er basert på bruk eller på størrelse, men på **en skjønsmessig fordeling ut fra det tidspunktet medlemsavgiften ble innført**, og tilpasset etter hvert som nye medlemsgrupper har kommet til.

Det er tre hovedsegmenter for betaling i Helsenettet (RHF, kommuner og øvrige aktører). Det er kun RHF og kommune som betaler for grunndata og helseID. Dagens prismodell (2023 tall) er:

- **RHF** dekker 30.3% av Helsenettet og 50% av grunndata og helseID
- **Kommunene** dekker 29.1% av Helsenettet og 50% av grunndata og helseID.
- **Øvrige aktører** dekker 40.5% av Helsenettet (en pris \* aktør) og 0% av grunndata og helseID

### Forslag til justert prismodell

For Helsenettet inkludert grunndata og helseID anbefaler Norsk helsenett følgende.

- 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.**
- Uavhengig av fordeling av kostnader mellom RHF, kommunene og øvrige aktører anbefaler vi også at det gjøres en omfordeling av kostnadene innad i segmentet **øvrige aktører**. Vi foreslår at det betales **en medlemsavgift for virksomheten inkludert et tillegg basert på antall lokasjoner, omsetning og årsverk**. Dette muliggjør en mer hensiktsmessig fordeling av kostnader med utgangspunkt i størrelse, men forutsetter at aktørene i stor grad selvdeklarerer og at Norsk helsenett foretar stikkprøver.

## Anbefaling til prismodell for nye tjenester

### Anbefaling til prismodell for pasientens prøvesvar

### Dagens prismodell

Foreligger ikke prismodell per i dag

### Forslag til prismodell

Norsk helsenett anbefaler en **tostegs** prismodell:

**Steg 1** (uten rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)

- RHF og kommunene betaler for løsningen uavhengig av bruk. Norsk helsenett mener det er grunn til å skjevfordele kostnadsfordelingen da RHF er en større bruker, både som produsent og konsument. Dette gir en fordeling som tilsvarer **70% for RHF og 30% for kommunene**.
- Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private laboratorie- og radiologivirksomheter som benytter tjenesten.

**Steg 2** (med rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)

- Tilsvarende som steg 1, men **30% av kostnadene fordeles på de private laboratorie- og radiologivirksomhetene** som benytter tjenesten, og hhv. **50% for RHF og 20% for kommunene**.
- Det bør vurderes, når løsningen er ferdig innført, hvorvidt andre private virksomheter skal betale for oppslag.

## Anbefaling til prismodell for SFM inkludert FM

### Dagens prismodell

Foreligger ikke prismodell per i dag

### Forslag til prismodell

Norsk helsenett anbefaler en prismodell basert på ansvar med utgangspunkt i følgende:

- En kostnadsfordeling basert på **ansvar** for sikker legemiddelbehandling. **RHF og kommuner anses som likeverdige brukere, noe som tilsvarer en 50 / 50 %-fordeling.**
- Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter tjenesten.
- Dersom et rettslig grunnlag foreligger anbefales det at private aktører betaler 1%\*, mens RHF og kommuner betaler 49,5 / 49,5 %.
- Forvaltningskostnaden for FM inkluderes i grunnlaget for SFM for 2024. Dette fordi hovedsegmentene og formålet med FM samstemmer med SFM. FM er planlagt avvirket fra 2025 og vil fra dette året ikke inngå i kostnadsgrunnlaget.

\* Andelen relevante private aktører skal betales justeres årlig etter 2024  
\* Tannleger inngår ikke som en del av de private aktørene

## Anbefaling til prismodell for VKP

### Dagens prismodell

Foreligger ikke prismodell per i dag

### Forslag til prismodell

Det anbefales en fordeling mellom kommunene og RHF med utgangspunkt i bruk, hvor **RHF betaler 5% av den totale kostnaden** som er budsjettet for drift og forvaltning. **Kommunene betaler 95%**. For sistnevnte deles kostnaden deretter i to:

- **Basisfinansiering som pålegges alle kommuner og som dekker 50% av forvaltning og driftskostnad.** Baseres 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.

## Veien videre

I prosessen har Norsk helsenett notert mange relevante innspill fra aktørene, videre oppfølgingspunkter samt viktige temaer til diskusjon som treffer utenfor rammen av dette oppdraget, men som det er viktig å se på i det videre arbeidet med prismodeller. Disse er presentert i kapittel 7.

# 1. Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Norsk Helsenett

## 1.1. Bakgrunn for oppdraget

I Stortingets anmodning til regjeringen ved endringer i pasientjournalloven ba Stortinget om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene *evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024*, og at *kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten*.

Norsk helsenett fikk oppdraget knyttet til evaluering av prismodeller av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte 27.01.2022. I foretaksmøtet ble Norsk helsenett bedt om å: *"legge fram forslag til hvordan evaluering og justering av prismodellene skal gjennomføres og forberede for gjennomføring, jf. Stortingets vedtak om prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og behandles i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger (TBU) og i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Frist avklares med departementet."*

Oppdraget ble videreført i foretaksmøtet 23.01.2023 hvor Norsk helsenett ble bedt om å: *"gjennomføre evaluering og legge fram forslag til justering av prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene, jf. Stortingets vedtak om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres innen 2024. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse, kommunesektoren, regionale helseforetak og øvrige aktører i sektoren, og behandles i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger og i den nasjonale rådsmodellen for e-helse. Forslaget skal legges fram innen 15. mai 2023."*

## 1.2. Oppdraget

Norsk helsenett SF skal, i samarbeid med Direktoratet for e-helse, evaluere og anbefale justeringer i dagens prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene. Oppdraget er avgrenset til følgende løsninger:

- Helsenorge
- E-resept
  - Sentral forskrivningsmodul (SFM)
- Kjernejournal (KJ)
  - Pasientens prøvesvar
- Helsenettet
  - Grunndata & HelseID
  - Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

Evalueringen skal svare ut føringen fra Stortinget om å vurdere nytten for helse- og omsorgstjenesten, herunder hva vi har av kunnskap om bruk, innføring og nytte som kan benyttes som grunnlag for tilpasning av prismodellene, samt hvordan vi kan forbedre kunnskapen.

Det skal foreligge en anskaffelsesrettslig vurdering av alternative prismodeller. Det skal også innhentes erfaringer fra prismodeller i andre nordiske land.

### 1.3. Forutsetninger og avgrensning av oppdrag

I oppdraget evaluerer vi prismodeller som omfatter betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Forvaltning og drift omfatter blant annet *"produkt og applikasjonsledelse, versjonshåndtering, bruker- og kundehevendelser, hendelses- og problemhåndtering (inkludert feilretting), funksjonelle og tekniske løft slik at løsningene skaleres og teknisk gjeld unngås. I tillegg kommer ivaretagelse av endrede krav til universell utforming, nødvendige løft som må ivaretas på plattformen som følge av at nye tjenester utvikles, og en rekke sikkerhetstiltak for å ivareta krav etter personvernforordningen"*<sup>3</sup>.

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 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<sup>4</sup>. Dette innebærer at:

- vi forutsetter obligatorisk samfinansiering som finansieringsmodell og at finansieringsmodellen skal dekke de samlede kostnadene til forvaltning og drift.
- vi legger til grunn den definerte gruppen av aktører som er pliktig til å bruke og betale for de nasjonale e-helseløsningene og Helsenettet. I denne utredningen er ikke innbygger eller pasient vurdert som en betalende aktør.
- kommuner betaler for fastleger og RHFene for avtalespesialistene.
- apotek og bandasjister er pålagt å betale for forvaltning og drift av e-resept.

Private aktører som benytter de nasjonale e-helseløsningene, men som i dag ikke har en betalingsplikt ref. pasientjournalloven, er også vurdert som aktuelle segmenter i prismodellene. Betaling fra disse aktørene kan forutsette behov for regelverksutvikling.

---

<sup>3</sup> Forarbeidet til forskriftsendring (Helse- og omsorgsdepartementet)

<sup>4</sup> "Endringer i Pasientjournalloven fra 1.januar 2022 regulerer nå virksomhetenes plikt til betaling for drift og forvaltning (§ 13 - §16) for Helsenettet inkl. grunndata og HelseID, samt de nasjonale e-helseløsningene Kjernejournal, E-resept, Helsenorge og deler av Helsenettet."

Vi legger til grunn at de nye tjenestene SFM, VKP og pasientens prøvesvar blir innlemmet i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger, herunder henholdsvis e-resept, Helsenettet og KJ. Dette er ikke besluttet enda og avhenger av pågående lov- og forskriftsarbeid.

I noen tilfeller vil det finnes supplerende alternativer til enkelttjenester. Det vil dermed kunne stilles spørsmål om aktørene som tar i bruk slike supplerende tjenester skal betale like mye. Norsk helsenett vil i dette oppdraget forutsette at bruk av supplerende tjenester ikke vil innebære redusert betaling for de nasjonale e-helseløsningene. Bruk av nasjonale e-helseløsninger skal bidra til å skape en enhetlig og samordnet helse- og omsorgstjeneste på tvers av regioner og kommuner. Dette er viktig for å sikre en sammenhengende helsetjeneste for pasienter som trenger behandling og oppfølging fra flere ulike helseaktører. En unntaksordning for særskilte deltjenester vil derimot kunne redusere bruken av de nasjonale løsningene, øke prisene for de aktørene som benytter de nasjonale løsningene, samt øke forvaltnings- og administrasjonskostnader.

## 1.4. Formålet til pris- og finansieringsmodeller

Vi legger til grunn målene for finansieringsmodeller i Nasjonal e-helsestrategi for hva vi skal oppnå med prismodellene.

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*

*(...) Ved måloppnåelse er samarbeid styrket gjennom tydelig definerte og velfungerende samarbeidsarenaer. Aktørene følger opp felles retning og anbefalinger i egne styringslinjer, slik at digitalisering fortløpende gir nytte. Det arbeides kontinuerlig og helhetlig for at regelverk og finansieringsmodeller tar innover seg utviklingen og behovene som oppstår i og på tvers av sektorer.*

I vedlegget til Nasjonal e-helsestrategi, Plan for å realisere strategien – november/2022, pekes det på at "gjennomføringskraften på e-helseområdet skal styrkes gjennom økt samarbeid i og på tvers av aktørene i offentlig og privat sektor og bedre bruk av virkemidler som regelverk og finansieringsmodeller. Dette vil gi en samordnet og helhetlig e-helseutvikling som gir gode og bærekraftige helse- og omsorgstjenester". Det fremheves også at "Formålet er å stimulere til økt bruk, større vekt på gevinstrealisering og kostnadseffektiv forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger gjennom fastsettelse av plikt til betaling for aktørene i sektoren, jf. pasientjournalloven fra 1.1.2022".

*Nasjonal e-helsestrategi er en sektorstrategi og skal legge til rette for økt koordinering og samarbeid innen digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Den endrer ikke styringsstrukturer, men skal gjennom aktiv forvaltning i Nasjonal rådsmøll for e-helse være førende på områder som krever felles prioriteringer, beslutninger og koordinering. Strategien skal være retningsgivende for aktørenes egne strategier og planer på digitaliseringsområdet, eksempelvis kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet og de regionale helseforetakenes utviklingsplaner, samtidig som det vil være et gjensidig samspill mellom disse.*

*Strategien og tilhørende plan for realisering skal være i tråd med politiske føringer, og ta innover seg andre aktuelle strategier og planer. De mest sentrale dokumentene er Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) og Én digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025. Nasjonal helse- og samhandlingsplan som blir gjeldende fra 2024, og ny folkehelsemelding og helseberedskapsmelding som kommer i 2023 vil også danne overordnede rammer for politiske føringer for helse- og omsorgssektoren.*

Dette innebærer at våre anbefalinger til justeringer i dagens prismodeller skal bidra til å styrke gjennomføringskraft samt understøtte innovasjon, økt bruk og forutsigbarhet.

## 1.5. Anskaffelsesrettslige vurderinger

Offentlige virksomheter, herunder kommunene, er pliktsubjekter etter regelverket for offentlige anskaffelser. Tjenestekontrakter skal derfor i utgangspunktet konkurransenutsettes i tråd med anskaffelsesreglene. Anskaffelsesregelverket kommer imidlertid kun til anvendelse i tilfeller hvor det inngås *gjensidig bebyrdende kontrakter*. Om det inngås kontrakter i anskaffelsesrettslig forstand, beror på en helhetsvurdering. Begrepet "kontrakt" er definert i anskaffelsesforskriften § 4-1 bokstav a, og viser til en gjensidig bebyrdende avtale som én eller flere oppdragsgivere inngår skriftlig med én eller flere leverandører. Det skal ikke mye til for at parter som utveksler ytelser anses for å inngå kontrakter i anskaffelsesrettslig forstand.

Når det innføres en plikt til å tilby en løsning og en plikt til betaling for løsningen gjennom lov eller forskrift, så vil det i utgangspunktet ikke foreligge en gjensidig bebyrdende kontrakt. Dette fordi vesentlige elementer som partenes plikter og pris vil følge direkte av lov og forskrift. Med en slik regulering begrenses valgfriheten sterkt, og man kan ikke si at det foreligger en gjensidig bebyrdende kontrakt. Dette er i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets vurderinger.

Dette innebærer at levering av de nasjonale tjenestene som er regulert i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger ikke vil omfattes av regelverket for offentlige anskaffelser.

Her har man i forskrift pålagt Norsk helsenett en plikt til å tilgjengeliggjøre løsningene, samtidig som virksomhetene pålegges plikt til å betale for løsningene. Betalingen som pålegges virksomhetene vil reguleres i lov og forskrift og fastsettes av departementet. Prismodell og fordelingsnøkler vil være fastsatt i forskriften og gi forutsigbarhet for den enkelte aktør. Selv om noen av de alternative fordelingsnøklerne er delvis knyttet til faktisk bruk av løsningene, vil det være en begrenset sammenheng mellom verdien av tjenesteytelsen og størrelsen på motytelsen.

## 1.6. Tilnærming

### 1.6.1. Alternative prismodeller

Oppdragets innretning og forutsetningene som legges til grunn for dette oppdraget innebærer at kostnadsfordelingsnøkklene i prismodellene til de nasjonale e-helseløsningene blir helt sentrale. Før vi kommer dit forutsetter dette at vi først vurderer kostnadene, kostnadstypene og driverne for de ulike løsningene. Videre vurderer vi relevante brukergrupper (segment) for de ulike løsningene, samt drøfter ulike prismetoder som kan benyttes.



Figur 1: Overordnet tilnærming til evaluering og justering av prismodeller

Dette innebærer følgende tilnærming til oppdraget:

- Overordnet beskrive dagens prismodell samt aktørenes erfaringer
- Gjennomføre en kostnadsanalyse for hver av de nasjonale e-helseløsningene, herunder:
  - Identifisere kostnader, kostnadstyper og kostnadsdrivere i tillegg til å gruppere aktiviteter som sammen gir verdi for den eller de som skal ta i bruk tjenesten. Dette er nærmere beskrevet i vedlegg 1.
  - Se på hvordan en tjeneste kan segmenteres med hensyn på ulike aktører. En slik inndeling kan være hensiktsmessig dersom for eksempel bruk mellom definerte brukergrupper skiller seg fra hverandre. Se vedlegg 1.
  - Drøfte ulike prismetoder, herunder hvordan prisen beregnes. Norsk helsenett har i denne utredningen valgt å drøfte 3 distinkte metoder, fast pris, variabel pris og hybrid pris (kombinasjon av fast og variabel pris). Se vedlegg 1.
- Redegjøre for dokumenterte nyttevurderinger av de nasjonale e-helseløsningene, samt øvrige betraktninger rundt bruk og nytte av disse løsningene. Dette er oppsummert i kapittel 3 og nærmere beskrevet i rapporten «Kunnskapsoppsummering: Bruk og nytte av e-helseløsninger» fra januar 2023.
- Spesifikt gjøre vurderinger rundt muligheten for å benytte nyttevurderinger som kostnadsfordelingsnøkkel. Dette er oppsummert i kapittel 3 og 4 og nærmere beskrevet i vedlegg 2.
- Drøfte overordnede kostnadsfordelingsnøkler for fordeling av forvaltnings- og driftskostnader mellom kommuner, RHF, apotek/bandasjist og private aktører. Fordelingsnøkler kan basere seg på økonomi og størrelse, en skjønsmessig fordeling med utgangspunkt i ansvar og/eller nyttebetraktninger, fordeling basert på bruk og



fordeling basert på en kombinasjon av ulike fordelingsnøkler. De alternative kostnadsfordelingsnøklerne er beskrevet i kapittel 5.

- Evaluere alternative prismodeller med utgangspunkt i kostnadsfordelingsnøklerne, samt anbefale prismodeller som i størst grad understøtter målene beskrevet i nasjonal e-helsestrategi. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 6.

I prosessen har Norsk helsenett også notert mange relevante innspill fra aktørene, oppfølgingspunkter samt temaer til videre diskusjon som treffer utenfor rammen av dette oppdraget. Disse er beskrevet i kapittel 7.

## 1.6.2. Oppdragets innretning og involvering

Oppdraget er gjennomført i tett samarbeid med Direktoratet for e-helse, samt jevnlig dialog med sentrale interessenter, herunder Helse og omsorgsdepartementet (HOD), styret i Norsk helsenett og en rekke aktører i helse- og omsorgssektoren. Norsk helsenett har vært ansvarlig for arbeidet med prismodellene, mens Direktoratet for e-helse har hatt ansvaret for å vurdere hvordan nyttevurderinger kan benyttes som kostnadsfordelingsnøkkel.

### **Involvering av aktørene i helse- og omsorgssektoren**

I oppdragets første fase (høsten 2022) er det gjennomført møter med 21 utvalgte aktører. Dette for å opplyse om oppdragets innretning, innhente innspill og forankre plan, samt samle innsikt om aktørenes perspektiver og opplevelse av dagens prismodeller.

I oppdragets andre fase (jan-feb 2023) er det gjennomført møter med flere av de samme aktørene. Her var formålet å diskutere foreløpige vurderinger og få bistand fra aktørene til å se de alternative prismodellene fra ulike perspektiver og ståsted.

Den 16. februar ble det foreløpige arbeidet behandlet i Nasjonalt utvalg for IT-prioriteringer (NUIT - prioriteringsutvalget), hvor NUIT ba Norsk helsenett ta med seg innspillene inn i videre arbeid.

I oppdragets tredje fase (mars-mai 2023) ble rapportutkast 0.8, omtalt som innspillsnotatet, sendt ut til behandling hos aktørene. Den 16. mars ble arbeidet, inkludert foreløpige anbefalinger, drøftet i nasjonalt e-helseråd som ba Norsk helsenett SF ta med seg innspillene inn i videre arbeid. Tilsvarende ble oppdraget behandlet i teknisk beregningsutvalg for e-helse (TBU) den 31. mars, og i styret i Norsk helsenett den 21. april. Innspillsrunden med aktørene ble avsluttet 2. mai. Innspillene fra aktørene er loggført og behandlet i vedlegg 4.

Endelig rapport er overlevert Helse- og omsorgsdepartementet den 15. mai.

## 2. Dagens prismodell for nasjonale e-helseløsninger

### 2.1. Overordnet om dagens prismodell

I dag benyttes det en fastpris for alle de nasjonale e-helseløsningene. Prisen fastsettes basert på Norsk helsenetts forventede kostnader til forvaltning og drift i det kommende budsjettåret pluss 5% risikomargin. Virksomhetenes betaling for det enkelte år vil ikke tilsvare de faktiske kostnadene i dette året, men dette skal være tilfellet over tid.<sup>5</sup>

Prisen for Helsenorge, e-resept, KJ, grunndata og helseID baseres på en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale løsninger, justert for tilgang til løsningene og i ett tilfelle tas det hensyn til aktørenes nytte av løsningen.

I høringsdokumentet for ny lov med tilhørende forskrift viser departementet til at både de regionale helseforetakene og kommunene har ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen, og at budsjettene og antall årsverk for disse tjenestenivåene er av om lag samme størrelse. I tillegg mener departementet at det i en overgangsperiode bør tas hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk. Når det gjelder apotek og bandasjisters betaling for e-reseptløsningen, bør denne så langt det er mulig baseres på en vurdering av nytten virksomhetene har av løsningen. For Helsenettet betaler virksomhetene som er tilknyttet et fast månedlig beløp.

Fordelingsnøklerne er i stor grad satt ut ifra et rasjonale om at pasientene selv har størst nytte av løsningene - og at RHF og kommunenes "sørge for"-ansvar gjenspeiler omtrent 50/50 av pasientbehandlingen. Derfor er det lagt til grunn en 50/50-fordeling – med unntak av e-resept hvor apotek som jf. samfunnsøkonomisk analyse av e-resept (2013) fikk 11% av total nytte. Det er med utgangspunkt i en 50/50-fordeling også blitt foretatt justeringer noen år med eksempelvis 60/40-fordeling på Helsenorge og KJ basert på skjev bruk. Dette har RHFene uttrykt at man er enig i, gitt at man på sikt retter seg etter 50/50-regelen.

For å fordele innad i helse- og omsorgssektoren, mellom kommunene og RHF, benyttes fordelingsnøkler fra gjeldende inntektsfordelingssystem. Den øvrige finansieringen av Helsenettet skjer gjennom fakturering av medlemsavgiften til virksomhetene i helse- og omsorgssektoren.

Løsning	2020-2021		2022			2023		
	RHF	Kommuner	RHF	Kommuner	Apotek	RHF	Kommuner	Apotek
Grunndata og HelseID	Finansiering over statsbudsjettet		50 %	50 %	-	50 %	50 %	-
Kjernejournal			60 %	40 %	-	55 %	45 %	-
E-resept			44,5 %	44,5 %	11 %	44,5 %	44,5 %	11 %
Helsenorge			60 %	40 %	-	55 %	45 %	-

Tabell 1: Fordeling av kostnadsvekst innen drift, forvaltning og vedlikehold av de nasjonale e-helseløsningene, eksl. Helsenettet.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-3-l-20212022/id2875684/?ch=7>

<sup>6</sup> Kilde: Direktoratet for e-helse

## 2.2. Erfaringer med dagens prismodell

I løpet av oppdraget har vi samlet innspill til forbedringsområder fra aktørene. Se vedlegg 3 for oversikt over aktørene vi har vært i dialog med. Dette er innspill som har vært gjennomgående i vår dialog med helse- og omsorgssektoren, men som ikke nødvendigvis løses i dette oppdraget.

Oppsummert erfarer Norsk helsenett at aktørene ønsker at pris- og finansieringsmodeller skal forbedre følgende:

- mer forutsigbarhet, herunder se flere år frem i tid og i det ligger det også hva som kompenseres fra staten og hva som må dekkes av egne midler
- større samsvar mellom de som fremmer behov/ønsker og de som sitter igjen med kostnadene, samtidig som man ivaretar at de som går foran ikke straffes
- at aktørene i større grad kan styre kostnadsutviklingen og dermed oppnå en mer balansert utviklingstakt hvor man klarer å absorbere nye løsninger
- ivareta ulike perspektiver på nytte
  - kommunene opplever blant annet store kapasitetsutfordringer og er svært opptatt av reell nytte for helsepersonell som kan avdempes kostnadsutviklingen.
  - kommunene ønsker økt innsikt i nytten, både kvalitativ og kvantitativ, som virkemiddel for å kunne bredde løsninger og bedre tilrettelegge for gevinstplanlegging og -realisering for den enkelte aktør.
  - RHFene ønsker at nyttebetraktningene holdes på et overordnet nivå grunnet asymmetrien i gevinstbildet. Det er ikke alltid aktørene som betaler for en løsning selv sitter igjen med nytten. Nyttene havner ofte hos pasienten.
  - RHFene fremhever at nyttebetraktninger fort blir en teoretisk øvelse som ikke nødvendigvis samstemmer med realiteten, da mye endrer seg i parallell.
  - RHFene trekker frem at man kan risikere spillsituasjoner og at aktørene kun vil betale for løsninger som gir direkte effekt på egen bunnlinje og da blir det utfordrende å realisere nasjonale strategier.
- nasjonal infrastruktur, herunder løsninger som er felles for alle, bør finansieres dels gjennom egenfinansiering og dels obligatorisk samfinansiering. Det er ikke nødvendigvis hensiktsmessig at alle kostnadene fordeles ut på alle aktørene da dette kan hemme fremdrift på løft som vi er avhengig av å få på plass. Dette er en forutsetning for at aktørene senere skal kunne hente ut gevinster av både nasjonale og lokale investeringer.

## 3. Nyttevurderinger av e-helseløsningene

### 3.1. Kunnskapsoppsummering bruk og nytte

En viktig del av oppdraget har vært å kartlegge kunnskapsgrunnlaget rundt bruk og nytte av e-helseløsningene. For å svare ut oppdraget er det på oppdrag fra Direktoratet for e-helse gjennomført en ekstern kunnskapskartlegging for å kartlegge hva som finnes av informasjon om bruk og nytte for innførte e-helseløsninger. Det har blitt gjennomført en kartlegging for løsningene Helsenettet, helseID, grunndata, KJ, e-resept, VKP og Helsenorge.

Oppsummeringen av de dokumenterte nyttevurderinger av eksisterende e-helseløsninger baserer seg på funnene i rapporten «Kunnskapsoppsummering: Bruk og nytte av e-helseløsninger» fra januar 2023.<sup>7</sup> Rapporten er utarbeidet av Oslo Economics (OE) på oppdrag fra Direktoratet for e-helse.

Rapporten konkluderer med at det finnes relativt omfattende og grundige analyser av nytten av flere av løsningene. Analysene er ofte utarbeidet i tidligfase og i liten grad fulgt opp med målinger og evalueringer i etterkant. Det er derfor ikke belyst hvorvidt tidligfasevurderinger viser seg å stemme med faktiske nyttevirksomheter etter noe tids bruk. De finner også at det finnes mye bruksdata for de ulike e-helseløsningene, men at dataen i begrenset grad er tilrettelagt og tilgjengeliggjort for aktiv bruk i gevinstrealisering og nyttestyring.

Det pågår også et arbeid med å kartlegge nytte og planlegge oppfølgende målinger og evalueringer for pasientens prøvesvar, SFM og e-multidose. Her henvises det til programmene for ytterligere informasjon om oppdaterte nyttevurderinger og planer for oppfølging av disse.

### 3.2. Nyttevurderinger av nasjonale e-helseløsninger

Nedenfor følger en kort oppsummering av dokumenterte nyttevurderinger samt øvrige betraktninger rundt bruk og nytte av eksisterende og nye e-helseløsninger. For flere av løsningene er det nødvendig å gjøre nye nyttevurderinger og/eller målinger for å gi en mer komplett beskrivelse av forventet og/eller realisert nytte. Dette sammendraget gir derfor ikke et komplett bilde av forventet nytte av e-helseløsningene. Vi henviser til OE-rapporten for referanser til dokumentene som er lagt til grunn for de dokumenterte nyttevurderingene.

#### **Dokumenterte nyttevurderinger av e-resept**

Det foreligger en samfunnsøkonomisk analyse av e-resept fra 2013. Det var pasientene som var forventet å ha den største nyttevirksomheten av e-resept, både i form av redusert tidsbruk og økt pasientsikkerhet. Også for apotekene var det beregnet nytte i form av redusert tidsbruk,

---

<sup>7</sup> <https://www.ehelse.no/publikasjoner/kunnskapsoppsummering-bruk-og-nytte-av-e-helselosninger>

mens fastlegene hadde noe lavere beregnet nytte. Analysen inkluderer ikke virkninger for spesialisthelsetjenesten og kommunenes pleie- og omsorgstjeneste.

Som for flere av de andre løsningene er nyttevurderingene i liten grad fulgt opp med målinger eller evalueringer.

### **Øvrige betraktninger rundt bruk og nytte av e-resept**

Et av primærformålene ved innføring av e-resept var å få digitalisert helserefusjonsområdet for blåreseptordningen. E-resept har automatisert hele oppgjørsprosessen, gitt utvidet kontrollmulighet og mer korrekt utfylte individuelle søknader. For HELFO medførte innføringen av e-resept også en ressursbesparelse for på oppgjør, kontroll og behandling av individuelle søknader. Det er ikke kjent om det er gjort noen kalkyle på gevinsten av riktige utbetalinger av refusjon, men ble forventet at innføringen av e-resept ville gi forbedret systematikk i kontroll av oppgjør, og mindre risiko for feilutbetaling.

Løsningen er en nasjonal grunnkomponent for samhandling om legemiddel/reseptinformasjon. I dag viser bruksstatistikk fra Norsk helsenett at 93% av reseptene skrives ut digitalt via e-resept. Både e-resept og KJ er grunnkomponenter i Pasientens legemiddelliste (PLL) som skal tilgjengeliggjøre oppdaterte, relevante legemiddellister for alle pasienter til alt behandlende helsepersonell i Norge, uavhengig av tilhørighet. Parallelt med innføringen av PLL vil e-resept med SFM som virkemiddel bli innført for kommunal pleie- og helsetjeneste. PLL er nå i utprøving og er forventet å gi kvalitetsgevinster ved mer sikker legemiddelbehandling.

Det er også forventet ytterligere kvalitetsgevinster for sikker legemiddelbehandling for de multidosepasientene som etter hvert kommer via eMD. Blant annet vil bruk av fax mellom multidoseansvarlig lege og multidoseapotek ikke lenger være i bruk med innføringen av eMD.

### **Dokumenterte nyttevurderinger av Helsenorge**

Det foreligger dokumenterte vurderinger om bruk og nytte for alle prosjektene i Helsenorge, med ulikt omfang og kvalitet. Nyttvurderingene viser at det forventes at nytte oppstår både som følge av tilgjengeliggjøringen av Helsenorge som en felles nasjonal portal for digitale helsetilbud, og gjennom tjenestene som tilbys. En fellesnevner for tjenestene på Helsenorge er at de gir kvalitative effekter for innbyggerne – brukerne og for samfunnet. Slike kvalitative gevinster kan være bedre pasientsikkerhet, mer involvering i og kontroll over egen behandling, og bedre opplevelse av helsetjenestene. Innbyggere kan også spare tid og kostnader ved å benytte seg av digitale helsetjenester.

Gevinstene for helsetjenesten av tjenester på Helsenorge dreier seg i stor grad om tidsgevinster, for helsepersonell og administrativt/merkantilt ansatte. Kvalitative gevinster omfatter blant annet bedre samarbeid med pasienter og pårørende, mindre belastning på tjenesten, resulterende i mindre sykefravær og en mer stabil tjeneste, og bedre omdømme for helsetjenesten.

Relevansen av og grundighetene i de ulike analysene varierer, og analysene er i all hovedsak forhåndsvurderinger. Det vil si at det i begrenset grad er målt eller evaluert om nytten er realisert.

### **Øvrige betraktninger rundt bruk og nytte av Helsenorge**

Ofta kan man argumentere for at bruken av en tjeneste vokser dersom den oppleves som relevant og nyttig for brukeren. Fra 2021 til 2022 økte antall meldinger sendt til og fra innbygger fra 61 millioner til 70 millioner og antall aktører økte fra 5 000 til 6 500. Løsningen brukes av 95% av befolkningen, 70-75% av fastlegene, de fleste store kommunene, over 100 mindre kommuner og alle helseforetak. Norsk helsenett forventer en ytterligere vekst i bruk av Helsenorge i årene som kommer som følge av økt tilbud til alle innbyggere i Norge.

Nasjonalt senter for e-helseforskning har gjennomført forskning knyttet til digitale innbyggertjenester og faktaark nr. 1/2021 tar frem noen av effektene de har funnet i sin forskning:

- 6 av 10 pasienter synes det er lettere å skrive elektroniske beskjeder til fastlegekontor som ikke handler om medisinske saker, enn å ringe.
- Drøyt 4 av 10 synes det er lettere å forklare kliniske problemstillinger til fastlegen skriftlig enn muntlig. 24 % foretrekker tradisjonell konsultasjon.
- I tidligere studie blant fastleger fant forskerne at de fleste av disse opplevde at digitale tjenester frigjør tid for både pasientene, kontorpersonalet og legene.
- Fastlegene viste også til bedre tilgjengelighet gjennom e-konsultasjon og spesielt bedre mulighet for å følge opp kronisk syke.

Effektene over er generelle, som ikke bare Helsenorge er med å levere, og de viser at innbygger og fastleger opplever nytte ved bruk av digitale tjenester. Forskingen er med å underbygge antagelsen om at den økte bruken gir verdi for innbygger og helsepersonell.

I tillegg til å ha effekter på tid og kvalitet for helsetjenesten og innbygger, gjør den digitale samhandlingen det mulig å redusere miljøbelastningen som følge av redusert antall sendte brev og flere digitale konsultasjoner.

### **Dokumenterte nyttevurderinger av KJ**

Det ble gjennomført en forenklet samfunnsøkonomisk analyse for KJ i 2017. Nyttvirkninger som blir trukket frem er unngåtte dødsfall, økt livskvalitet, unngått tidsbruk og bedret personvern for innbyggere. I helsetjenesten vil KJ bidra til unngått tidsbruk for helsepersonell og reduserte kostnader. Merk at analysen er utført på et tidspunkt da bruken av KJ var begrenset. Nyttvirkningene er i stor grad avhengige av omfanget av bruken av KJ og tidsbesparelsen i hvert enkelt tilfelle. Analysen vurderer ikke nyttevirkninger for legevakt. Nyttvurderingene av KJ er i liten grad fulgt opp med målinger og evalueringer.

KJ skal utvides med flere tjenester de neste årene, som for eksempel pasientens prøvesvar og dokumentdeling. Det er forventet at dette skal gi økt nytte for samfunnet. Merk at nytten av de nye tjenestene er ikke vurdert i den samfunnsøkonomiske analysen av KJ fra 2017. Nyttvurderinger og målinger av pasientens prøvesvar og dokumentdeling er pågående arbeid i regi av Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett.

### **Øvrige betraktninger rundt bruk og nytte av KJ**

KJ sitt primærformål er å tilgjengeliggjøre viktige opplysninger om pasienten når helsepersonell har et tjenstlig behov. I pasientens kjernejournal kan helsepersonell se de samme

opplysningene uavhengig av om de jobber som fastlege, på sykehus eller legevakt. Tilgjengelighet til viktig informasjon om pasienten skal bistå helsepersonell til å yte gode helsetjenester for den enkelte pasient. KJ ble først innført for den akuttmedisinske kjeden (akuttmottak på sykehus, AMK, legevakt og fastleger) da det var forventet at denne delen av helsetjenesten samt pasienten ville ha størst nytte av KJ. Men løsningen har etter hvert blitt tilgjengeliggjort for andre deler av helsetjenesten og er nå i ferd med å bli innført for den kommunale omsorg- og helsetjeneste. I tillegg så gjenbrukes KJ for andre satsninger innen e-helseområdet og er for eksempel en viktig komponent i måloppnåelsen for innføringen av PLL, pasientens prøvesvar og dokumentdeling.

Den samfunnsøkonomiske analysen for KJ viser til at det ble forventet økt nytte i takt med økt bruk. Tabell 2 viser en stor økning i oppslag av KJ fra 2018 og til 2022. Økt kjennskap til KJ hos helsepersonell samt flere innholdselementer er en forklaring på dette. Spesielt kan økningen i bruk de siste årene forklares med at KJ etablerte en tjeneste for prøvesvar (koronatest) i pandemiperioden.

Utvikling antall oppslag - KJ	2018	2019	2020	2021	2022
Helseforetak -	553 110	766 657	970 732	1 286 983	1 530 816
Legekantor -	78 339	135 594	225 269	370 289	396 241

Tabell 2: Trend – Utvikling antall oppslag i KJ for HF og legekantor

### Dokumenterte nyttevurderinger av Helsenettet inkl grunndata og helselD

Det kan være utfordrende å vurdere og måle nytte av basiskomponenter. Nytte av grunndata og Helsenettet oppstår indirekte gjennom tjenester som benytter grunndata og Helsenettet. Nytten vil også endres etter hvert som flere tjenester utvikles og kobles til basiskomponentene.

Virkningene tilknyttet basiskomponentene er primært knyttet til redusert tidsbruk og kostnader i helsesektoren, og kvalitative gevinster i form av økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet på tjenester som følge av tilgang på bedre data og elektroniske meldinger.

Det er gjort noen overordne nyttevurderinger av Helsenettet. Det er vurdert at Helsenettet bidrar til mer effektiv og sikker deling av person- og pasientopplysninger på tvers av helsesektoren. Uten medlemskap i Helsenettet ville alle virksomheter som har behov for å dele helseopplysninger med andre, være nødt til å inngå individuell databehandleravtale med hver eneste virksomhet de skal kommunisere med og forsikre seg at alle behandler opplysningene i henhold til lovverket. Vurderingene er imidlertid ikke verdsatt eller fordelt på ulike aktører. De dokumenterte nyttevurderingene er trolig ikke dekkende for de faktiske virkningene av Helsenettet og grunndata.

Det er få analyser med konkrete nyttevurderinger av helselD. Virkningene som ofte trekkes frem på et overordnet nivå er tidsgevinster for helsepersonell og reduserte investerings- og forvaltingskostnader for aktører som tar i bruk helselD. Det er ikke konkretisert hvem disse aktørene er. I tillegg er det argumentert for at løsningen kan gi kvalitative gevinster i form av bedre tilgang til informasjon for helsepersonell og økt tillit til helse- og omsorgssektoren som følge av økt sikkerhet.

De antas at de dokumenterte nyttevurderingene ikke er dekkende for de faktiske virkningene av helselD. For å si mer om nytten av helselD må det gjennomføres en helhetlig vurdering av nytten.

### 3.3. Nyttevurderinger av nye e-helseløsninger

For e-helseløsningene og tjenestene som skal breddes i 2023 og fremover er det pågående arbeid for å vurdere forventet nytte av løsningene. Under gis en foreløpig oppsummering av arbeidet. Enkelte av rapportene det henvises til er under arbeid og er ikke publisert enda.

#### **Nyttevurderinger av pasientens prøvesvar**

Med denne tjenesten blir det mulig å få en samlet oversikt over laboratorie- og radiologisvar. Det er påbegynt en forenklet samfunnsøkonomisk analyse for tiltaket pasientens prøvesvar og analysen er fortsatt under arbeid. Foreløpig analyse viser at pasientens prøvesvar har et stort potensial til å være samfunnsøkonomisk nyttig. Den potensielle nytten er knyttet til mindre press på nasjonal lab- og radiologitjeneste ved at det ikke rekvireres unødvendige prøver på grunn av manglende tilgang til tidligere prøvesvar. Det sees også mulighet for frigjort tid hos flere tjenester og økt kvalitet av tjenesten som vil bidra til mindre unødvendige behandlinger og en bedre opplevelse av helsetjenesten.

Nytten vil både treffe kommunale aktører (inkludert fastlegene) og spesialisthelsetjenesten, men hvor mye av nytten som realiseres hvor er usikkert. Det er høy usikkerhet knyttet til analysen av nytten til tiltaket, spesifikt knyttet til en manglende innføringsplan for tiltaket og kvaliteten til inngangsdataen til analysen.

Pasientens prøvesvar er under teknisk utprøving som ble påbegynt høsten 2022. Det skal gjennomføres midtveisevaluering av utprøvingen.

#### **Nyttevurderinger av SFM**

Det er gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse av SFM til pleie- og omsorgstjenester i forbindelse med eget satsingsforslag. Analysen trekker frem følgende virkninger: i) reduserte tidskostnader ved samstemming av legemiddellisten i sykehjem, kommunal akutt døgnenhet og hjemmetjeneste, ii) reduserte samfunnskostnader som følge av færre legemiddelrelaterte hendelser og skader, iii) raskere realisering av pasientens legemiddelliste, iv) raskere innføring av e-resept i sykehjem, kommunal akutt døgnenhet og hjemmetjeneste, og v) raskere implementering av endringer i e-reseptkjeden.

Virkningen med reduserte tidskostnader er prissatt og virkningene tilfaller kommunale helse- og omsorgstjenester. De øvrige virkningene er ikke prissatt. Noen av de ikke-prissatte virkningene vil tilfalle spesialisthelsetjenesten. For eksempel at færre legemiddelrelaterte hendelser og feil i primærhelsetjenesten vil bidra til færre innleggelses i spesialisthelsetjenesten.

Det er gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse av program digital samhandling steg 2. Analysen inkluderte blant annet bredding av SFM til andre aktører enn pleie- og omsorgstjenester. Analysen inkluderer også virkninger av innføringen av PLL. SFM er en forutsetning for innføringen av PLL. SFM er derfor langt mer enn en forskrivningsmodul, men også avgjørende for samhandling om legemiddelbehandling på generell basis.



I analysen av steg 2 er reduserte tidskostnader og reduserte samfunnskostnader (sparte kostnader for helsetjenesten og redusert produktivitetstap) som følge av færre legemiddelrelaterte hendelser og skader prissatt. Virkningene er fordelt på følgende aktører: fastlegetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjenesten og apotek. Fordelingen av sparte helsetjenestekostnader bør vurderes nærmere. Det planlegges målinger og evalueringer for å følge opp om nytten realiseres.

### Nyttevurderinger av VKP

Tjenesten gir primært nytte i form av redusert behov for dobbeltføringer i pasientjournal og kvalitative gevinster som riktigere og bedre ivaretagelse av pasientdata. Det gjøres et relativt systematisk arbeid med å følge og anslå virkninger av VKP for kommunene.

De identifiserte virkningene belyser i mindre grad de potensielle virkningene av VKP, som reduserte integrasjonskostnader (sammenlignet med enkeltintegrasjoner/markedsløsninger) og økt utrullingstakt for velferdsteknologiske løsninger i kommune-Norge.

## 4. Nyttevurderinger som kostnadsfordelingsnøkkel

I Stortingets anmodning til regjeringen ba Stortinget om at *kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Dette kapitlet oppsummerer Direktoratet for e-helse sine vurderinger av bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader. For mer detaljert informasjon se vedlegg 2 – "Fordeling av kostnader basert på nyttevurderinger".

I dette kapitlet drøftes nyttevurderinger som kostnadsfordelingsnøkkel samt fordeler og ulemper med en kostnadsfordelingsnøkkel som baserer seg på nyttevurderinger, og til slutt gis det en samlet vurdering av bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader.

### Nyttevurderinger på et overordnet nivå

Drøftingen under tar utgangspunkt i at nyttevurderinger kan benyttes til å fordele kostnader på et overordnet nivå, for eksempel mellom kommune og RHF, samt for andre store brukergrupper som eksempelvis private aktører og apotek. Bruk av nyttevurderinger som grunnlag for kostnadsfordeling på et lavere nivå enn mellom kommunene og RHF anbefales uansett ikke. Årsaken til dette er at det ofte er knyttet usikkerhet til nyttevurderingene, og at det vil være utfordrende å fremskaffe tilstrekkelig med informasjon på et mer detaljert nivå.

### 4.1. Nytte som vil påvirke kostnadsfordelingen mellom aktørene

For statlige investeringer er det samfunnsøkonomisk lønnsomhet som skal maksimeres, dette er statens business case<sup>8</sup>. I samfunnsøkonomiske analyser skal nytte og kostnader for alle berørte grupper inngå i analysen.

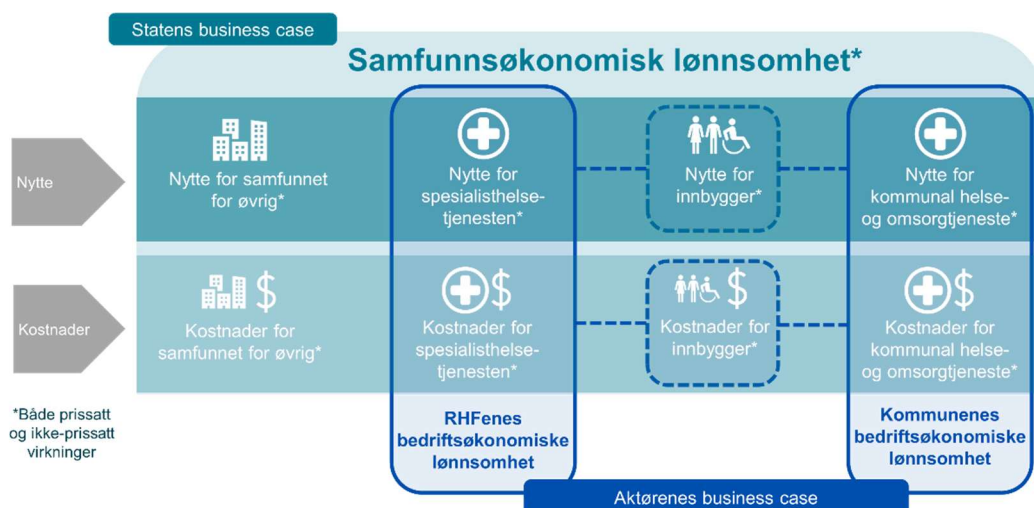
---

<sup>8</sup> En prosjektbegrunnelse som drøfter lønnsomheten av et tiltak.

Det må skilles mellom hva som er samfunnsøkonomisk lønnsomt og hva som er bedriftsøkonomisk lønnsomt. Det er to hovedårsaker til dette:

- Forskjellen ligger i at det i samfunnsøkonomiske analyser vurderes hva som er mest lønnsomt for samfunnet som helhet, uavhengig av hvem som får nytten og hvem som får kostnaden. For bedriftsøkonomisk lønnsomhet er det bedriftens egen nytte og kostnader som veies opp mot hverandre. Som vist i Figur 2.
- I en samfunnsøkonomisk analyse skal de ikke-prissatte virkningene<sup>9</sup> vektlegges i like stor grad som de prissatte virkningene. Bedriftsøkonomiske analyser kan også inkludere ikke-prissatte virkninger, men erfaringsmessig er det ofte prissatte virkninger<sup>10</sup> som blir prioritert.

Som et resultat av dette kan det oppstå et avvik mellom samfunnsøkonomisk og bedriftsøkonomisk lønnsomhet. Selv om et tiltak er samfunnsøkonomisk lønnsomt, betyr ikke det at tiltaket er bedriftsøkonomisk lønnsomt for alle aktørene som tar i bruk løsningen. Det kan være tilfeller der aktører opplever at den bedriftsøkonomiske nytten ved å ta i bruk løsningen er mindre enn kostnaden de belastes for å bruke løsningen.



Figur 2: Forskjell mellom samfunnsøkonomisk lønnsomhet og bedriftsøkonomisk lønnsomhet.<sup>11</sup>

Om innføring av en e-helseløsning er bedriftsøkonomisk lønnsomt for aktøren avhenger av:

- Faktisk fordeling av nytte mellom kommunene, RHF og innbyggerne.
- Hvorvidt aktøren har kapasitet og kompetanse til å planlegge innføring og følge opp nytten. For å realisere nytte av løsningene er det nødvendig å endre eksisterende prosesser. Innføring avhenger også av kapasitet for teknisk tilrettelegging hos leverandørene for de elektroniske pasientjournalene.
- Hvorvidt løsningene som utvikles dekker behovene som er beskrevet.

<sup>9</sup> Virkninger som ikke kvantifiseres, men som vurderes kvalitativt.

<sup>10</sup> Virkninger som kvantifiseres.

<sup>11</sup> Kilde: Direktoratet for e-helse

## Finansieringsmodeller og fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av e-helseløsningene

Ofte har aktørene ulike syn på hvilken nytte som bør være med i vurderingene. Dersom det skal utarbeides en kostnadsfordelingsnøkkel basert på nyttevurderinger gir tabell 3 en oversikt over hvilken nytte de ulike aktørene må bidra med å finansiere, gitt dagens finansieringsmodell. Hele samfunnsnyttene skal fordeles på de betalende aktørene. Obligatorisk samfinansiering fører til at aktørene som er med i samfinansieringen må bidra med å finansiere nytten for innbygger og nytte for samfunnet for øvrig.

Nyttevirkninger som vil påvirke aktørens andel av kostnadene	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Spesialist-helsetjenesten	Andre aktører
 Nytte for spesialisthelse-tjenesten (inkl. avtalespesialister)		✓	
 Nytte for kommunal helse- og omsorgstjeneste (inkl. fastleger)	✓		
 Nytte for andre aktører i helse- og omsorgstjeneste			✓
 Nytte for innbygger	✓	✓	✓
 Nytte for samfunnet for øvrig	✓	✓	✓

Tabell 3: Oversikt over hvilken type nytte som vil være med på å avgjøre aktørens andel av kostnadene.<sup>12</sup>

## 4.2. Fordeler og utfordringer med å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader

Alle kostnadsfordelingsnøkler har ulike fordeler og utfordringer. For en kostnadsfordelingsnøkkel som baserer seg på nyttevurderinger kan fordelene være at kostnadsfordelingen i større grad kan ta høyde for ulik fordeling av nytte mellom aktørene.

Utfordringer ved å benytte nyttevurderinger i en kostnadsfordelingsnøkkel vil være:

- Krevende å forvalte og administrere
  - Krevende å oppnå konsensus mellom aktørene
  - Utfordrende å måle nytte og sikre oppdaterte vurderinger av fordelingen av nytte
  - Utfordrende å fordele nytten av ikke-prissatte virkninger
  - Det må gjøres en skjønsmessig vurdering av fordelingen av hvilke aktører som skal finansiere nytten til innbygger og samfunnet for øvrig
- I tilfeller der løsningen er samfunnsøkonomisk lønnsom, men ikke bedriftsøkonomisk lønnsom, kan kostnadsfordelingen oppleves som urimelig for enkelte aktører, ref. kapittel 4.1.

<sup>12</sup> Kilde: Direktoratet for e-helse

- Bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader kan skape insentiver til ikke å følge opp eller informere om realisert nytte.

Andre forutsetninger for at en kostnadsfordelingsnøkkel skal kunne baseres på nyttevurderinger:

- Vurderingene må ta utgangspunkt i samfunnsøkonomisk nytte, både prissatt og ikke-prissatt nytte.
- Gjennomføringsmodellen må legge til rette for tilstrekkelig med nyttevurderinger underveis i utviklingen, slik at nyttevurderingene er tilstrekkelig oppdatert.
- Det må avklares om modellen skal være dynamisk, og når kostnadsfordelingsnøkkelen skal oppdateres med ny informasjon.

### 4.3. Bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader

Basert på funnene i rapporten «Kunnskapsoppsummering: Bruk og nytte av e-helseløsninger» fra januar 2023<sup>13</sup> som er presentert i kapittel 3.1 konkluderer Direktoratet for e-helse med følgende:

**For eksisterende e-helseløsninger er det per i dag ikke tilstrekkelig med informasjon om fordelingen av nytten til å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader**

Direktoratet for e-helse mener at det for eksisterende e-helseløsninger per i dag ikke er tilstrekkelig med informasjon om fordelingen av nytte til å benytte dette i en kostnadsfordelingsnøkkel. Dette gjelder også kostnadsvekst som følge av prisvekst, økt bruk av løsningen og nødvendig vedlikehold.

Dersom nyttevurderinger skal benyttes i en fordelingsnøkkel, utover argumentasjonen som er benyttet for eksisterende fordeling, mener direktoratet at det må utarbeides nye vurderinger av nytten og hvordan nytten fordeler seg for berørte aktører. En kartlegging av nytten og forankring av denne vil kreve planlegging og et gjennomføringsperspektiv som strekker seg lenger frem i tid enn 2024. Et slikt arbeid vil kreve at det settes av tilstrekkelig med midler og ressurser i gjennomføringen. En beslutning om det skal gjøres nye nyttevurderinger for å benytte dette til å fordele kostnader, avhenger av valg av kostnadsfordelingsnøkler.

**For nye løsninger kan det i større grad utarbeides nyttevurderinger som også vurderer fordelingen av nytte på tvers av aktørene**

For kommende løsninger er det pågående arbeid med å kartlegge nytte og planlegge oppfølgende målinger og evalueringer av nytten. For de nye løsningene, og for kostnadsvekst som følge av ny utvikling, kan det kartlegges hvordan nytten fordeler seg mellom aktørene. Som nevnt over er vurderinger og målinger av nytte utfordrende, og det er usikkert om kunnskapsgrunnlaget blir tilstrekkelig til å fordele kostnader.

---

<sup>13</sup> <https://www.ehelse.no/publikasjoner/kunnskapsoppsummering-bruk-og-nytte-av-e-helselosninger>

## En anbefaling av om nyttevurderinger bør brukes som en kostnadsfordelingsnøkkel må sees i sammenheng med fordeler og ulemper av andre kostnadsfordelingsnøkler

Som vist i dette kapitlet er det ulike fordeler og utfordringer ved å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader. Det antas at det vil være høye administrative kostnader for å sikre tilstrekkelig og oppdatert informasjon om fordelingen av nytte. Det vil også være utfordrende å oppnå tilstrekkelig med forankring av fordelingen av nytte, i og med at vurderinger av nytte ofte er usikker og ikke er en eksakt størrelse. For å vurdere hvilken kostnadsfordelingsnøkkel som skal benyttes i prismodellen(e) må fordeler og ulemper sammenliknes for andre tilgjengelige kostnadsfordelingsnøkler.

Dersom en fordelingsnøkkel med nyttevurderinger vurderes som mest hensiktsmessig, må det settes av ressurser til å sikre tilstrekkelig med nyttevurderinger til å benytte dette til å fordele kostnader.

## 5. Alternative kostnadsfordelingsnøkler

I dette kapitlet presenteres kort og overordnet de alternative kostnadsfordelingsnøkler som vi ser til i drøftingen rundt alternative prismodeller, samt en overordnet vurdering av fordeler og ulemper ved de ulike kostnadsfordelingsnøklerne.

I arbeidet tar vi utgangspunkt i tre hovedkategorier av kostnadsfordelingsnøkler. Kostnadsfordelingsnøklerne i dagens prismodeller baserer seg på ulike kombinasjoner av disse alternativene. Kostnadsfordelingsnøkler har vært et diskusjonstema i en rekke møter i Teknisk beregningsutvalg (TBU) de siste årene. Vi baserer oss derfor på diverse underlag og notater fra disse TBU-møtene i vår presentasjon av de tre alternativene nedenfor.

### 5.1. Beskrivelse av alternative kostnadsfordelingsnøkler

#### 1. Kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelse

Denne kostnadsfordelingsnøkkel tar utgangspunkt i eksempelvis budsjettstørrelser og pasientgrunnlag. Samlet gir dette en relativt lik fordeling av kostnader mellom hovedaktørene.

Aktører	Budsjettstørrelser	Pasientgrunnlag
Spesialisthelsetjenesten	128 mrd. kroner (51%)	115 209 (45%)
Kommunal helse- og omsorgstjeneste inkludert fastlegene	123 mrd. kroner (49%)	140 698 (55%)

Tabell 4: Fordelingen av kostnader og størrelse mellom primær- og spesialisthelsetjenesten <sup>14</sup>

<sup>14</sup> Tall hentet fra "Teknisk beregningsutvalg kostnadsfordelingsprinsipper", 19. aug. 2020. Direktoratet for e-helse.

## 2. Skjønnsmessig fordeling av kostnader

Skjønnsmessig vurdering tas med utgangspunkt i ansvar og/eller nyttevurderinger.

- a. *Ansvar*
  - i. Ettersom kommunene og RHF i utgangspunktet har et like stort ansvar for pasientene kan rasjonale for fordelingsnøkkelen være en lik fordeling av kostnadene mellom kommunene og RHF (etter at private har betalt sin del).
- b. *Nyttebetraktninger*
  - i. Aktørene betaler for løsningene basert på beregnet nytte de får av løsningene.

## 3. Fordeling basert på bruk

Kostnadsfordeling basert på bruk har flere underkategorier som spenner fra når løsningen er teknisk klar til å ta i bruk, til at den er faktisk innført, til at man betaler med utgangspunkt i faktisk forbruk.

- a. *Teknisk klart til å ta i bruk*
  - i. Referer her til Norsk helsenetts plikt til å tilgjengeliggjøre pålagte løsninger. Virksomhetene betaler for løsningene så fort Norsk helsenett tilbyr tekniske grensesnitt som aktørene kan koble seg opp mot.
- b. *Organisatorisk klart til å ta i bruk*
  - i. Virksomhetene betaler for løsningene når planer for innføring, omstilling og tilpasninger som kreves for at virksomhetene skal kunne ta løsningene i bruk er på plass.
- c. *Faktisk innført, uavhengig av bruk*
  - i. Virksomhetene betaler for løsningene når de er innført i virksomhetene, men man ser bort fra om helsepersonell faktisk bruker løsningene i arbeidshverdagen.
- d. *Forbruksbasert (volum)*
  - i. Virksomhetene betaler for bruk av løsningene basert på tellemekanismer knyttet til innlogginger i løsningene eller andre forbruksbaserte elementer, som for eksempel antall records lastet ned.

## 5.2. Vurdering av fordeler og ulemper ved de ulike kostnadsfordelingsnøkklene

Det er fordeler og ulemper ved de ulike kostnadsfordelingsnøkklene sett opp mot gjeldende mål i Nasjonal e-helsestrategi. Det må vurderes hvordan kostnadsfordelingsnøkklene bidrar til å nå målene, herunder forutsigbarhet, fremme utvikling, innføring, innovasjon og kostnadseffektiv forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Kostnadsfordelingen skal stimulere virksomhetene til å ta løsningene i bruk og på denne måten bidra til å øke gevinstene av løsningene for pasienter, innbyggere og helsepersonell/virksomheter.

I tabell 5 nedenfor presenteres fordeler og ulemper ved de ulike kostnadsfordelingsnøklene.

	1. Kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelse	2. Kostnadsfordeling basert på en mer skjønnsmessig fordeling		3. Fordeling basert på bruk			
	Budsjettstørrelser/ pasientgrunnlag	Ansvar	Nytte	Teknisk klart til å ta i bruk (NHNs plikt til å tilgj.)	Organisatorisk klart til å ta i bruk	Faktisk innført, men uavhengig av bruk	Forbruksbasert (volum)
<b>+</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkelt å forvalte og administrere</li> <li>• Gir forutsigbarhet</li> <li>• Gir ikke rom for subjektivitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkelt å forvalte og administrere</li> <li>• Gir forutsigbarhet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan i større grad ta høyde for ulik fordeling av nytte for de ulike segmentene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktørene betaler uavhengig av bruk og vil ha incentiver til å realisere nytte</li> <li>• Vil innebære en delt kostnad mellom primær og spesialisthelstj.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gir innsikt i det totale kostnadsbildet</li> <li>• Vil kunne gi aktørene mulighet til å søke om kompensasjon eller risikokapital fra staten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Man fordeler kostnader kun på aktører som er klar til å ta i bruk (og sparer dermed mindre aktører som ikke er det)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparens mtp. bruk</li> </ul>
<b>-</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vil i mindre grad ta høyde for segmentenes ulike bruk og tilhørende nytte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vil i mindre grad ta høyde for segmentenes ulike bruk og tilhørende nytte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krevende å forvalte og administrere</li> <li>• Åpner for subjektivitet - krevende å oppnå konsensus</li> <li>• Utfordrende å måle nytte og sikre oppdaterte vurderinger av fordelingen av nytte</li> <li>• Utfordrende å fordele nytten av ikke prissatte virkninger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktørene vil ikke nødvendigvis se hele kostnadsbildet før de starter å betale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vil kunne redusere utviklingstakten ved at betaling utsettes til det foreligger innføringsplaner mv.</li> <li>• Vil medføre mye administrasjon og koordinering for tjenesteyter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vil i mindre grad stimulere til bruk</li> <li>• Vil være lite kostnadseffektivt å administrere</li> <li>• Vil være uforutsigbart hvordan kostnadene fordeler seg fra år til år</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En direkte kobling mellom forbruk og betaling øker sannsynligheten for at leveransen vil være omfattet av anskaffelsesregulering og dermed må konkurransesettes</li> <li>• Kan medføre sendretktighet</li> <li>• Uforutsigbarhet mtp. kostnadsfordeling</li> <li>• Kan gi uønskede incentiver</li> </ul>

Tabell 5: Overordnet vurdering av alternative kostnadsfordelingsnøkler

## 6. Evaluering av prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene

### 6.1. Kort om nasjonale e-helseløsninger

De nasjonale e-helseløsningene er bærebjelker i vårt digitale økosystem i helse- og omsorgssektoren. Dette er informasjons- og samhandlingsløsninger som skal muliggjøre at relevant informasjon er tilgjengelig når den trengs og understøtte sammenhengende helsetjenester. De nasjonale e-helseløsningene inngår i en plattform som våre partnere og leverandørmarkedet kan koble seg på for å få tak på informasjon og bygge trygge og innovative løsninger rundt denne informasjonen. En slik API-plattform<sup>15</sup> er avgjørende for at aktørene i årene fremover skal kunne høste gevinster fra både nasjonale og lokale investeringer i IT.

De nasjonale e-helseløsningene finansieres stort sett hver for seg, men dette er ikke stand-alone løsninger som fungerer isolert fra hverandre. De gjensidig forsterker og kompletterer hverandre i det digitale økosystemet. Innen legemiddelområdet er eksempelvis SFM er et virkemiddel for at EPJ-leverandører får koblet seg på PLL konseptet, hvor også E-resept og KJ er grunnkomponenter. Helsenorge benytter de samme grunnkomponentene og gir pasienter og innbyggere et enklere møte med helsetjenesten ved å tilby selvbetjening, dialog og innsyn. Helsenettet muliggjør at aktørene kan utveksle helseopplysninger uten å ha direkteavtaler med

<sup>15</sup> API er et maskinelt grensesnitt for å tilgjengeliggjøre informasjon

hver enkelt aktør. HelseID er en standardkomponent som benyttes på tvers av de nasjonale e-helseløsningene.

I plattformen legges det også opp til gjenbruk av løsningskomponenter, herunder kode med mer fra de nasjonale e-helseløsningene, for å dekke fremtidige behov. I den videre utviklingen av velferdsteknologisk knutepunkt vil vi eksempelvis gjenbruke løsningsmønsteret fra pasientens prøvesvar. På denne måten legger vi forholdene til rette for å kunne bygge kostnadseffektive løsninger som kan muliggjøre enkel og sikker informasjonsutveksling mellom aktørene, med mål om økt pasientsikkerhet og en mer effektiv hverdag for helsepersonell. Dette er et vesentlig bidrag for å kunne nå målene i nasjonal e-helsestrategi, herunder bidra til en bærekraftig og innovativ helse- og omsorgssektor, som leverer sammenhengende tjenester av god kvalitet.

I helsekommisjonens rapport fra 2023: *"Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste"* belyses de utfordringer vi står overfor i årene fremover. Det har blant annet blitt *"et merkbart større press på personellet i helse- og omsorgstjenestene de seneste årene"*. Rapporten peker på at vi i større grad må *"ta ut gevinster fra ny teknologi i form av økt effektivitet i tjenestene og lavere arbeidstidsinnsats – uten forringelse av kvalitet og pasientsikkerhet"*. Det handler om at teknologi og digitalisering må bidra til redusert vekst i personellbehov – for å sikre en bærekraftig helsetjeneste for fremtiden. Videre heter det i rapporten: *"Digitaliserte løsninger i samhandling er en forutsetning for å håndtere helhetlige pasientforløp på tvers av forvaltnings- og omsorgsnivåer. Så langt er potensialet for å realisere gevinster i liten grad tatt ut"*.

Effektivisering gjennom nye arbeidsprosesser basert på bruk av digitale verktøy har bare så vidt startet, og vil forsterkes mange ganger fremover. Samtidig vet vi at helse- og omsorgssektoren er kompleks og at det eksisterer en "usamtidighet" blant aktørene. De har ulike behov og ståsted når det gjelder størrelse, økonomi, IT-systempark, -erfaring og -kompetanse, kapasitet, med videre. Fra store RHF til en liten kommune er spennet stort. Hovedspørsmålet blir da: «Hvordan kan vi i en slik kontekst innrette prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene slik at de understøtter målene i nasjonal e-helsestrategi og samtidig fungerer godt nok for alle?»

I de påfølgende kapitler drøfter vi alternative prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene samt gir en anbefaling til justeringer i prismodellene som skal understøtte økt måloppnåelse for helse- og omsorgssektoren.

## 6.2. Alternative prismodeller for nasjonale e-helseløsninger

I dette kapitlet presenterer vi drøfter vi alternative prismodeller for de eksisterende nasjonale e-helseløsningene med utgangspunkt i de tre kostnadsfordelingsnøkklene.



## 6.2.1. E-resept

### Dagens prismodell

Dagens prismodell er en hybrid variant av kostnadsfordelingsnøkler.

- «Teknisk klart til å ta i bruk» er begrunnelsen for en 50/50 fordeling av kostnadene mellom kommunene og RHF i dagens prismodell (etter at apotek/bandasjist har betalt sin del).
- Den skjønnsmessige vurderingen tar utgangspunkt i ansvar for pasientene, som i dag er antatt 50/50 mellom kommunene og RHF.
- Dagens modell tar utgangspunkt i en tidligere samf.øk.analyse (2013) der apotek skal betale 11% av kostnadene basert på nytte, hvor det enkelte apotek betaler basert på antall utleveringer (M6).
- Dagens prismodell; **Kommunene 44,5% - RHF 44,5% - Apotek 11%**

### Forslag til justert prismodell

Norsk helsenett anbefaler en kostnadsfordelingsnøkkel basert på ansvar:

- Ansvarer baserer seg på sikker legemiddelhåndtering og kontroll på refusjonsoppgjøret (HELFO).
- Man viderefører dagens prismodell med **43,5% - 43,5% - 10%** for hovedsegmentene, henholdsvis RHF, kommunene og apotek/bandasjist. I tillegg anbefaler Norsk helsenett at HELFO dekker **2%** og SLV **1%**.
- Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter løsningen. Når et eventuelt rettslig grunnlag foreligger anbefales følgende fordeling **RHF 43%, kommunene 43% og apotek/bandasjist 10%, HELFO 2%, SLV 1% og private aktører 1%**.

\* FM utgår av kostnadsgrunnlaget for e-resept (inkluderes SFM)

\* Tannleger inngår foreløpig ikke som en del av de private aktørene

Figur 3: Anbefaling til justert prismodell for e-resept

## Drøfting av ulike modeller mot gjeldende mål i Nasjonal e-helsestrategi

### Alternativ 1: Kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelser

En prismodell for e-resept basert på økonomi og størrelse er en modell som gir liten administrativ kostnad og er en modell som er relativt enkelt å administrere. E-resept er en moden tjeneste hvor allerede over 93% av alle resepter er elektroniske, noe som gir en grad av forutsigbarhet for de segmentene som inngår i en slik prismodell. Det er kun innen kommunal pleie og omsorgstjeneste at e-resept ikke er innført, og vil først bli innført samordnet med innføringen av PLL.

I dette alternativet anbefaler vi at segmentene som inngår i prismodellen også inkluderer private aktører, samt HELFO og SLV. Dagens prismodell fordeler kostnadene for kommunene og RHF 50/50 etter at apotek, bandasjist og de nye segmentene har betalt sin del. Fordelingen for kommunene og RHF tar utgangspunkt i en lik vurdering av ansvaret for innbyggere og pasienter, tilsvarende som for dagens prismodell.

Det er vanskelig å vurdere størrelse på hva tannleger skal betale i en slik kostnadsfordelingsnøkkel uten å se nærmere på omfang bruk av tjenesten fra denne brukergruppen. Antall e-resepter forskrevet fra tannleger er av et veldig lite omfang (3 ‰). Norsk helsenett anbefaler å avvete betaling for e-resept fra tannleger i 2024 til omfanget av forskrivning fra denne aktøren tar seg opp. Det antas at et pålegg om betalingsplikt for tannlegene ikke vil medføre økt bruk for denne aktørgruppen. Denne vurderingen gjelder for alle de alternative kostnadsfordelingsnøkkelene.

HELFO og SLV sin andel av betalingen for dette alternativet er vanskelig å vurdere opp mot økonomi og størrelse. Disse virksomhetene har heller ikke et "sørge for ansvar" for pasienter/innbyggere som kan benyttes som underlag for denne alternative kostnadsfordelingsnøkkelen. Andre private aktører kan heller ikke vurderes innenfor dette alternativet. Det vil være en utfordring å fremhente styringstall for hver enkelt privat aktør som underlag for en slik kostnadsnøkkel.

I tillegg må apotek sin andel av betalingen ikke baseres på en prosentvis nyttebetraktning, men ut fra en vurdering av enten økonomi eller størrelse. Størrelse er vanskelig å begrunne ut fra et ansvar da apotek/bandasjist ikke inngår i den offentlige helsetjenesten med et "sørge for ansvar". Det er vanskelig å se hvilke argumenter som skal gjelde for apotek og bandasjist med denne kostnadsfordelingsnøkkelen.

Dette alternativet er utfordrende da det kun er innenfor deler av segmentene/aktørgruppene at en slik kostnadsfordelingsnøkkel vil kunne benyttes.

### *Alternativ 2: Kostnadsfordeling basert på skjønnsmessig vurdering*

**Ansvar** – Utgangspunktet for dette alternativet er å se på de tre hovedsegmentene som er kommunene, RHF og apotek. En alternativ fordeling kan basere seg på at alle disse hovedsegmentene er likeverdige brukere av tjenesten, og med et likt ansvar i verdikjeden for e-resept for en sikker legemiddelhåndtering. En slik tilnærming kan da for eksempel utgjøre en 30/30/30 %-fordeling. De resterende 10% fordeles eventuelt fordeles ut på nye segmenter. En slik modell vil utgjøre en stor endring i kostnadsfordelingen sammenlignet med dagens prismodell. Apotek og bandasjist vil ende med å betale en betydelig høyere sum, mens de to andre vil få en redusert kostnad. En slik modell basert på ansvar og likhet er vanskelig å forsvare og kan fremstå urimelig, sammenlignet med dagens prismodell.

Alternativet er derfor å videreføre dagens prismodell, noe nedjustert til 43% - 43% - 10%. Vurderingen baserer seg også her på at partene har et ansvar for sikker legemiddelhåndtering.

Norsk helsenett anbefaler at HELFO og SLV bør inkluderes som nye segmenter i dette prisalternativet, ettersom Norsk helsenett forvalter og koordinerer hele e-reseptkjeden, inkludert disse segmentene, i henhold til prosesser og rutiner som er etablert (driftsmøter, hendelsehåndtering, endringsforum og endringsråd). Disse to segmentene har også et ansvar i verdikjeden av e-resept hvor formålet er sikker legemiddelbehandling samt kontroll på refusjonsoppgjøret.

Prinsipielt anbefaler vi at private aktører inngår som et betalende segment for e-resept, men ikke tannleger fra 2024 (se tidligere argumentasjon i alternativ 1). Betalingen fra de nye segmentene kan for dette alternativet være basert på en fast årlig pris. Norsk helsenett foreslår her at HELFO dekker 2%, SLV 1% og resterende 1% fordeles på private brukere av e-reseptløsningen.

Administrativt krever dette at det utvikles nye uttrekk fra reseptformidleren på virksomhetsnivå. Dette for å kunne skille ut private aktører som ikke er avtalespesialister, men likevel brukere av e-resept.

**Nytte** – En kostnadsfordelingsnøkkel basert på nytte kan fremstå som en rettfærdig prismodell, men dette krever oppdaterte samfunnsøkonomiske analyser av god kvalitet. Disse analysene må også jevnlig oppdateres etter hvert som løsningen breddes til nye segmenter og brukergrupper.

I dialog med sektor har noen aktører ytret ønske om at plikt til betaling først skal inntreffe når aktøren selv oppnår nytte av å ta i bruk løsningen. Argumentet som det vises til, er at brukerne vil først ta løsningene i bruk når de ser at det gir nytte. Norsk Helsenett mener en modell basert

på reell nytte når løsningen tas i bruk er komplisert og er svært administrativt vanskelig å forvalte. En slik fordelingsnøkkel kan skape en spillsituasjon basert på budsjetter og resultat, og dermed gi redusert innføring og bruk av for eksempel e-resept og e-multidose.

### *Alternativ 3: Kostnadsfordeling basert på bruk*

En kostnadsfordelingsnøkkel basert på bruk kan ha ulike alternativer, avhengig av hvordan bruk defineres.

**Teknisk klart** – E-resept er i dag teknisk klart til bruk for store deler av helsetjenesten, men ikke for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Med utgangspunkt i dette vil en fordelingsnøkkel basert på "teknisk klart" fra Norsk helsenett oppleves som urimelig for kommunene. Det er her en avhengighet til at SFM er klar for implementering for den kommunale helse og omsorgstjenesten.

En prismodell basert på teknisk klart som fordelingsnøkkel vil være enkelt å administrere og relativt forutsigbart for segmentene. Aktørene vil måtte betale uansett og det vil gi insentiver til å realisere nytte. Men det kan for enkelte segmenter oppleves som urimelig å måtte betale for noe som ikke er tatt i bruk.

**Organisatorisk klart** – For e-resept, som er innført i store deler av helse- og omsorgssektoren og hvor over 93% av alle resepter er elektroniske, er dette alternativet lite hensiktsmessig. Det er kun den kommunale pleie og omsorgstjenesten som ikke er organisatorisk klar for bruk av e-resept. Norsk helsenett vurderer at dette alternativet kan medføre en risiko for at noen brukergrupper utsetter innføringsplaner som vil trigge en betalingsplikt. I tillegg vil en slik modell kreve mer koordinering og oppfølging av brukergruppene for Norsk helsenett. Modellen forutsetter også en enighet om hvem som beslutter når en virksomhet er organisatorisk klar.

**Faktisk innført** – Denne kostnadsfordelingsnøkkel baserer seg på å fordele kostnadene på de segmentene som faktisk har tatt e-resept i bruk, men uavhengig av omfanget av bruk. Et slikt alternativ mener Norsk helsenett har tilsvarende risiko som "organisatorisk klart", det vil si at alternativet ikke vil stimulere til innføring og økt bruk.

**Forbruksbasert** - E-resept er en verdikjede mellom en rekke segmenter/brukergrupper som samhandler om resepten. Den sentrale databasen RF sørger for formidling og elektronisk håndtering av alle reseptpliktige legemidler samt medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler som omfattes av blåreseptforskriften. RF mottar elektroniske resepter fra EPJ-systemene (rekvirent), sender etter forespørsel elektronisk resept til utleverer (apotek/bandasjist), mottar utleveringsmeldinger og sender disse videre til rekvirent. RF formidler også meldinger mellom andre aktører – oppgjørsordningen mellom HELFO og apotek, søknader til Legemiddelverket, svarmeldinger fra Legemiddelverket, notifikasjonsmeldinger til Legemiddelverket, og ekspederingsanmodninger fra rekvirent til utleverer. RF utveksler meldingen «Legemidler i bruk» for eMD mellom Rekvirentsystem/EPJ og Apoteksystem, e-resept/RF ivaretar både lovverkets krav og pasientens behov for innsyn i egen reseptinformasjon.

Et alternativ er å ta utgangspunkt i en skjønsmessig fordeling mellom segmentene "rekvirent" og "utleverer" for deretter å regne ut en pris per M1 (e-reseptmelding) og M6 (utleveringsmelding). Da benyttes en kostnadsfordelingsnøkkel basert på faktisk bruk.

Men en slik modell krever en beslutning om hvilket virksomhetsnivå den enkelte pris skal fordeles på. Ulikt nivå kan være:

- antall M1 per virksomhetsnivå per kommune
- antall M1 per virksomhetsnivå per rekvirent (inkl private)
- antall M1 fordeles på antall innbyggere per kommune og helseregion
- antall M6 fordeles per utlevering per apotek (slik som fordelingen er for apotek i dag)
- antall M25 fordeles på fastleger, kommuner og multidoseapotek

Aktuelle e-reseptmeldinger kan også fordeles på HELFO og SLV.

Med utgangspunkt i at kommunene skal dekke fastlegene som er de som forskriver over 80% av alle e-resepter vil en modell basert på faktisk bruk av M1 gi en forholdsmessig stor endring i kostnadsfordelingen, sammenlignet med dagens modell. En forbruksbasert modell er komplisert og vil variere stort på kostnadsfordelingene mellom segmentene avhengig av valg av virksomhetsnivå som pris per melding fordeles på. Flere e-reseptmeldinger kan inngå i en slik forbruksbasert modell, men Norsk helsenett anbefaler ikke en rendyrket prismodell basert på forbruk. En slik prismodell kan rent prinsipielt fremstå mer rettferdig, men modellen vil ha store variasjoner på kostnadsfordelingen avhengig av valg av teller (e-reseptmelding) og nevner. For Norsk helsenett er dette en komplisert modell som vil kreve økt administrasjon og mulig utvikling av nye rapportuttrekk fra RF som underlag for kostnadsfordelingen.

#### *Alternativ 4: Kostnadsfordeling basert på hybrid*

Det er mulig å kombinere flere alternative kostnadsfordelingsnøkler for e-resept, men Norsk helsenett anbefaler ikke dette. Dette er basert på drøftingene i alternativene over.

### **Anbefaling/konklusjon**

Norsk helsenett anbefaler en kostnadsfordeling basert på et felles ansvar for sikker legemiddelbehandling og riktig refusjonsoppgjør for segmentene som inngår i e-resept verdikjede. Kostnad for forvaltning av Forskrivningsmodulen (FM) trekkes ut av kostnadsgrunnet og inkluderes i SFM.

Dette gir en kostnadsfordeling hvor RHF og kommunene betaler 43,5% hver og apotek/bandasjist 10%. I tillegg anbefales det at HELFO dekker 2% og SLV 1%.

Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter løsningen. Når et eventuelt rettslig grunnlag foreligger, foreslår Norsk helsenett en noe justert kostnadsfordeling (43% - 43% - 10%) på de sentrale brukerne av løsningen og at de resterende kostnadene fordeles på HELFO 2%, SLV 1% og at 1% fordeles på private brukergrupper av e-reseptløsningen. De privates prosentsats i fordelingsnøkkelen kan vurderes årlig mot omfang bruk av løsningen.

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 videre innføring av eMD og PLL.

## 6.2.2. Helsenorge

### Dagens prismodell

Dagens prismodell tar utgangspunkt i skjønnsmessig vurdering basert på ansvar

- Dagens modell har tatt utgangspunkt i ansvar for å sørge for helse tjenester til kommuner og regionale helseforetak, og i den sammenheng er budsjettene og årsverkene i de to sektorene av om lag samme størrelse.
- I en overgangsperiode tar dagens modell hensyn til muligheten for å ta i bruk løsningene, det som omtales som teknisk klart til bruk.
- Dagens modell gir følgende fordeling: **Kommunene 45% - RHF 55%**.
- Tjenestene fastlegebytte, frikort og egenandeler, EU-trygdekort og innsyn og samtykkeløsning for registre er tjenester som ligger utenfor det som finansieres av forskrift. Dette finansieres av Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Direktoratet for e-helse og RHFene.

### Forslag til justert prismodell

For Helsenorge anbefaler Norsk helsenett å videreføre dagens prismodell.

- Det anbefales å fortsette med dagens modell og samtidig avslutte den midlertidige overgangsordningen som gir mulighet til å justere betaling dersom løsningen ikke er teknisk klart til bruk.
- Dette gir følgende fordeling: **Kommunene 50% - RHF 50%**.

Norsk helsenett vurderer Helsenorge som teknisk klart til bruk i hele sektoren.

Figur 4: Anbefaling til justert prismodell for Helsenorge

## Drøfting av ulike modeller mot gjeldende mål i Nasjonal e-helsestrategi

### Alternativ 1: Kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelser

For Helsenorge kan dette være en nøkkel som fordeler kostnader basert på omsetning eller årsverk til betalende aktører. Utgangspunktet for en slik fordeling er at ansvaret aktørene har i sektor defineres av disse størrelsene. For Helsenorge er de aktuelle betalende aktørene RHFer og kommuner.

Dette alternativet er administrativ enkelt å håndtere, både for Norsk helsenett og aktører i helse- og omsorgssektoren, sammenlignet med modeller som tar utgangspunkt i nytte og forbruk. I sektoren er det etablerte fordelingsnøkler som i dag benyttes til å fordele ned til RHF-er og kommuner. Vi vurderer at alternativet vil stimulere til raskere bredding og økt bruk sammenlignet med en modell som medfører betaling ved bruk. Denne fordelingsnøkkelen vil i mindre grad ta høyde for segmenters ulike bruk og tilhørende nytte.

### Alternativ 2: Kostnadsfordeling basert på skjønnsmessig vurdering

**Ansvar** – For Helsenorge vil fordeling basert på ansvar gi samme fordeling som ved fordeling av økonomi og størrelser ettersom det kun er to segmenter kostnadene skal fordeles på.

**Nytte** – Det foreligger ikke tilstrekkelig kunnskap om nytte for de ulike aktørene i dag, for å fordele kostnadene, og det må gjøres et arbeid for å tette dette gapet dersom dette skal være en aktuell modell.

Fordelen med en nyttebasert modell er at den vil kunne ta høyde for variasjoner av segmenters bruk og tilhørende nytte.

En nyttebasert fordelingsnøkkel, med mål om konsensus i sektor, vil være krevende å forvalte og vedlikeholde. Nyten av Helsenorge fordeles asymmetrisk i helse- og omsorgssektoren samtidig som den kan endre seg etter hvert som løsningen videreutvikles.

### *Alternativ 3: Kostnadsfordeling basert på bruk*

**Teknisk klart** – innebærer betaling når Norsk helsenett vurderer at en løsning er klar til bruk. De fleste store kommuner, over 100 mindre kommuner og alle helseforetak bruker løsningen, og Norsk helsenett vurderer Helsenorge som teknisk klar til bruk for primær- og spesialisthelsetjenesten. Som en konsekvens av dette må andre fordelingsnøkler enn teknisk klart benyttes til å fordele kostnadene mellom aktørene.

En oppdeling av Helsenorge i mindre tjenester, for å tilpasse seg teknisk klart til bruk på et lavere nivå, vil imidlertid kunne gjøre fordelingsnøkkelen mer relevant. En oppdeling vil forutsette klar forståelse av hva en tjeneste er og når den er teknisk klar til bruk i ulike deler av helse- og omsorgssektoren. Det må etableres et system for å holde oversikt over tilgjengelige tjenester for ulike aktører, og betalingen vil avhenge av antall aktører som kan bruke løsningen. Det må også etableres et system for å beregne og vedlikeholde kostnaden per tjeneste og sammen vil dette gi betydelig økte administrasjonskostnader. Nøkkelen vil stimulere til bruk da det betales uavhengig av bruk og aktørene vil ha insentiver til å ta i bruk løsningen og realisere nytte.

Ved en oppdeling i mindre tjenester øker mulighetene for mer nyansert betaling i tilfeller hvor bare enkelte deler er teknisk klart til bruk. Det kan imidlertid bli utfordrende for aktørene å se hele kostnadsbildet, og det skaper uforutsigbarhet når antall aktører som kan bruke tjenesten endrer seg. En oppdeling av Helsenorge i mindre deltjenester, for å tilpasse seg teknisk klart til bruk på et lavere nivå, vil medføre betydelige administrasjonskostnader for Norsk helsenett.

**Organisatorisk klart** - Å innføre en organisatorisk klart for bruk-nøkkel vil innebære at betaling for tjenester vil skje når mottakeren av tjenesten er klar for å ta den i bruk. Dette kan være en utfordrende nøkkel å iverksette i praksis, da det kan være vanskelig å definere et nøyaktig tidspunkt for når en tjeneste er organisatorisk klar for bruk.

Norsk helsenett vurderer nøkkelen som administrativt krevende da det må etableres systemer og mekanismer for å fastslå når en tjeneste er organisatorisk klar for bruk. I tillegg mener vi at en slik modell vil ha begrensninger i å støtte opp om målene om å stimulere til økt bruk.

**Faktisk innført** – En faktisk innført nøkkel innebærer betaling for en tjeneste når den tas i bruk. Store deler av sektor og 95% av befolkningen er allerede tilknyttet Helsenorge.

Norsk helsenett vurderer at en faktisk innført nøkkel vil være administrativt lite kostnadseffektiv, da det vil kreve administrasjon for å holde oversikt over hver enkelt bruker. I tillegg vil en slik modell i mindre grad støtte opp under gjeldende mål, da det ikke vil stimulere til økt bruk av løsningen som følge av økt kostnad for å knytte seg til den nasjonale løsningen.

Selv om brukerne vil ha insentiver til å bruke løsningen for å få mest mulig ut av betalingen, vil en slik modell kunne ha motsatt effekt på de som ikke bruker løsningen ofte nok til å rettferdiggjøre betalingen. Dette kan føre til at enkelte vil velge å unngå å koble seg på løsningen, noe som igjen vil kunne redusere nytten av løsningen og måloppnåelsen.

**Forbruksbasert** - En forbruksbasert fordelingsnøkkel tar utgangspunkt i variabler som antall meldinger mellom helsepersonell og innbyggere, eller antall besøk på Helsenorge.

Med over 70 millioner meldinger sendt gjennom Helsenorge i 2022, knyttet til tjenester som blant annet timeadministrasjon, reseptfornyelse og innkallingsbrev, kan en forbruksbasert nøkkel gi økt transparens for brukerne av tjenesten, forutsatt en god sammenheng mellom bruk og kostnad. Selv om Helsenorge har variable kostnader i form av varsel- og innloggingskostnader, er den største kostnaden faste kostnader som ikke endres som følge av direkte bruk.

En ulempe med en forbruksbasert nøkkel er den asymmetriske konsekvensen av nytten ved bruk av tjenesten. I noen tilfeller kan bruken av tjenesten føre til nytte for andre enn den som bruker den, og økonomiske faktorer hos brukeren kan hindre videre utbredelse. Oppfølgingen og faktureringen av en forbruksbasert nøkkel vil medføre økte administrasjonskostnader, i Norsk helsenett og sektor.

#### *Alternativ 4: Kostnadsfordeling basert på hybrid*

Det finnes flere alternativer som kombinerer de nevnte nøklene, slik at man kan dra nytte av noen av de positive egenskapene uten å lide under de negative effektene. Norsk helsenett har valgt å illustrere to slike alternativer.

##### a) Størrelse og økonomi kombinert med organisatorisk klart til bruk

Dette alternativet innebærer å beholde deler av dagens ordning med en kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelse for deler av betalingen. Samtidig vil man åpne opp for å justere betalingen dersom noen deler av sektoren ikke er organisatorisk klare til å ta i bruk løsningene. Dette vil bety at de som ikke kan ta i bruk løsningene vil betale mindre, mens de som kan ta i bruk løsningene vil betale noe mer for å dekke for de som ikke har tatt løsningen i bruk.

Nøkkelen vil medføre økte administrative kostnader for å følge opp og vurdere løsningen er organisatorisk klar til bruk, eller ikke, hos aktørene. Rent praktisk vil det være vanskelig å definere tidspunktet for når en løsning er organisatorisk klar for bruk.

I denne modellen vil det være viktig å finne en balanse mellom å gi de som ikke kan ta i bruk løsningene en økonomisk lettelse, samtidig som man unngår administrative byrder og kostnader. Modellen vil i mindre grad støtte opp om målene om å stimulere til økt bruk som følge av økt kostnaden ved å ta i bruk løsningen.

##### b) Størrelse og økonomi og forbruksbasert fordelingsnøkkel for variable kostnader.

Alternativ 2 som er valgt synliggjort tar utgangspunkt i en fast andel som fordeles etter samme metode som i alternativ 1, nemlig basert på økonomi og størrelse. Den andre delen av betalingen kan benytte en modell som tar utgangspunkt i at variable kostnader skal betales av de som utløser kostnaden. For eksempel kan kostnader knyttet til SMS-varsling være aktuelt å belaste ansvarlig aktør. Dette kan gi en mer riktig fordeling av kostnader mellom aktørene.

En fordel med denne modellen kan være at kostnadene påføres den som kan påvirke bruk av tjenestene. Dette kan bidra til økt ansvar og bevissthet hos aktørene om bruk av tjenester, og dermed bidra til mer effektiv bruk av ressursene.

Ulempen med modellen er at den kan kreve økt administrasjon og rapportering for å sikre nøyaktig kostnadsfordeling og viderefakturering. Det kan også føre til økt kompleksitet og utfordringer knyttet til fakturering og betaling, spesielt når det gjelder små aktører i helsevesenet som kanskje ikke har de nødvendige systemene og ressursene på plass for å administrere dette. En slik modell kan bidra til kostnadstilpasninger som kan være lønnsomme lokalt, men som for samfunnet kan være uheldige, særlig med tanke på at nytten ved bruk av en løsning kan oppstå i flere deler av sektoren.

### Anbefaling/konklusjon

Norsk helsenett har i anbefalingen under vektlagt en modell som er enkel å forvalte, som er forutsigbar og som stimulerer til at sektor tar i bruk og kobler seg på Helsenorge, slik at alle innbyggere i Norge får samme anledning til å samhandle med helse- og omsorgstjenesten. For Helsenorge anbefaler Norsk helsenett å videreføre *dagens prismodell* og samtidig avslutte den midlertidige overgangsordningen som tar hensyn til mulighet for å ta i bruk. Dagens modell 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%.

Norsk helsenett vurderer at de øvrige modellene, med innslag av nytte, bruk eller forbruk, vil gi en betydelig økt administrasjonskostnad for aktørene og Norsk helsenett, og modellen vil gi mindre forutsigbarhet for betalende aktører. En modell som i stor grad er definert som en fastpris for sektor, fordelt etter en størrelse, vil også være den modellen som i størst grad understøtter økt bruk og bredding av Helsenorge.

## 6.2.3. Kjernejournal

### Dagens prismodell

Dagens prismodell tar utgangspunkt i en skjønsmessig fordeling basert på nytte og bruk

- Den forholder seg til KJ som én tjeneste, hvor RHF og kommunene betaler en ulik prosentvis andel av totalkostnaden
- Dette gir følgende kostnadsfordeling: **RHF 55% og kommunene 45%**

### Forslag til justert prismodell

For KJ anbefaler Norsk helsenett følgende:

- En hybrid modell basert på **teknisk klart**, i kombinasjon med omfang bruk.
- Dette gir følgende prismodell:
  - **RHF 55% og kommunene 45%**
- Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter tjenesten.
- Når et eventuelt rettslig grunnlag foreligger anbefales det at **private aktører betaler 1%**, mens **RHF 55% og kommunene 44%**.
- Den prosentvise fordelingen mellom kommunene og RHF må vurderes årlig i henhold til økt bruk ved innføring av KJ i kommunal pleie- og omsorg.

Figur 5: Anbefaling til justert prismodell for KJ

## Drøfting av ulike modeller mot gjeldende mål i Nasjonal e-helsestrategi

### Alternativ 1: Kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelser

Denne kostnadsfordelingsnøkkelen kan for eksempel basere seg på hovedsegmentenes budsjett eller inntektsmodeller. Det vil innebære en 50/50 % fordeling mellom kommunene og RHF, noe som skaper forutsigbarhet og kostnadseffektiv forvaltning. Samtidig vil en slik modell



i mindre grad ta høyde for segmenters ulike bruk og tilhørende nytte, noe Norsk helsenett mener er vesentlig i en prismodell for denne løsningen.

Dette alternativet er administrativt enkelt, både for segmentene og for Norsk helsenett, sammenlignet med andre mer forbruk- og nyttebaserte modeller. Men dette forutsetter at man ser på KJ som en samlet tjeneste og priser den deretter. Fremover vil også private aktører være et segment i prismodellen. Norsk helsenett mener det blir lite formålstjenlig å sammenstille offentlige og private virksomheters inntektsmodeller/budsjetter som underlag for en prismodell basert på økonomi og størrelse. I tillegg er det vanskelig å beregne pris på enkelttjenester (APIer), der hvor private aktører eller andre brukergrupper kun kobler seg mot enkelttjenester på KJ.

### *Alternativ 2: Kostnadsfordeling basert på skjønnsmessig vurdering*

**Ansvar** – En annen mulighet er å fordele kostnadene basert på ansvaret hovedsegmentene har for innbygger/pasienter. Dette tilsier også en 50/50 fordeling av ansvaret mellom kommune og RHF. I likhet med alternativ 1 vil også dette alternativet ikke ta hensyn til segmentenes ulike bruk og nytte av løsningen. En slik prismodell vil være enkel å administrere, men å benytte ansvaret for innbygger/pasienter som fordelingsnøkkel vil fremstå unyansert nå som kjernejournal øker med flere ulike innholdselementer. Dette er tilsvarende som for å benytte størrelse og økonomi som en fordelingsnøkkel hvor det fremover kan bli vanskelig å beregne pris på enkelttjenester i KJ.

**Nytte** – Det er gjennomført en samfunnsøkonomisk analyse av KJ (2017) hvor man viser til en forventet nytte ved at helsepersonell får økt tilgang til viktig og kritisk informasjon om pasienten, og at pasienten med dette vil få økt pasientsikkerhet ved riktigere pasientbehandling. I tillegg ble det pekt på at nye innholdselementer som den gang var planlagt som nye tjenester i KJ samt økt bruk, sammen ville medføre økt nytte. Svakheten med analysen fra 2017 er at denne ikke er fulgt opp med nye analyser og målinger, men oppdatert bruksstatistikk (tabell 2) viser nå en sterk positiv trend med økt bruk. En årsak til denne økningen kan tilskrives Kovid-19 svar i KJ, som var sterkt etterspurt blant helsepersonell i pandemiperioden.

En kostnadsmodell kun basert på nytte vil være vanskelig å administrere samt at en slik modell vil fremstå uforutsigbar for segmentene. Norsk helsenett mener likevel at økt bruk og nye innholdselementer er en indikator for økt nytte, men nytten vil følge bruken og vil ikke påvirke kostnadsfordelingsnøkkelen.

### *Alternativ 3: Kostnadsfordeling basert på bruk*

Det finnes flere alternative prismodeller basert på bruk for denne løsningen.

**Teknisk klart** – Norsk helsenett er pliktig å tilgjengeliggjøre KJ ref. føringer fra pasientjournalloven. Per i dag er KJ teknisk klar og tilrettelagt for integrasjon som en portalløsning. Flere API-tjenester er også tilgjengeliggjort og det er forventet at KJ fremover vil gjenbrukes ytterligere for nye API-tjenester. Disse vil bli tilgjengeliggjort på samhandlingsplattformen.

En prismodell kan basere seg på en kostnadsfordeling der hele KJ samlet vurderes som teknisk klart. For dette alternativet kan kostnadene fordeles likt ut på hovedsegmentene, med

fratrekk av en fast pris som fordeles på private aktører som benytter tjenesten. En slik prismodell vil være enkel å administrere og forutsigbar for de som betaler.

**Organisatorisk klart** – Å etablere en prismodell basert på hvorvidt brukergruppene er organisatorisk klar for å ta tjenesten i bruk er en komplisert modell som vil kreve en stor administrasjon å følge opp. Det vil også være vanskelig å komme til enighet om når en virksomhet kan defineres å være organisatorisk klar for bruk, og dermed få en betalingsplikt. Norsk helsenett mener en slik modell vil risikere redusert innføringstakt og bruk, spesielt for de nye API-tjenestene.

**Faktisk innført** – En prismodell for KJ basert på faktisk innført, men uavhengig av bruk er også et alternativ. Det kan etableres flere varianter av en slik modell, der innføringsplaner kan danne grunnlag for en betalingsplikt. Når for eksempel over 60% av et segment har "faktisk innført" KJ kan dette danne grunnlag for betalingsplikten. En slik kostnadsmodell vil være enkel å administrere og er forutsigbar, da med utgangspunkt i de innføringsplaner som foreligger. Denne prismodellen er likevel lite aktuell for KJ, da KJ i dag er ferdig innført i akuttmedisinsk kjede, AMK, legevakter og for fastleger. Det er kun innen kommunal pleie- og omsorgstjeneste hvor KJ ennå ikke er ferdig innført. Denne innføringen er viktig for den fremtidige realiseringen av PLL. Innføringsplaner viser til at over 80% av alle kommuner skal være koblet opp og har teknisk mulighet til å ta i bruk KJ innen starten av 2024.

**Forbruksbasert** – En mulig modell er å etablere en pris per oppslag per segment som skal dekke omfanget av kost +5%. Dette innebærer at man kun betaler for bruk, noe som vil medføre at aktørene som benytter den mest også betaler mest. En forbruksbasert prismodell vil imidlertid kunne gi incentiver til å være tilbakeholden med bruk. Samtidig vil en slik modell være uforutsigbar og komplisert da forholdene stadig endres i forbindelse med at nye tjenester etableres på KJ.

Et annet alternativ vil være å skille KJ på portaltjenesten og behandlingsrettede innholdstjenester levert via APIer. Hver API-tjeneste kan i prinsippet prises per aktør som tar tjenesten i bruk, men det vil være en risiko at kostnaden kan bli uforholdsmessig høy for de første som kobler seg på. Flere av disse API-tjenestene har som overordnet mål om å heve kvaliteten i pasientbehandlingen og det er derfor viktig å oppnå økt bruk av tjenesten. Helse- og omsorgstjenesten er ikke tjent med at det blir en spillsituasjon i valg av bruk av nye, sentrale e-helseløsninger.

#### *Alternativ 4: Kostnadsfordeling basert på hybrid*

Når KJ-portalen blir splittet opp i enkelttjenester kan et alternativ være en hybrid kostnadsfordeling. Det kan bety at man betaler en fastpris for bruken av samlet portal for KJ, i tillegg til en forbruksbasert andel for de enkelttjenestene segmentet/brukergruppen benytter. Men en slik prismodell kan være mer aktuell å vurdere når arbeidet med å splitte KJ-portalen opp i enkelttjenester er ferdigstilt.

Kombinasjoner av ulike kostnadsfordelingsnøkler kan etableres som prismodell for KJ, tilsvarende som dagens prismodell. Denne er basert i hovedsak på teknisk klart, men %-fordelingen tar også utgangspunkt i omfang bruk og nytte for hovedsegmentene. Selv om Norsk helsenett vurderer at nytte og bruk alene er en vanskelig kostnadsfordelingsnøkkel vil en hybrid modell med utgangspunkt i teknisk være en forutsigbar og lite komplisert modell. Denne

vil i tillegg være enkel å administrere. Det vektlegges også at modellen gir insentiver for økt bruk.

### Anbefaling/konklusjon

Det anbefales å fortsette med dagens modell hvor kostnadene prosentvis fordeles mellom RHF (55%) og kommunene (45%). Dette baserer seg på en hybrid prismodell med utgangspunkt i at hele KJ samlet vurderes som teknisk klart, og i kombinasjon med fordelingen av bruk av løsningen. Ref. tabell 2 i kapittel 3.

Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter tjenesten. Når et eventuelt rettslig grunnlag foreligger anbefales det at private aktører betaler 1% (fast pris), mens RHF betaler 55% og kommunene betaler 44%. Den prosentvise fordelingen mellom RHF og kommunene må vurderes årlig i henhold til økt bruk ved innføring av KJ i kommunal pleie- og omsorg.

Det pågår nå arbeid med å etablere flere enkelttjenester (APIer) inn i KJ som segmentene kan koble seg mot. Det betyr en endret forvaltning hvor KJ eventuelt kan tilbys som enkelttjenester, noe som vil kreve en ny vurdering av prismodellen og hjemmel på sikt.

## 6.2.4. Helsenettet inkludert grunndata og helseID

### Dagens prismodell

Helsenettet har i dag en prismodell som verken er basert på bruk eller på størrelse, men på en **skjønnsmessig fordeling ut fra det tidspunktet medlemsavgiften ble innført**, og tilpasset etter hvert som nye medlemsgrupper har kommet til.

Det er tre hovedsegmenter for betaling i Helsenettet (RHF, kommuner og øvrige aktører). Det er kun RHF og kommune som betaler for grunndata og helseID. Dagens prismodell (2023 tall) er:

- **RHF** dekker 30.3% av Helsenettet og 50% av grunndata og helseID
- **Kommunene** dekker 29.1% av Helsenettet og 50% av grunndata og helseID.
- **Øvrige aktører** dekker 40.5% av Helsenettet (en pris \* aktør) og 0% av grunndata og helseID

### Forslag til justert prismodell

For Helsenettet inkludert grunndata og helseID anbefaler Norsk helsenett følgende.

- 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.**
- Uavhengig av fordeling av kostnader mellom RHF, kommunene og øvrige aktører anbefaler vi også at det gjøres en omfordeling av kostnadene innad i **segmentet øvrige aktører**. Vi foreslår at det betales **en medlemsavgift for virksomheten inkludert et tillegg basert på antall lokasjoner, omsetning og årsverk**. Dette muliggjør en mer hensiktsmessig fordeling av kostnader med utgangspunkt i størrelse, men forutsetter at aktørene i stor grad selvdeklarerer og at Norsk helsenett foretar stikkprøver.

Figur 6: Anbefaling til justert prismodell for Helsenettet inkludert grunndata og helseID

## Drøfting av ulike modeller mot gjeldende mål i Nasjonal e-helsestrategi

### Alternativ 1: Kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelser

En prismodell for Helsenettet basert på økonomi og størrelse vil innebære at man fordeler medlemsavgiften ut ifra årsverk og budsjettstørrelser. Dette tilsier en lik fordeling mellom kommunene og RHF. Dette vil være enkelt å forvalte og gir forutsigbarhet for kommuner og RHF.

Når det gjelder segmentet *øvrige aktører*, som i hovedsak består av private aktører, herunder behandlere, behandlingstilbud, private sykehus, samt apotek/bandasjist og fylkeskommuner, blir det mer komplisert og lite hensiktsmessig å benytte årsverk og budsjettstørrelser. Det vil innebære en komplisert modell som vil kreve stor grad av forvaltning og administrasjon og kostnadene vil kunne variere fra år til år.

For kostnadsfordeling innad i segmentet *øvrige aktører*, kan det imidlertid vurderes en modell hvor virksomhetene betaler en fast grunnavgift og i tillegg en sum basert på antall lokasjoner, årsverk og omsetning. Dette for å kunne skille de store aktørene fra de små. I dag betaler aktørene stort sett det samme, uavhengig av størrelse, noe som sliter på mange av de små aktørene og skaper en unødig høy terskel for å komme inn i Helsenettet.

Summen av disse parameterne skissert i avsnittet over vurderes som tilstrekkelig til å kunne plassere aktørene i en kategori, eksempelvis stor, medium og liten aktør. For å holde administrasjonskostnadene på et minimum forutsetter dette at Norsk helsenett klarer å tilrettelegge for at aktørene deklarerer seg selv.

Et annet alternativ er å inkludere antall behandlere i hver virksomhet. Da kan en betale en grunnavgift for virksomheten og en tilleggsavgift for antall behandlere. Betaling per behandler vil imidlertid ikke treffe alle virksomhetene i denne gruppen. En slik modell vil også kreve mer administrasjon. Norsk helsenett har i dag ingen oversikt over antall behandlere tilknyttet medlemsvirksomhetene og det må her etableres systemer for å håndtere dette.

Fylkeskommunene betaler i dag en fast pris per måned. For disse er det stort sett den offentlige tannhelsetjenesten som bruker Helsenettet og variasjonen av antall klinikker i de ulike fylkene er stor. Det er dermed en mulighet at hvert fylke betaler ut fra hvor mange tannklinikker og eventuelt behandlere hver av disse har.

### *Alternativ 2: Kostnadsfordeling basert på skjønsmessig vurdering*

**Ansvar** - Helsenettet er i dag godt etablert i helse- og omsorgssektoren uavhengig av enkelte aktørers plikt til å benytte Helsenettet. Det er en grunnleggende tjeneste for å kunne yte helsehjelp. Med bakgrunn i at de regionale helseforetakene, kommunene og de øvrige aktørene tilbyr helse- og omsorgstjenester til de samme innbyggerne kan en tenke seg at de sammen finansierer drift og vedlikehold. RHF og kommunehelsetjenesten vurderes som like store (felles ansvar for innbygger), mens segmentet *øvrige aktører* betaler en fastsatt medlemsavgift. Dette innebærer at RHF og kommunene deler 50% hver utover kostnadene som dekkes av *øvrige aktører*. En slik modell vil gi en fordeling tilsvarende som i dag, men vil også innebære at kostnaden for RHF og kommunene vil øke ved nedgang i medlemmer i kategorien *øvrige aktører* og tilsvarende vil kostnadene synke når flere medlemmer i denne kategorien kommer til.

En annen mulighet vil kunne være å dele ansvaret likt mellom de tre segmentene, med 1/3 andel hver av kostnadene for Helsenettet, grunndata og helseID. Dette vil gi en noe økning i kostnadene for segmentet *øvrige aktører*. Innad i dette segmentet er det blitt gitt tilbakemelding på at det er ønskelig med en mer hensiktsmessig fordeling av kostnadene. En slik omfordeling av medlemskostnaden kan vurderes ut fra for eksempel en juridisk enhet og i tillegg betale for antall lokasjoner eller antall helsepersonell. En prismodell for Helsenettet basert på ansvar vil kreve forholdsvis lite i administrasjon og forvaltning, samt er forutsigbar for aktørene.

**Nytte** - En kostnadsfordeling basert på nytte vil potensielt kunne gi en mer rimelig fordeling av kostnader. Samtidig er det utfordrende å måle nytte av en basistjeneste som dette, da det meste av nytten kommer gjennom bruk av andre løsninger som muliggjøres i Helsenettet og nytten vil også fordeles på et stort antall aktører. Per i dag foreligger det heller ikke noen oppdaterte samfunnsøkonomiske vurderinger av nytte på Helsenettet. Dersom en slik vurdering/analyse skal legges til grunn forutsetter det også en konsensus mellom aktørene, noe som det erfaringsmessig er vanskelig å få til. Det kan fort bli mye administrasjon og forvaltning og en høy indirekte kostnad.

### *Alternativ 3: Kostnadsfordeling basert på bruk*

**Teknisk klart** - Helsenettet inkludert grunndata og helseID er teknisk klar til bruk og store deler av helse- og omsorgssektoren benytter disse tjenestene. Samtidig betaler ikke segmentet øvrige aktører for grunndata og helseID.

En prismodell basert på teknisk klart vil innebære betaling fra samtlige aktører som . Dette er også en fordelingsnøkkel som det vil være enkelt å administrere og gi forutsigbarhet for segmentene. Aktørene vil måtte betale uansett og det vil gi insentiver til å koble seg på realisere nytte.

**Organisatorisk klart** - Organisatorisk klart vurderes som en mindre relevant fordelingsnøkkel da Helsenettet inkl. grunndata og helseID allerede er innført hos store deler av helse- og omsorgstjenesten. For nye medlemmer vil "organisatorisk klart" kun medføre en økt kompleksitet for Norsk helsenett i oppfølgingen av den enkelte aktør. Det vil også være vanskelig å komme til enighet om når en virksomhet kan defineres å være organisatorisk klar for bruk, og dermed få en betalingsplikt. Norsk helsenett mener en slik modell ikke vil stimulere til økt bruk, og den vil også skape høyere administrasjonskostnader.

**Faktisk innført** - En faktisk innført nøkkel for betaling for Helsenettet inkl. grunndata og helseID vil bety at brukere av tjenesten vil bli belastet for bruken når de faktisk knytter seg til tjenesten. Da de fleste aktører allerede er tilknyttet Helsenettet inkludert grunndata og helseID vil en slik modell være lite relevant å vurdere.

**Forbruksbasert** - Prising basert på forbruk er mulig å etablere gjennom flere ulike variabler. Dette kan være gjennom per sendte melding, per tjeneste, per oppslag i grunndata eller per bruk av helseID. En slik tilnærming vurderes imidlertid som mindre relevant. Det er flere utfordringer ved en slik tilnærming, herunder at aktører kan velge å begrense bruk ved at økonomiske hensyn trumfer medisinskfaglige hensyn, samt at det foreligger en asymmetri i nytten ved sending av meldinger. Avsender kan i flere tilfeller ha mindre nytte av meldingen enn det mottaker har. En øyelege vil eksempelvis kunne ha ønske om å få elektroniske meldinger inn til seg, mens optiker ikke har samme verdi av å sende meldingen elektronisk. Modellen vil også kreve omfattende administrasjon for riktig fakturering.

### **Anbefaling/konklusjon**

Norsk helsenett ser at det alternativet som i størst grad tar hensyn til en kostnadseffektiv forvaltning, forutsigbare kostnader og kunne stimulere til økt bruk vil være en fordeling basert på ansvar mellom de tre hovedsegmentene RHF, kommunene og øvrige aktører. Dette

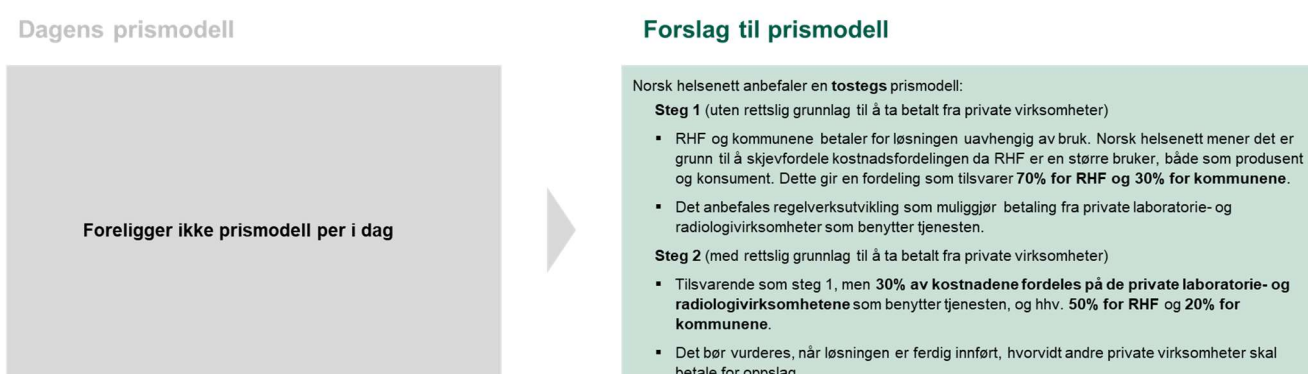
innebærer at hvert segment betaler 1/3 av forvaltnings- og driftskostnadene for Helsenettet inkludert grunndata og helseID.

Uavhengig av fordeling av kostnader mellom RHF, kommunene og øvrige aktører anbefales det også en omfordeling av kostnadene innad i segmentet *øvrige aktører*. Vi foreslår en modell hvor virksomhetene betaler en fast grunnavgift og i tillegg en sum basert på antall lokasjoner, årsverk og omsetning. Dette tilrettelegger for å kunne fordele kostnadene mer hensiktsmessig mellom store og små aktører, men forutsetter en tillitsbasert modell hvor øvrige aktører selvdeklarerer slik at de administrative kostnadene for Norsk helsenett holdes på et minimum.

## 6.3. Alternative prismodeller for nye tjenester

De nye tjenestene pasientens prøvesvar, SFM og VKP vil gi en kostnadsvekst for aktørene når de fra 2024 skal over i forvaltning og drift. De eksisterende e-helseløsningene kompenseres per i dag, men hvordan dette løses for nye tjenester ligger utenfor vårt oppdrag. Nedenfor drøfter vi alternative prismodeller for nye tjenester.

### 6.3.1. Pasientens prøvesvar



Figur 7: Anbefaling til prismodell for pasientens prøvesvar

## Drøfting av ulike modeller mot gjeldende mål i Nasjonal e-helsestrategi

### Alternativ 1: Kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelser

En kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelse vil innebære en delt kostnad for RHFene og kommunene. Samtidig er dette en tjeneste som både private og offentlige virksomheter vil benytte. Å sammenstille offentlige og private virksomheters inntektsmodeller/budsjetter som underlag for en prismodell er komplisert, medfører omfattende administrasjon og anses derfor som lite hensiktsmessig. I tillegg tar denne modellen ikke høyde for segmenters ulike bruk. Dette alternativet vurderes som forutsigbart og enkelt å administrere så lenge fordelingen er mellom kommune og RHF, men den må kombineres med annen fordelingsnøkkel for å kunne ivareta de private brukergruppene av denne løsningen.

### *Alternativ 2: Kostnadsfordeling basert på skjønnsmessig vurdering*

**Ansvar** - Å benytte ansvar som fordelingsnøkkel kan basere seg på for eksempel ansvaret overfor innbyggere og pasienter, noe som tilsvarer en 50/50 fordeling mellom RHFene og kommunene. Men en slik ansvarsfordeling blir igjen utfordrende da de private aktørene ikke har et "sørge for"-ansvar tilsvarende som de offentlige virksomhetene. Et alternativ kan her være at kostnader fordeles likt mellom produsenter av prøvesvar og konsumenter av disse, herunder 1/3 på RHFene (konsument), 1/3 på kommunene (konsument) og 1/3 på de private radiologi og laboratorievirksomhetene (produsent). Dette vil være enkelt å administrere, skaper forutsigbarhet og vil kunne stimulere til økt bruk. På den annen side vil ikke dette alternativet ta høyde for RHFene og kommunenes ulike bruk av denne løsningen.

**Nytte** - Nytteberegning som kostnadsfordelingsnøkkel er komplisert også på denne løsningen. Det er ikke nødvendigvis slik at nytten tilfaller det enkelte segmentet som benytter seg av tjenesten. For eksempel vil nytten av at det rekvireres færre prøver ikke nødvendigvis tilfalle den som rekvirerer, men være en stor nytte for samfunnet som da ikke belastes for å betale for unødvendige prøver. Å redusere antall røntgenundersøkelser gir også en helsemessig gevinst ved å redusere stråledosen som belaster den enkelte pasienten. Nyten er også ulik hvorvidt et enkelt segment kun er bruker av tjenesten eller i tillegg også er produsent.

Det er heller ikke etablert samfunnsøkonomiske analyser som er gode nok per i dag som underlag for å kunne fordele kostnader. Direktoratet for e-helse må vurdere muligheten for å innrette før- og etteranalyser som er gode nok som underlag til å kunne vurdere kostnadsfordeling basert på nytte.

### *Alternativ 3: Kostnadsfordeling basert på bruk*

**Teknisk klart** – Pasientens prøvesvar er nå klaggjort for bruk på tvers av helse- og omsorgssektoren. Forutsatt at en hjemmel for å tilby prøvesvar med formål helsehjelp via kjernejournalforskriften kommer på plass, kan "teknisk klart" fra Norsk Helsenett være et alternativ for en kostnadsfordelingsnøkkel. Virksomhetene som skal benytte tjenesten betaler for løsningen, uavhengig av bruk. Det er forventet at en slik prismodell vil være enkel å administrere og være forutsigbar for virksomhetene. Teknisk klart gir insentiver til å raskt koble seg på tjenesten for å realisere nytten.

**Organisatorisk klart** - Norsk helsenett vurderer ikke "organisatorisk klart" som en reell, alternativ kostnadsnøkkel for pasientens prøvesvar fra 2024. Det vil være ytterst få virksomheter som faller innenfor denne kategorien og som kostnaden da måtte fordeles mellom.

**Faktisk innført** – Det pågår nå begrenset utprøving og test av pasientens prøvesvar og tjenesten er per mai 2023 ikke innført i helse- og omsorgstjenesten. Fra 2024 er det planlagt en periode med begrenset bredding hvor tjenesten skal prøves ut ytterligere, før nasjonal bredding starter. Endringsbehov og nyttevurderinger vil da bli utredet. Basert på erfaringer av denne utprøvingen og eventuelt oppdaterte nyttevurderinger vil en ved en senere anledning kunne vurdere om nytte og faktisk innført kan benyttes til å foreta justeringer i kostnadsfordelingsnøkklene.

**Forbruksbasert** – Det er mulig å ta utgangspunkt i et rapportuttrekk fra dagens EDI meldingstjeneste i Norsk helsenett på antall laboratorie- og radiologi svarmeldinger per hovedsegment, som en indikator på forventet bruk av pasientenes prøvesvar. Dette rapportuttrekket viser at de private laboratorie- og radiologivirksomheter står som produsent av ca. 30% av alle svarrapportene, mens RHF i all hovedsak står for resten. Alle tre hovedsegmentene er konsumenter av tjenesten. Bruk av en volumbasert modell forutsetter da at begge de to bruksområdene (bruker og produsent) inngår i bruksstatistikken, og ikke bare oppslag. Men en slik modell fremstår som uforutsigbar, komplisert, samt vanskelig å administrere.

Ettersom tjenesten fra 2024 kun vil ha begrenset bredding og bruk vil en kostnadsfordeling basert på reelt volum ikke fremstå som rettferdig og forutsigbar fra 2024. I tillegg vil et slikt alternativ kunne medføre en risiko at tjenesten ikke tas i bruk. En forbruksbasert kostnadsmodell kan eventuelt være mer aktuell å vurdere ved en senere anledning.

#### *Alternativ 4: Kostnadsfordeling basert på hybrid*

Det vil være mulig å benytte flere alternative hybrider av kostnadsfordelingsnøkler. For eksempel kan man se for seg å kombinere ansvar og forbruk, eller se på muligheten for å kombinere ansvar og nytte. Norsk helsenett mener imidlertid det er for tidlig å benytte forbruksbaserte modeller og nytte i kombinasjon med andre fordelingsnøkler fra 2024. Det foreligger også flere utfordringer ved å benytte denne typen alternativ som ikke nødvendigvis understøtter gjeldende mål. Et mer realistisk alternativ vil kunne være en kombinasjon av ansvar fratrukket den fastpris som dekkes av de private laboratorie- og radiologivirksomhetene.

### **Anbefaling/konklusjon**

Norsk helsenett anbefaler en tostegs prismodell:

#### **Steg 1** (uten rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)

- Med bakgrunn i ståstedet man er i ved inngangen til 2024 (få har tatt tjenesten i bruk og prosjektfinansieringen er avsluttet), anbefaler Norsk helsenett å starte med følgende hybride prismodell:
  - o De offentlige virksomhetene betaler for løsningene uavhengig av om virksomhetene har tatt tjenesten i bruk. Norsk helsenett mener det er grunn til å skjevfordele kostnadsfordelingen mellom RHF og kommunene da RHF er en større bruker, både som produsent og konsument. Dette gir en fordeling som tilsvarer **70% for RHF og 30% for kommunene**.
  - o Det anbefales samtidig regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private laboratorie- og radiologivirksomheter som benytter tjenesten.

#### **Steg 2** (med rettslig grunnlag til å ta betalt fra private virksomheter)

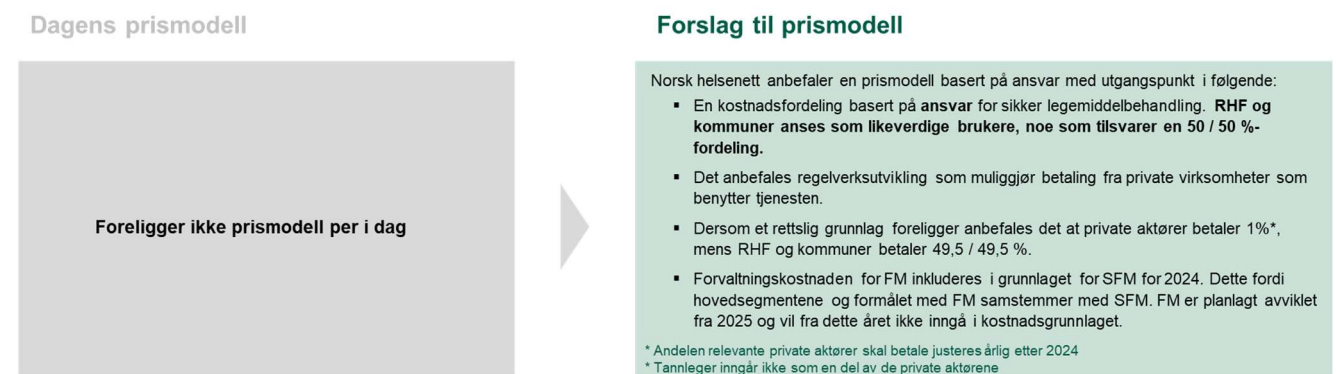
- Tilsvarende som steg 1, men **30% av kostnadene fordeles på de private laboratorie- og radiologivirksomhetene** som benytter tjenesten, og hhv. **50% for RHF og 20% for kommunene**.



- Det bør vurderes, når løsningen er ferdig innført, hvorvidt andre private virksomheter skal betale for oppslag.

Etter våre vurderinger er dette den prismodellen som i størst grad ivaretar gjeldende mål. Den fremstår mer forutsigbar enn andre alternative prismodeller og den er enkel å administrere. Ved at aktørene betaler, uavhengig av bruk, mener Norsk helsenett at dette vil stimulere til økt bruk.

### 6.3.2. SFM (inkludert FM)



Figur 8: Anbefaling til prismodell for SFM (inkl. FM)

### Drøfting av ulike modeller mot gjeldende mål i Nasjonal e-helsestrategi

#### Alternativ 1: Kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelser

En kostnadsfordeling for SFM basert på segmentenes økonomi og størrelse vil innebære at kostnaden fordeles 50/50 mellom kommuner og RHF. Det vil være enkelt for Norsk helsenett å forvalte, og den innebærer en lav administrativ kostnad totalt sett. Samtidig er private aktører, som private sykehus med flere, også brukere av SFM og inngår i betalingsplikten. Det kan bli administrativt krevende og lite hensiktsmessig å vurdere de private aktørene ut ifra økonomi og størrelse.

SFM er en ny tjeneste, og vil ikke være teknisk klar for alle virksomheter innen 2024. En kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelser vil da innebære at virksomheter som ikke har mulighet til å ta SFM i bruk likevel skal være med å betale fra 2024, noe som kan fremstå som urimelig.

Dette alternativet vil gi forutsigbarhet i kostnadsnivået for kommuner og RHF og gi incentiver til økt bruk og fremme innovasjon og utvikling. Dette da aktørene her allerede betaler for SFM som de må ta i bruk for å realisere nytte.

Alt i alt fremstår denne kostnadsfordelingsnøkkelen som forutsigbar og enkel å administrere så lenge fordelingen er mellom kommune og RHF, men den må kombineres med annen fordelingsnøkkel for å kunne ivareta de private brukergruppene av denne løsningen.

### *Alternativ 2: Kostnadsfordeling basert på skjønnsmessig vurdering*

**Ansvar** - En alternativ kostnadsfordeling mellom de to hovedsegmentene (kommunene og RHF) kan være en fordeling basert på et likt ansvar for sikker legemiddelbehandling. En slik tilnærming kan da utgjøre en lik fordeling mellom kommune og RHF. De private aktørene kan også tillegges et ansvar for sikker legemiddelbehandling

Det kan være et alternativ å skjevfordele kostnaden for kommunene med begrunnelse om at fastleger (som kommunen har ansvar for) forskriver flest resepter sammenlignet med RHF. Men siden nytten av SFM øker for alle segmenter ved økt bruk av løsningen, samt at fastlegene vil ha et stort ansvar for samstemmingen etter hvert som PLL innføres, så vurderer vi at fastlegenes bruk ikke bør tillegges ekstra kostnad.

Betalingen fra de private aktører, kan for dette alternativet være basert på en fast årlig pris innenfor en prosentandel av totalen.

For alternativ 2 anbefaler Norsk helsenett en prismodell med 49,5/49,5 %- fordelt på kommune og RHF, hvor den siste 1% fordeles på private aktører. Dette alternativet tar utgangspunkt i ansvaret for sikker legemiddelbehandling som gjelder for alle segmentene som benytter SFM/FM. Dette alternativet fremstår som forutsigbart, enkelt å administrere, samt stimulere til økt bruk spesielt innen hovedsegmentene (kommune og RHF)

**Nytte** - Mye av nytten av SFM vil komme gjennom økt kvalitet i legemiddelbehandlingen for de ulike segmentene, og det vil derfor være krevende og lite hensiktsmessig å skjønnsmessig fordele nytte som underlag for en fordelingsnøkkel. I tillegg er det ikke alltid slik at den virksomheten som benytter løsningen mest, er den samme som sitter igjen med nytten. Dette skaper en uforutsigbarhet i kostnadsfordelingen. Bruk av nytte som kostnadsfordelingsnøkkel vil også medføre jevnlige oppdateringer etter hvert som SFM breddes og ny funksjonalitet kommer til. Nytte vil skape komplekse prismodeller som igjen innebærer en høyere administrativ kostnad for både virksomhetene og Norsk helsenett.

Dersom nytte skal brukes i en skjønnsmessig fordelingsnøkkel forutsetter dette gode samfunnsøkonomiske analyser som underlag for kostnadsfordelingen, noe som kun delvis foreligger for SFM-løsningen. Videre forutsetter det en konsensus hos segmentene rundt nyttevurderingen. Norsk helsenett vurderer at det vil være krevende å komme frem til en konsensus om rettferdige skjønnsmessige vurderinger og nyttevurderinger, og dette alternativet kan medføre en uforutsigbar kostnadsfordeling.

### *Alternativ 3: Kostnadsfordeling basert på bruk*

**Teknisk klart** – I prinsippet er SFM er teknisk klart fra Norsk helsenett. Teknisk klart er en enkel og forutsigbar modell. Den vil kunne stimulere til økt bruk fordi man betaler uavhengig av om den er tatt i bruk. Men teknisk klart vil være utfordrende da Norsk helsenett følger en egen innføringsplan basert på kapasitet for migrering av EPJ-systemer og vil ikke ha slutført dette for alle EPJ-leverandørene innen starten av 2024. En prismodell basert på "teknisk klart" vil da vanskelig la seg forsvare.

**Organisatorisk klart** - En prismodell basert på organisatorisk klart vil gi en skjevere kostnadsfordeling for en ny og umoden løsning som SFM, sammenlignet med "teknisk klart". Norsk helsenett anser derfor ikke at en modell basert på organisatorisk klart til bruk som

hensiktsmessig for SFM, spesielt de nærmeste årene. Modellen vil kunne innebære for høy kostnad på de første som tar løsningen i bruk, og det vil være stor jobb med administrasjon samt oppfølging av hver og en virksomhet. Norsk helsenett vurderer også at dette alternativet kan medføre en risiko for at noen brukergrupper utsetter innføringsplaner som vil trigge en betalingsplikt. En slik modell forutsetter også en enighet om hvem som beslutter når en virksomhet er obligatorisk klar.

**Faktisk innført** - Denne kostnadsfordelingsnøkkelen baserer seg på å fordele kostnadene på de segmentene som faktisk har tatt SFM i bruk, men er uavhengig av omfanget av bruk. Et slikt alternativ mener Norsk helsenett har tilsvarende risiko som "organisatorisk klart", dvs. at alternativet vil ikke stimulere til innføring og økt bruk. Det vil uansett også være for tidlig for SFM som en ny løsning under innføring i sektoren.

**Forbruksbasert** - En forbruksbasert modell er basert på at segmentene/brukergruppene betaler basert på faktiske oppslag via SFM og faktiske resepter utstedt. Dette forutsetter en tilgang til et riktig datauttrekk fra SFM og eventuelt RF, noe som må utvikles av Norsk helsenett.

I denne modellen kan kostnaden fordeles ut på segmentene per kommune / RHF basert på faktiske resepter og oppslag via SFM. Flere segmenter og brukergrupper kan eventuelt inkluderes, som private aktører og tannleger. Antall resepter eller oppslag per private aktør, inkludert tannleger kan fordeles per virksomhet.

Ved inngangen til 2024 vil det fortsatt være mange som ikke har tatt SFM i bruk, og det vil derfor være høy enhetskostnad ved en slik kostnadsfordeling. Det gir en høy pris innledningsvis for de som først kobler seg på løsningen. Samtidig vil antallet virksomheter på SFM øke mye gjennom 2024, og det vil være krevende for Norsk helsenett å administrere og beregne en riktig kostnadsfordelingsnøkkel gjennom året. Norsk helsenett vil også måtte utvikle og forvalte nødvendige rapporter for å understøtte en slik modell. Den vil gi liten grad av forutsigbarhet for virksomhetene. Modellen vil også i mindre grad stimulere til bruk ved at man i noen tilfeller kan velge å ikke benytte løsningen og dermed unngå kostnaden. Dette er lite gunstig for SFM som er en løsning der nytten øker med at den brukes av mange.

#### *Alternativ 4: Kostnadsfordeling basert på hybrid*

En hybrid kostnadsfordeling kan være basert på kombinasjon av modellene som er beskrevet i alternativene ovenfor. For eksempel kan det være en fast basispris som er skjønnsmessig fordelt på segmentene kombinert med en variabel kostnadsfordelingsnøkkel basert enten på faktiske resepter (forbruksbasert) eller på de segmentene som har startet bruk av SFM. Her er alternativene mange, men Norsk helsenett ser ingen god kombinasjon med utgangspunkt i drøftingene over.

#### **Anbefaling/konklusjon**

Norsk helsenett anbefaler en kostnadsfordeling med utgangspunkt i et felles ansvar for sikker legemiddelbehandling, noe som innebærer en kostnadsfordeling på 50% for RHF og 50% for kommunene.

Det anbefales regelverksutvikling som muliggjør betaling fra private virksomheter som benytter tjenesten. Når et eventuelt et rettslig grunnlag foreligger anbefales det at private aktører betaler 1% mens RHF og kommunene betaler 49,5 / 49,5%.

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 incentiver 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.

### 6.3.3. VKP



Figur 9: Anbefaling til prismodell for VKP

## Drøfting av ulike modeller mot gjeldende mål i Nasjonal e-helsestrategi

### Alternativ 1: Kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelser

En mulighet innen dette alternativet er å basere kostnadsfordelingen på antall innbyggere. For en kommune vil dette være antall innbyggere som er bosatt i kommunen. For et HF vil dette være antall innbyggere som sogner til helseforetaket, og for et RHF vil det være antall innbyggere totalt i hele helseregionen. Dette er en nøkkel som vil være relativt forutsigbar, selv om den kan variere noe fra år til år. Den baserer seg på objektive størrelser og det vil være enkelt å oppnå konsensus. Dermed vil den også kunne være enkel å forvalte og administrasjonskostnader holdes på et minimum. Fordeling basert på en slik nøkkel vil også treffe godt i forhold til et potensial for nytte i for eksempel en kommune, men vil ikke være direkte knyttet opp mot den faktiske bruken.

### Alternativ 2: Kostnadsfordeling basert på skjønnsmessig vurdering

**Ansvar** - En fordeling basert på ansvar kan være hensiktsmessig å benytte på en tjeneste som VKP. Det vil også kunne være hensiktsmessig da det er utfordrende å sammenlikne segmentenes påvirkning på forvaltningskostnad og nytte av bruk på denne tjenesten.

En fordeling basert på ansvar er mer utfordrende innad i et segment, eksempelvis mellom enkeltkommuner, da kommunene er mer direkte sammenliknbare og det finnes parametre som kan benyttes for å oppnå en mer rettferdig kostnadsfordeling mellom disse.

**Nytte** – Som nevnt ovenfor er det utfordrende å sammenlikne segmentenes nytte av denne tjenesten. Per i dag er det heller ikke utarbeidet tilstrekkelig med nyttevurderinger til at det kan benyttes som kostnadsfordelingsnøkkel. Samtidig vet vi at dette er en løsning som er etterspurt hos kommunene da en integrasjon mellom velferdsteknologisystem og EPJ blant annet innebærer at helsepersonell slipper dobbeltarbeid i journalføring og bidrar til økt effektivitet for helsepersonell og økt kvalitet på journalførte data. VKP innebærer også at leverandører av velferdsteknologisystemer slipper å forholde seg direkte til grensesnittene til de ulike EPJ-leverandørene kommunene benytter seg av. Dette reduserer betydelig integrasjonskostnadene per kommune, og gjør det enklere å bytte systemer.

Det må i det videre vurderes hvilke nyttevurderinger/samfunnsøkonomiske analyser som må utarbeides før det kan bli aktuelt å vurdere å legge til grunn nytte som en fordelingsnøkkel.

### *Alternativ 3: Kostnadsfordeling basert på bruk*

**Forbruksbasert** - En fordelingsnøkkel basert på forbruk (volum) kan som nevnt benyttes ved å telle opp antall API-kall mot VKP per aktør (kommune eller HF), men dette vil medføre en svært uforutsigbar pris for den enkelte aktør, og vil ikke stimulere til bruk av tjenesten.

**Teknisk klart** - VKP er teknisk klart for kommunehelsetjenesten, og det vil dermed være mulig å igangsette betaling for forvaltning og drift av denne tjenesten som en del av medlemsavgiften. Norsk helsenett har ikke tilstrekkelig kapasitet til å innføre løsningen hos alle aktørene samtidig, noe som vil kunne tilsi at andel av forvaltning- og driftskostnadene skal være lavere for de som ikke har innført løsningen og at kostnadene heller øker når respektive kommuner også kan hente ut en nytte av løsningen. En modell der alle betaler for en løsning som de ikke enda har innført skaper insentiver til å innføre løsningen raskest mulig for å realisere nytte.

**Faktisk innført, uavhengig av bruk** - En mulighet innenfor dette alternativet er å skille mellom virksomheter som har tatt tjenesten i bruk og de som ikke har gjort det. Her er det mulig å fordele kostnader ulikt mellom de virksomhetene som har tatt tjenesten i bruk og ikke. Dette er en parameter som er enkel å måle og føle opp, og om også gir en relativt god forutsigbarhet.

En utfordring med de to overstående modellene er at de kommunene som går foran også bærer en større andel kostnader, i tillegg til at modellene ikke gjør skille mellom store og små kommuner. Dette er problematisk med utgangspunkt i å stimulere til innovasjon og utvikling. En annen utfordring er at dersom det foreligger en større kostnad for å ta løsningen i bruk vil det kunne skape insentiver til å holde igjen, særlig for de kommunene som har mer enn nok med å betale den faste VKP-kostnaden via medlemsavgiften. En slik modell vil avhenge av at kommunene selv klarer å finne mekanismer som skaper insentiver til å ta i bruk løsningen.

Det kan derfor være mer hensiktsmessig å bruke disse som parametere i sammenheng med andre fordelingsnøkler. Et eksempel kan være at alle virksomheter skal være med på å ta en viss andel av totalkostnadene som fordeles flatt, mens de som er teknisk klare tar en større andel og igjen de som har tatt tjenesten i bruk tar resten av kostnadene basert på antall innbyggere i kommunen.

#### *Alternativ 4: Kostnadsfordeling basert på hybrid*

En mulighet er å fordele en andel fast pris på som en del av medlemsavgiften (basisfinansiering) i kombinasjon med å ta betaling for virksomheter som har tatt tjenesten i bruk. Basisfinansieringen vil kunne fordeles på totalt antall innbyggere i Norge og gir en basiskostnad per innbygger. Betaling når faktisk innført fordeles på antall innbyggere i Norge som er dekket av tjeneste, som utgjør en brukspris per innbygger.

En annen mulighet vil kunne være å kombinere kostnadsfordelingsnøkklene "teknisk klar" og skjønnsmessig fordeling basert på størrelse for kommunene. Dette vil si at det kan tas en basisfinansiering for alle som skal ta tjenesten i bruk, kombinert med størrelse på for eksempel en kommune. En slik modell krever en årlig justering av ambisjonsnivå og innbyggertall, men vil likevel fremstå som forutsigbar, robust med tanke på endringer og forholdsvis enkel å administrere.

Et tredje alternativ vil være å bruke en skjønnsmessig fordeling mellom alle aktører som har tatt tjenesten i bruk hvor det ikke skiller spesielt mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Det er usikkert i hvor stor grad spesialisthelsetjenesten planlegger bruk av tjenesten noe som gjør en slik modell uforutsigbar og unødig komplisert. Vi anser det derfor formålstjenlig å fordele en andel av den totale drift og forvaltningskosten til spesialisthelsetjenesten. Dette uavhengig av bruk.

#### **Anbefaling/konklusjon**

Budsjett for drift og forvaltning settes basert på et definert ambisjonsnivå for 2024 (antall nye aktører som skal koble seg på). Det foretas en fordeling mellom RHF og kommunene med utgangspunkt i bruk, hvor RHF betaler en fast pris, herunder 5% av den totale kostnaden som er budsjettert for drift og forvaltning. Kommunene betaler 95%. For sistnevnte deles kostnaden deretter i to:

1. Basisfinansiering som pålegges alle kommuner og som dekker 50% av forvaltning og driftskostnad. Baseres 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.
2. 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 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. Ved at alle kommunene pålegges en basisfinansiering vil også dette stimulere til å ta løsningen i bruk for å kunne realisere nytten av løsningen, som de uansett betaler for.

## 7. Veien videre

### 7.1. Oppfølgingspunkter og temaer til videre diskusjon

I prosessen med dette oppdraget har Norsk helsenett notert mange relevante innspill fra aktørene, videre oppfølgingspunkter samt viktige temaer til diskusjon som treffer utenfor rammen av dette oppdraget, men som det er viktig å se på i det videre arbeidet med prismodeller.

I dette kapitlet oppsummerer vi oppfølgingspunkter samt temaer som foreslås til diskusjon i det videre arbeidet.

#### **Tilrettelegge for bruk og betaling for nasjonale e-helseløsninger fra private virksomheter som er koblet på de nasjonale e-helseløsningene**

*Etablere en oversikt over relevante, private virksomheter*

Som en konsekvens av Norsk helsenett sin anbefaling om å ta betalt fra de private virksomhetene for bruk av de nasjonale e-helseløsningene må det initieres et kartleggingsarbeid. Det må blant annet avklares kategorier av private virksomheter som benytter nasjonale e-helseløsninger, som ikke er definert som avtalespesialist (som RHFene etter lov skal finansiere), samt at det må innhentes relevante styringstall, herunder eksempelvis virksomhetenes bruk av løsningene.

*Regelverksutvikling*

Avklare behov for regelverksutvikling for å kunne pålegge private virksomheter som benytter nasjonale e-helseløsninger en betalingsplikt.

#### **Årshjul for forvaltning av prismodellene**

Se på eksisterende årshjul for videre forvaltning av prismodellene nedfelt i pasientjournalloven, herunder

- vurdere eventuelle justeringer i innretningen som kan bidra til økt måloppnåelse
- tydeliggjøre hvordan videre evalueringer og utvikling av prismodellene håndteres, samt hvilke mekanismer som legges til grunn for oppdatering av fordelingsnøkler
- se på muligheter for å systematisere arbeidet med måling og evaluering, og tilgjengeliggjøring av bruksstatistikk
- se på innretning av eksempelvis saksunderlag som gir tilstrekkelig informasjon om fremtidige økninger i drift og forvaltningskostnader og forventet nytte fordelt på berørte aktører.

#### **Forutsigbarhet**

*Simulere økonomiske konsekvenser av våre anbefalte justeringer*

Simulere kostnadmessige implikasjoner av anbefalte prismodeller for aktørene. Dette til diskusjon i TBU høsten 2023.

### *Kostnadsutvikling*

Vurderer ulike praksiser og tiltak som kan skape større forutsigbarhet i kostnadsutviklingen, herunder eksempelvis om og eventuelt hvordan man kan benytte prognoser for kostnadsutvikling, prioritering av hvilke kostnader som skal komme når og hvilke som skal komme først, samt vurdere andre tiltak som kan iverksettes.

### *Vurderingskriterier for finansiering av nye løsninger og tjenester*

Vurderer og diskutere verdien av å etablere et sett med vurderingskriterier for finansiering for nye e-helseløsninger og tjenester. Dette vil kunne være et verktøy for å skape mer forutsigbarhet rundt innføring og finansiering av nye løsninger.

### **Videre arbeid med måling og evaluering av e-helsetiltak**

I februar 2023 ble det publisert en ekstern rapport<sup>16</sup> som kartla hva som finnes av dokumentert informasjon om bruk og nytte for innførte nasjonale e-helseløsninger. Rapporten konkluderer med at det er gjennomført tidligfaseutredninger for flere av løsningene, men at disse i begrenset grad er fulgt opp med målinger og evalueringer. Videre konkluderer rapporten at det finnes mye statistikk for bruk av løsningene, men at statistikken i begrenset grad er systematisert og tilgjengeliggjort.

Direktoratet for e-helse har etablert en intern arbeidsgruppe som skal sørge for at funnene fra rapporten følges opp med konkrete tiltak for forbedring. Arbeidsgruppen skal drøfte hvordan arbeid med måling og evaluering av nytte og kostnader i større grad kan systematiseres og organiseres. Utfallet av dette arbeidet vil være klart høsten 2023.

---

<sup>16</sup> Gjennomført av Oslo Economics, på oppdrag fra Direktoratet for e-helse.



## Vedlegg 1 – Beskrivelse av nasjonale e-helseløsninger og tilhørende kostnader, kostnadstyper og drivere, samt segmenter og prismetoder

### 1.1. E-resept

#### Kort om løsningen

Norsk Helsenett er dataansvarlig for Reseptformidleren (RF) og har med dette ansvaret for *formål, informasjonssikkerhet, bruk, kontroll og formkrav, autentisering og tilgangskontroll til Reseptformidleren.*

E-resept er en verdikjede som omfatter alle aktørene som samhandler om pasientens legemiddelopplysninger fra forskrivning til utlevering, samt økonomisk oppgjør. Dette inkluderer e-resepter, multidose og pasientens legemiddelliste.

Som dataansvarlig for RF og forvalter av e-resept verdikjede, stiller Norsk helsenett *funksjonelle, tekniske og sikkerhetsmessige* krav til de fagsystemene som samhandler og inngår i e-reseptkjeden. Kravene stilles i den til enhver tid gjeldende e-reseptdokumentasjon og bruksvilkår. Kravstillingen til Pasientens legemiddelliste (PLL) og e-Multidose (eMD) inngår også i forvaltningen. Ved endringer i aktørenes systemer stiller Norsk helsenett krav til at formatet på meldingene opprettholdes gjennom et test- og godkjenningssystem. Nye aktører må også godkjennes i henhold til kravene. Hensikten er å sikre kvalitet i systemene som inngår i verdikjeden og redusere risiko for feil. I tillegg skal forvaltningen sikre god kvalitet i e-resept og det skal gjennomføres nødvendige kvalitetshevende tiltak med mål om trygg og sikker formidling av legemiddelopplysninger.

#### Kostnader, kostnadstyper og drivere

Kostnadene for forvaltningen av e-resept verdikjede er kun ressurs- og aktivitetsbasert. Omfanget av oppgaver for forvaltning av verdikjede er stort, men prioriteres løpende. Forvaltning av krav og rådgivning for eMD er oppgaver som vil overføres til e-resept verdikjede når dette prosjektet går over i forvaltning. Dette er en kostnadsdriver. Forvaltning av PLL ligger lengre frem i tid og er ikke med i denne utredningen.

Norsk helsenett forvalter et test- og godkjenningssystem for å sikre at formatet på e-reseptmeldingene samt at kravene til leverandørene for integrasjon med RF ikke medfører feil i e-reseptkjeden. Kostnadselementet for godkjenningssystemet er ressurs- og aktivitetsbasert. Kostnadsdriveren er antall godkjenninger som skal gjennomføres. Ved henvendelse fra leverandør med behov for godkjenning av integrasjon etableres det et ressursteam som planlegger, forbereder og gjennomfører godkjenningen. Teamet produserer også nødvendige testdata og benytter NHN sin testmiljøplattform Skylab i gjennomføringen.

Apotek/EIK og apotekløsningene er nå inne til jevnlig godkjenning i forvaltning. Det pågår også et forbedrings- og effektiviseringsarbeid med selve godkjenningsprosessen som på sikt fra 2024/25 bør gi en reduksjon i forvaltningskostnaden på denne e-resepttjenesten.

RF er en eldre løsning utviklet i 2006, som har et stort behov for teknisk løft og modernisering. RF driftes i dag eksternt og etter en intern utredning har Norsk helsenett besluttet å overføre driften fra Tietoevry til Norsk helsenett og etablere alle RF-driftsmiljøer (inkl. testmiljøer) i NHN Privat Sky. Beslutningen bygger på føringer fra Norsk helseNETTs Strategi 2026 hvor RF skal bli en integrert del av samhandlingsplattformen som nå utvikles. Norsk helsenett vil med dette opprettholde en sikker og stabil løsning samt et effektivt driftsmiljø som sikrer høy ytelse og høy tilgjengelighet på tjenesten.

Når RF etableres på NHN privat sky vil arbeidet med å modernisere tjenesten starte. Moderne grensesnitt skal etableres med mål om å kunne samle og dele resept- og legemiddelinformasjon. Dette for å tilrettelegge for helsesektorens behov og e-helsestrategi for digitalisering innen legemiddelområdet. Modernisering av reseptformidleren vil primært gjennomføres innenfor rammen av drift og forvaltning, men vil i tillegg være en kostnadsdriver avhengig av tidslinjen dette skal gjennomføres på.

Drift og forvaltning av Norsk helsenett sin forskrivningsmodul (FM) anbefales ikke å være en del av kost + 5% for e-resept, men inkluderes som en del av kostnadsomfanget for Sentral forskrivningsmodul (SFM). FM er en løsning som kun benyttes til forskrivning og er en løsning integrert med klinikernes pasientjournalssystemer. Apotek/bandasjister er ikke brukere av FM og det fremstår urimelig at de da skal betale for dette.

### *Segmentering/brukergrupper på e-resept*

Sentrale segmenter/brukergrupper for e-resept er "rekvirent" og "utleverer". Segmentet rekvirent dekker i hovedsak kommunene og RHF, men det er også en liten andel private helseaktører som for eksempel tannleger som er brukere av tjenesten. Segmentet utleverer inkluderer apotek, nettapotek, bandasjister og nettbandasjister.

Innbygger er et annet hovedsegment for e-resept. Både som brukere av tjenesten ved at tjenesten gir en sikkerhet for riktig legemiddelbruk, men også praktisk ved at tjenesten er tilgjengelig uavhengig av lokasjon for apotek. Helsenorge gir også informasjon om legemidler fra e-resept tilgjengeliggjort via kjernejournal, samt mulighet for enkel fornying av e-resepter.

I tillegg er HELFO tilknyttet e-resepttjenesten som formidler elektronisk oppgjør og kontroll mellom HELFO og apotek. Statens legemiddelverk (SLV) er også et segment der e-resepttjenesten formidler søknad om godkjenningssikret og samhandler om kvalitetssikret legemiddelinformasjon (FEST/SAFEST)

Rekvirent; Over 93% av alle resepter forskrives i dag elektronisk.

- Over 30 millioner e-resepter (M1) i året (en resept kan inneholde flere iterasjoner)
- Sykehus og avtalespesialister – Rekvirerer ca. 12% av alle e-resepter
- Fastleger og legevakt – Rekvirerer over 80% av alle e-resepter
- Jordmødre, helsesykepleiere og tannleger – Rekvirerer under 1% av alle resepter

Utleverer; Alle apotek/bandasjister og en rekke nettapotek/bandasjister er på e-resept

- 49,6<sup>1</sup> millioner utleverte resepter (M6)

Kategori	Segmenter	Brukergrupper	E-resept verdikjede	Godkjeningsprosessen	Reseptformidleren	eMD	SFM	FM
Rekvirent	Kommune	Fastleger	X	X	X	X	X	X
		Legevakt/KAD	X	X	X		X	X
		Jordmødre/Helsesykepleier	X	X	X		X	
		Hjemmetjeneste	X	X	X	X	X	
		Sykehjem (og andre komm. Inst.)	X	X	X	(X)	X	
	Spesialist-helsetjenesten	RHF	X	X	X		X	X
		Avtalespesialister	X	X	X		X	X
	Private helseaktører	Tannleger	X	X	X		X	X
		Private aktører (sykehus/leger)	X	X	X		X	X
	Utleverer	Apotek	EIK	X	X	X		
Bransjeløsninger			X	X	X	X		
Nettapotek			X	X	X			
Multidoseapotek			X	X	X	X		
Banasjist		Bandasjister	X	X	X			
		Nettbandasjist	X	X	X			
Andre	Aktører i e-resept verdikjede	SLV	X		X			
		HELFO	X		X			
Andre	Innbygger	Pasienter/ innbygger			Helsenorge			

Tabell 1: Segmenter og brukergrupper på e-reseptområdet og SFM/FM

Det er et mål om å innføre eMD for 70.000 multidosepasienter, aktuelle kommuner, fastleger/multidoseleger og multidoseapotek. Ved inngangen til 2024 skal eMD involvere 15.000 pasienter, 2000 fastleger og multidoseapotek i aktuelle kommuner. I løpet av 2024 er planen at 80% av alle multidoseleger skal være over på eMD.

Kommunal pleie og omsorgstjeneste er per i dag ikke på e-resept, men vil frem i tid innføres som en del av PLL.

### Alternative prismetoder

- **Variabel prising** – RF er en formidler av en rekke e-reseptmeldinger som sendes mellom de ulike segmentene/brukergruppene som inngår i e-reseptløsningen. Det kan være mulig å etablere variabel prising for drift og forvaltningen av e-reseptområdet. Dette kan gjøres ved å prise aktuelle e-reseptmeldinger og gjøre uttrekk fra RF på volum og bruk for det valgte segment/brukergruppe.

Men ettersom de ulike segmentene benytter ulike e-reseptmeldinger til ulikt bruk og formål vil en variabel prising være komplisert. Forholdet mellom segmentenes bruk av tjenesten må avklares som utgangspunkt for prissettingen. Det vil si forholdet mellom rekvirent, utleverer og apotek. Rekvirent er også delt mellom RHF og kommunene. Nye segmenter som i dag ikke er en del av prismodellen for e-resept, må også vurderes. Dette gjelder både private aktører som tannleger og andre helprivate aktører samt offentlige aktører som HELFO og SLV. Først etter at dette er avklart kan en pris per valgte e-reseptmeldinger estimeres. I prinsippet tilsier dette at det først må gjøres en

<sup>1</sup> 2021-tall

skjønnsmessig fordeling av segmentene med bruk av kostnadsfordelingsnøkler før en variabel prising kan være hensiktsmessig og mulig.

- **Fast prising** – Kostnadsbasen til e-resept er i stor grad fast, altså en kjent størrelse, som påvirkes i liten grad av forbruk av de tilhørende tjenestene.
- **Hybrid prising** – En hybrid prising vil innebære at vi kombinerer faste kostnader til forvaltning og drift med en variabel prising knyttet til bruk som f.eks. antall oppslag. Dagens prismodell baserer seg på en slik hybrid variant.

## 1.2. Helsenorge

### Kort om løsningen

Helsenorge er det offentlige nettstedet for informasjon om og tilgang til helsetjenester, for innbygger i Norge. Helsenorge skal gi den enkelte pasient eller pårørende et bedre og enklere møte med helsetjenesten. Ved hjelp til økt mestring og en styrket pasientrolle er målet bedret helse for innbygger. I tillegg gir Helsenorge nytte for helsepersonell blant annet som følge av tjenester som dialog og selvbetjening.

Innholdet leveres av ulike aktører i helse- og omsorgssektoren. Helsenorge er delt i to hoveddeler:

- Informasjonssider, her finner innbygger kvalitetssikret helseinformasjon
- Selvbetjeningsløsninger, der innbygger har tilgang til ulike helserelaterte netjtjenester.

### Kostnader, kostnadstyper og drivere

Kostnader for Helsenorge påvirkes av hvilke kapabiliteter aktørene bruker i Helsenorge, omfang av bruk, organiseringen av tjenestene og IT-løsningene.

Kommunene bruker de fleste kapabilitetene i Helsenorge som dialog, helsekontakter, timeavtaler og innholdstjenester. RHF har tatt i bruk noen andre kapabiliteter i Helsenorge, som tilgang til innsyn i journaldokumenter, henvisningsstatus og selvbetjening for pasientreiser.

Kommunene har et mer differensiert helsetilbud på Helsenorge, med tilpassede løsninger for fastlegekontor, helsestasjoner og hjemmebaserte tjenester. I tillegg har kommunene et mer fragmentert IT-landskap med rundt 10 journalløsninger og flere driftsleverandører sammenlignet med 2 ulike journalløsninger i spesialisthelsetjenesten.

En stor andel av kostnadene til Helsenorge knytter seg til fellesfunksjoner.

Løsningsområdene benytter fellesfunksjoner, for eksempel brukerflaten mot innbygger, driftsmiljø og personlig helsearkiv. Fellestjenester som grunndata og meldingsutveksling og

andel av drifts- og forvaltningskostnadene for å levere disse tjenestene utgjør hovedvekten av kostnadsbasen.

### *Segmentering/brukergrupper*

Helsenorge brukes for selvbetjening og samhandling mellom aktører i sektoren og innbyggere. Løsningen brukes av 95% av befolkningen, 70-75% av fastlegene, de fleste store og over 100 mindre kommuner og alle helseforetak. Det er flere og flere som tar i bruk Helsenorge og i 2022 økte antall påkoblede aktører fra 5 000 til 6 500. Det jobbes med å legge til rette for at fysio- og manuellterapeuter skal enkelt kunne ta funksjonalitet i bruk og det jobbes aktivt med å tilby og bredde flere tjenester for kommunene.

Aktiviteten på Helsenorge kan måles med ulike indikatorer og det finnes ikke en som dekker hele. Eksempler på noe som kan måles er antall meldinger som sendes til og fra Helsenorge. Antall meldinger til/fra kommunene og Helsenorge, inklusive fastleger, var i 2022 38 millioner. Mellom spesialisthelsetjenesten og Helsenorge ble det i samme periode sendt 14 millioner meldinger. Bruk av meldinger en teknologisk løsning for å håndtere informasjon på tvers av systemer, og en annen måte er bruk av API. Vi vet derfor at telling av meldinger alene gir et unyansert bilde av bruken da spesialisthelsetjenesten eksempelvis bruker API-er for enkelte av sine tjenester.

Helsenorge er bygget på en felles grunnstruktur som alle tjenester og aktører benytter seg av. Eksempelvis vil deler av tjenesten "Digital dialog fastlege - DDFL" benytte seg av samme plattform som tjenesten Digihelse og timeadministrasjon hos RHFene.

En oppdeling av Helsenorge i mindre tjenester kan gi bedre innsikt og transparens i kostnadsutvikling for betaler, forutsatt at det er mulig å gjøre en oppdeling på en god måte. En ulempe knyttet til oppdeling er økt administrasjon knyttet til kostnadsfordeling mellom tjenester, økt rapportering og dialog i forbindelse med finansiering av de oppdelte løsningene.

Siden Helsenorge i hovedsak består av felleskomponenter uten gode muligheter for å skille ut til enkelttjenester vurderer Norsk helsenett det som lite hensiktsmessig, på nåværende tidspunkt, å dele opp Helsenorge i enkelttjenester.

### **Alternative prismetoder**

Norsk helsenett vil redegjøre for ulike prismetoder for Helsenorge og kort drøfte fordeler og ulemper med disse.

- **Variabel prising** – Fastsettelse av prisen vil ta utgangspunkt i forventet total kostnad og forventet aktivitet og den samlede prisen på slutten av ett år vil avhenge av aktiviteten i perioden. Aktørene vil betale løpende med utgangspunkt i en enhetspris per aktivitet, meldinger, innlogginger, innbyggertall etc., og til forskjell fra fastpris vet vi ikke hva den samlede prisen blir før etter endt periode.

Det vil ikke være en god sammenheng mellom pris per enhet, i form av en variabel pris, og kostnad per enhet. Det skyldes at store deler av kostnadene er faste kostnader, for å

drifte og forvalte hele Helsenorge, og i mindre grad variable kostnader som avhenger av bruk. Unntaket er SMS-varsler hvor kostnaden kan knyttes til en aktivitet hos aktører. Innloggingskostnader drives også av bruk, men til forskjell fra SMS-er, kan den i mindre grad knyttes til en aktør.

Variabel prising vil, sammenlignet med en fastpris, gi redusert forutsigbarhet for Norsk helsenett og sektor samtidig som vi forventer økte administrasjonskostnader. Norsk helsenett vurderer variabel prising som en lite aktuell prismetode for Helsenorge.

- **Fast pris** – Fastpris for Helsenorge vil innebære at løsningen prises etter forventede kostnader + 5% risikomargin per år. Kostnadene tar utgangspunkt i forventet aktivitet, men prisen er fast uavhengig av aktivitet. Dette gir økt forutsigbarhet og lave administrative kostnader sammenlignet med en variabel pris.

Prisen som skal betales kan fordeles på ulike måter og det drøftes under kostnadsfordelingsnøkler.

- **Hybrid pris** – En prisvariant som kombinerer fast og variabel prising vil i noen tilfeller kunne kompensere for svakheter som variabel- og fastpris.

En hybrid modell for Helsenorge kunne vært fastpris, for faste kostnader og kostnader som ikke kan fordeles på enkeltaktører, kombinert med variabel pris knyttet til variable kostnader som kan knyttes til handlinger hos en aktør. Det mest nærliggende området å prise som en variabel pris er SMS-varsling.

En fordel med en slik modell vil være at deler av kostnadene i større grad plasseres på aktøren som skaper kostnadene. Og dersom hele nytten og gevinsten tilfaller aktøren vil informasjon om kostnaden kunne gi en bedre tilpasning. Dersom nytten og gevinsten tilfaller andre aktører, samfunnet eller innbygger, risikerer vi at bruken av løsningen ikke blir tatt i bruk som følge av at den ikke er bedriftsøkonomisk lønnsom. Det er derfor viktig å forstå hvordan prisen kan påvirke bruken før en innfører en slik modell.

Ulempene med en hybridmodell kan være økt administrasjon knyttet til fakturering, forklaring og rapportering til aktørene som skal betale. Det kan også gi redusert forutsigbarhet for aktørene.

## 1.3. Kjernejournal

### Kort om løsningen

Kjernejournal (KJ) er en digital løsning for deling av pasientenes helseopplysninger på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. I pasientens KJ kan helsepersonell se de samme opplysningene uavhengig av om de jobber som fastlege, på sykehus eller legevakt. KJ tilbyr rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten, og bidrar på denne måten til økt pasientsikkerhet. I dag leveres KJ som en samlet portal med følgende tjenester:

- **Kritisk informasjon** - Informasjon om sykdom/lidelse som i en gitt situasjon vil kunne ha avgjørende betydning for valg av helsehjelp, og der den mangler kan medføre fare for pasientskade eller forsinket behandling.
- **Legemidler** – Alle legemidler på resept som pasienten har fått utlevert fra apotek i Norge. Dette inkluderer også legemidler i bruk (LiB) for pasienter med elektronisk multidose.
- **Vaksiner** - Pasientens vaksinasjoner .
- **Pasientens registreringer** - Nærmeste pårørende, andre helsekontakter enn fastlege, arbeidsgiver, sykdommer, donorkort, vansker med syn eller hørsel, behov for tolk.
- **Om pasienten** - Navn, adresse, familie, foreldreansvar, sivilstand, fastlege/-vikar.
- **Besøkshistorikk** - Tid og sted for kontakt med spesialisthelsetjenesten (opphold på sykehus, behandling ved poliklinikk og spesialist).
- **Journaldokumenter** - Dokumentdeling på nasjonalt plan. Oversikt over hvilke journaldokumenter som er tilgjengelig fra tilknyttede dokumentkilder og funksjonalitet for å hente/vis disse. Kliniske dokumenter, som f.eks. epikriser og sammenfatninger deles på tvers av RHFer og kommunene.
- **Covid-19-svar** - Prøvesvar relatert til koronaviruset.
- **Prøvesvar (utprøving)** - Pasientens prøvesvar er en nasjonal tjeneste for laboratorie- og radiologisvar som gjør det mulig å dele prøvesvar på tvers av helse- og omsorgstjenesten.
- **Behandlingsplan (utprøving)** - Behandlingsplan gjør det mulig å få en helhetlig oversikt over et behandlingsløp.
- **Innstillinger** - Reservasjon, sperring, blokkering og varslingsprofil.

Norsk helsenett arbeider per i dag med å splitte opp portalen i enkelttjenester, slik at vedlikehold og oppgraderinger blir mindre ressurskrevende, og oppdateringer/feilrettinger av de enkelte tjenestene hyppigere kan tilbys brukerne. Enkelttjenestene vil fremdeles være tilgjengelig i samlet portal i henhold til kjernejournalforskriften.

Norsk helsenett skal også tilby APIer for utveksling av data mellom ulike journalsystem og de enkelte tjenestene i kjernejournalen. Dette vil sikre oppdatering av data mellom journalsystemet og kjernejournalen uten manuell dobbeltregistrering.

### **Kostnader, kostnadstyper og drivere**

Kostnadene for drift og produksjon av kjernejournal er ressurs- og aktivitetsbasert, i tillegg til hardware lisenser. Disse kostnadene vil ikke i stor grad påvirkes av antall aktører som bruker løsningen. Der det kommer nye tjenester som krever nye tekniske komponenter vil dette øke kostnadene for drift og produksjon - for eksempel ved pasientens prøvesvar.

Kostnadene for forvaltning av kjernejournal er ressurs- og aktivitetsbasert, og forvaltningen forventes å holdes på samme nivå som i dag. Arbeidet med å splitte opp portalen i enkelttjenester vil gi raskere og sikrere tilgang til ny funksjonalitet, og det vil alltid være behov for tekniske forbedringer som en del av forvaltningen. Utvikling av nye mulige behandlingsrettede tjenester i KJ, vil påvirke forvaltningen fordi feilretting og forbedringer vil øke. Dette gjelder for eksempel pasientens prøvesvar.

### Segmentering/brukergrupper

Hovedsegmenter for KJ er RHF (legevakt, sykehus og AMK-sentraler) og kommuner (fastlegekontorer). Kommunal pleie og omsorgstjeneste er nå i gang med innføring av KJ. Planen er at 80% av alle kommuner er koblet opp og har teknisk mulighet til å ta i bruk KJ i løpet av 2023. Ved å innføre KJ på sykehjem og i hjemmetjenesten kan helsepersonell lese pasientens legemiddelliste før de tar i bruk SFM. I tillegg kan private aktører få tilgang til tjenesten via de journalløsninger som er integrert med KJ. Nye segmenter vurderer tilgang til løsningen, som blant annet manuellterapeuter, fysioterapeuter og apotek.

Kjernejournal		2021	2022
Antall oppslag	Totalt	1 976 794	2 293 660
Antall oppslag	Helseforetak og sykehus	1 299 011	1 549 667
Antall oppslag	Hjemmesykepleie og sykehjem	20 800	43 764
Antall oppslag	Legevakt	214 798	216 763
Antall oppslag	KAD	5 140	6 194
Antall oppslag	Legekantor	370 289	396 241

### Alternative prismetoder

- **Variabel prising** – En variabel prising av KJ kan for eksempel ta utgangspunkt i en pris per oppslag per aktør. En volumbasert pris vil være transparent med henhold på bruk og kostnader, men likevel fremstå som uforutsigbar og komplisert da faktorene vil endres hele tiden. Norsk helsenett mener også at variabel prising kan føre til innsparing og på den måten redusere bruken av KJ, både for oppdatering av innhold og oppslag. Redusert bruk vil redusere kvaliteten på tjenesten ved at informasjon ikke blir oppdatert. Norsk helsenett har som mål å stimulere til økt bruk av KJ slik at mengden strukturert informasjon om pasienten økes – og dermed at pasientsikkerheten styrkes.
- **Fast pris** – Fast prising for KJ kan brukes som prismetode hvor deler av tjenesten fordeles ut på segmenter eller ned på brukergrupper som en fast pris. Dette er en hensiktsmessig metode da det er komplisert å benytte variabel prising, basert på bruk eller andre faktorer. Norsk helsenett vil drøfte valg av en kostnadsfordelingsnøkkel i avsnittene under, hvor man vil tilstrebe en prismetode som er enkel å administrere samt forutsigbar for segmentene/brukergruppene.
- **Hybrid prising** – Når portalen blir splittet opp i enkelttjenester bør prismodellen for kjernejournal gjennomgå for å vurdere om for eksempel en hybrid modell kan være hensiktsmessig. Det kan bety at man betaler et fastledd for bruken av samlet portal for KJ, i tillegg til en bruksbasert andel for de enkelttjenestene man benytter. Dette vil være gjenstand for en grundig gjennomgang på et senere tidspunkt, trolig fra 2025.



## 1.4. Helsenettet (inkl. grunndata og helseid)

### Kort om løsningen

Helsenettet er et medlemsnettverk hvor aktørene samarbeider for at helse- og omsorgstjenesten skal ha tilgang til brukerrettede, sammenhengende, effektive og sikre informasjons- og samhandlingstjenester. Totalt består Helsenettet av alle RHFer, kommuner, ca. 6655 øvrige helseaktører og 300 leverandører. Med medlemskap i Helsenettet kan aktørene føre dialog og utveksle person- og pasientopplysninger på tvers av helse- og omsorgssektoren. Alle medlemmer har signert kundeavtale, databehandleravtale og vilkår for medlemskap i Helsenettet. Når aktørene har direkte avtale med Norsk helsenett, slipper de å ha avtaler seg imellom.

I 2022 ble det sendt 255 mill. medisinske meldinger over Helsenettet og i toppåret 2021 var antallet 285 millioner meldinger. Nevnte meldinger er blant annet byggeklosser for andre tjenester, som f.eks. e-reseptmelding. Selve grunnstrukturen i Helsenettet består av det fysiske nettet, stamnett, som er en kjerneinfrastruktur med målsetting om 100% oppetid. For at alle skal kunne kommunisere i Helsenettet sørger Norsk helsenett for å forvalte alle IP-adresser som benyttes i Helsenettet. I tillegg inngår et Security Operations Center (SOC) som skal beskytte virksomhetskritiske eiendeler og effektivt håndtere informasjonsrisiko. SOC skal sikre evne til å oppdage og respondere på IKT sikkerhetshendelser. I kundegrensesnittet er det en kundeportal, førstelinje for tjenesteforespørsler, hendelser og 24/7 håndtering av uønskede hendelser, monitorering og vakthåndtering.

Grunndata og helseID inngår som en del av Helsenettet. Dette som følge av bruksmønsteret til disse tjenestene og at de er en integrert del av tjenestene i Helsenettet fremover.

Grunndata tilbyr administrativ informasjon som er nødvendig for elektronisk samhandling. Tjenesten deles inn i følgende undertjenester:

- Person: grunndata person inkluderer eksisterende personregister (PREG) og ny persontjeneste. Ny persontjeneste vil gradvis overta som helsesektorens sektorkopi av folkeregisteret. Nasjonal bredding av tjenesten starter i 2023. Drift og forvaltning dekkes f.o.m. 2022 i form av en fordeling mellom aktørene gitt av pasientjournalloven.
- Personell: grunndata personell inkluderer tjenester for å tilgjengeliggjøre helsepersonell informasjon som understøtter samhandling i helsesektoren. Dette er informasjon om helsepersonell, bl.a. data i helsepersonellregisteret (HPR) og fastlegeregisteret (FLR). I tillegg inkluderer grunndata personell tjenestene elektronisk døds melding og elektronisk fødselsmelding.
- Virksomhet: grunndata virksomhet inkluderer tjenester for å tilgjengeliggjøre virksomhetsrelatert informasjon som understøtter samhandling i helse- og omsorgssektoren. Dette er data om virksomheter som yter helsehjelp, og inkluderer bl.a. org.nr, adresse, elektroniske adresser, sertifikatinformasjon og organisasjonsstruktur.

Tilgang til grunndata er en forutsetning for at aktørene skal kunne samhandle elektronisk. Det betyr at alle medlemmer i Helsenettet er konsumenter av grunndata og gjør direkteoppslag i tjenesten. I tillegg gjøres det store mengder indirekte oppslag via andre nasjonale e-helsetjenester, eks. Helsenorge gjør flere oppslag i grunndata hver gang en innbygger logger på helsenorge.no.

HelseID er en sentral sikkerhetskomponent i helse- og omsorgssektoren. Den legger til rette for enklere pålogging for helsepersonell, og styrket informasjonssikkerhet ved digital samhandling. Alle tjenester i Helsenettet skal etter hvert integrere med helseID. Pr 1.2.2023 beskyttes 71 nasjonale tjenester av helseID, blant annet sentral forskrivningsmodul og persontjenesten. Et økende antall tjenester vil føre til at bruken av HelseID også vil øke kraftig. I dag er det 250 kommuner som har tatt helseID i bruk, Det er forventet at resterende kommuner kommer på i inneværende år. Det er 200 fastlegekontor på løsningen og det forventes at resterende fastlegekontor kommer på i løpet av de neste to årene. Det forventes også at helseID vil bli utbredt hos andre aktører. Blant RHFene er det Helse Midt-Norge RHF som har tatt løsningen mest i bruk, men blant Helse Midt-Norge RHF og de resterende RHFer er det forventning om økt bruk de neste årene, i tillegg til aktørene i privat sektor som ønsker adgang til de nasjonale e-helseløsningene.

### **Kostnader, kostnadstyper og drivere**

Helsenettet består av en rekke tjenesteelementer som i hovedsak håndteres av fast ansatte.

1. *Samordning av medlemstjenesten* – Her er kostnadsdriverne tilgjengelighet, håndtering av tjenesteforespørsler, forvaltning av medlemmer og forvalte tekniske systemer.
2. *Grunnstrukturen i Helsenettet* – Her er kostnadsdriverne tekniske komponenter, tekniske ressurser og koordinering av informasjonssikkerhet.
3. *Variable tjenester som medlemmene kan bestille, herunder meldinger via Helsenettet og tilgang til helsenettet fra hjemmekontor.* Her er kostnadsdriverne tekniske ressurser, kundefølgning, teknisk systemer og forvaltning av systemer.

### *Segmentering/brukergrupper*

I dag er betalingen av Helsenettet fordelt ut på tre ulike segment, henholdsvis kommuner, RHF og øvrige aktører inkludert fylkeskommuner. Øvrige aktører består per 1.1.2023 av 6.658 medlemmer, hvor det største antallet medlemmer er fysioterapeuter, fastleger, apotek, private tannleger, avtalespesialister og psykologer.

Segment	Kundegruppe	Type	Størrelse på aktør	Kommentar
Kommuner	Kommuner			Stor kunde
RHF	RHF			Stor kunde
Øvrige aktører	Behandlere	Fastlege	Alt fra veldig små enheter til større kjeder	Bruker de fleste tjenester i Helsenettet
		Tannlege		
		Fysioterapeut		
		Manuellterapeut		
		Avtalespesialist		
		Psykolog		
		Psykiater		
	mfl.			
	Behandlings-institusjoner	Laboratorium	Medium størrelse	Medium brukere
		Røntgeninstitutt		
Private sykehus	Private sykehus	Enkel bruker	Drift basert på privat finansiering	
Apotek og bandasjister	Apotek	Lokasjoner		
	Bandasjister	Lokasjoner		
Fylkes-kommuner	Off. tannhelsetjenesten	Fast pris i dag		
Potensielt nye aktører	Små private aktører	Optiker	Små aktører	Har få tjenester i Helsenettet. Behov for å sende dialogmeldinger og henvisninger
		Osteopat		
		Naprapat		
Potensielt nye betalbare aktører	Statlige aktører	NAV	Store aktører	Leverer tjenester på Helsenettet
		Helfo		
		FHI		
		etc.		

Tabell 2: Segmenter som betaler medlemskap i Helsenettet.

## Alternative prismetoder

- **Variabel prising** – Det kan identifiseres enkelte tjenester som varierer etter konsum. Her kan man for eksempel ta utgangspunkt i meldinger som sendes over Helsenettet, tilgang på Helsenettet via hjemmekontor og fjernhjelp for å nevne noen. Både sendte og mottatte meldinger vil eksempelvis kunne prises. For grunndata vil man kunne se for seg at aktørene betaler per oppslag.

Utfordringene med en variabel prising er at tjenestene i seg selv har en forholdsvis liten kostnad, sammenlignet med resterende basistjenester. Norsk helsenett har i dag ikke kobling mellom f.eks. antall meldinger/tjenester/oppslag, medlemmer og fakturering. Det vil kunne være mulig å få til en slik sammenheng, men det vil være behov for teknisk utvikling av løsningen. En annen utfordring er at marginalkostnaden ikke er per melding eller oppslag, men kostnadene er faste. Ved nedgang i volum, vil også inntekten gå ned.

For grunndata eksisterer ikke en fullgod sammenstilling mellom brukerkonto og virksomhet. Det finnes ikke systemstøtte og tilstrekkelig med data. For Norsk helsenett er det derfor vanskelig å fakturere aktørene basert på oppslag i grunndata på nåværende tidspunkt. På lengre sikt vil Norsk helsenett modernisere grensesnittet, og dette vil kunne gi en bedre oversikt over hvilke aktører som bruker tjenesten.

- **Fast pris** – Kostnadsbasen til Helsenettet er relativt stabil og varierer i liten grad med aktørenes bruk av denne basistjenesten. I prisingen av tjenesten vil derfor fast pris

være et utgangspunkt for allokering av kostnader og legges til grunn for de alternative kostnadsfordelingsnøkklene.

- **Hybrid pris** – Man kan se for seg å allokere faste og variable kostander i en kombinasjon. Det kan da være en fastpris for basistjenester og en variabel pris for de tjenestene som kan prissettes. Med utfordringene som er skissert under variabel prising ovenfor, så er dette ikke et relevant alternativ på nåværende tidspunkt.

## 1.5. Pasientens prøvesvar

### Kort om løsningen

Pasientens prøvesvar er en ny nasjonal tjeneste for deling av medisinske prøvesvar på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. Med denne tjenesten blir det for første gang mulig å få en samlet oversikt over laboratorie- og radiologisvar og ved å samle og tilgjengeliggjøre data på denne måten legges det til rette for 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.

Det foreligger et høringsforslag med forslag å hjemle Norsk helsenetts dataansvar for Pasientens prøvesvar ihht pasientjournallovens § 13. Det er forventet at høringsforslaget behandles politisk i løpet av 2023. Det er videre forslag om at kjernejournalforskriften utvides til også å inkludere Pasientens prøvesvar. Norsk helsenett forutsetter dette i denne evalueringen.

Pasientens prøvesvar er etablert som en ny nasjonal tjeneste under program Digital Samhandling. Kostnader til etablering, innføring, drift og forvaltning av tjenesten fram til og med 2023 dekkes av programmets midler. Fra og med 2024 må tjenesten finansieres som en nasjonal tjeneste uavhengig av programmet.

### Kostnader, kostnadstyper og drivere

Kostnadene for drift og forvaltning av Pasientens prøvesvar er i all hovedsak ressurs- og aktivitetsbasert. Volum er til en viss grad en kostnadsdriver i form av at nødvendig infrastruktur skaleres automatisk ved antall oppslag. Ergo kan kostnaden til infrastruktur

øke noe med økende volum, men det antas at denne er relativt liten sammenlignet med andre ressurskostnader.

### *Segmentering/brukergrupper*

Kommunene, RHF og private laboratorie- og radiologivirksomheter er tre hovedsegmenter for denne tjenesten. Bruksområdet for pasientens prøvesvar er primært delt på to områder. Både spesialisthelsetjenesten og private laboratorie- og radiologivirksomheter er "brukere av pasientens prøvesvar" og "produsenter av pasientens prøvesvar". De private laboratorie- og radiologivirksomheter etablerer bl.a en tjeneste for rekvirering som de tilbyr for sine kunder. Når helsepersonell skal rekvirere nye prøver, gir det verdi å få en oversikt over hvilke prøver som allerede eksisterer for den aktuelle pasienten. Kommunene er i hovedsak brukere av pasientens prøvesvar. Det sendes i overkant av to millioner prøvesvarrapporter hver måned, fra over 2000 individuelle avsendere.

### **Alternative prismetoder**

- **Variabel prising** - Tjenesten krever autentisering via HelselD, og Norsk helsenett har derfor god oversikt over hvilke virksomheter som gjør oppslag i tjenesten. Det er derfor mulig å etablere en variabel prising der aktørene betaler en gitt pris pr oppslag. Dette stimulerer imidlertid ikke til økt bruk av tjenesten, samt at de første konsumentene innledningsvis må betale en uforholdsmessig høy pris for tjenesten for å dekke nødvendige kostnader til drift og forvaltning.

En variabel prismodell vil heller ikke kunne skille på de to ulike bruksområdene da modellen kun teller oppslag og ikke forholder seg til produsentdimensjonen. Tjenesten gir også en verdi for de brukergruppene som produserer prøvesvarene, ved at prøvesvarene blir tilgjengeliggjort for hele helsetjenesten og innbyggerne. Dette er med på å gjøre de private laboratorie- og radiologivirksomheter relevante å henvise undersøkelser til.

Variabel prising vurderes som ikke hensiktsmessig både med utgangspunkt i risiko for redusert innføringstakt samt at produsentdimensjonens nytte ikke er en med som underlag for prismodellen

- **Fast pris** – Det kan etableres en prismodell basert på fast pris for pasientens prøvesvar, da det er forventet at kostnadene for forvaltning ikke vil variere per år. Fast pris kan ta utgangspunkt i ulike fordelingsnøkler som vil bli drøftet i avsnittene under. Det antas at nytten vil være stor både for de private laboratorie- og radiologivirksomheter, kommunene og RHF, og at det dermed er rimelig at de tre hovedsegmentene finansierer en fast andel av drifts- og forvaltningskostnadene.
- **Hybrid prising** - Her kan man anta en kombinasjon av fast pris, f.eks. at 50% av drifts- og forvaltningskostnadene finansieres via et fastbeløp til fordeling mellom segmentene. De resterende 50% av kostnadene finansieres via variabel prising der aktørene betaler pr oppslag. En slik prismodell vil sikre en grunnfinansiering uavhengig av bruk, men samtidig fordele kostnadene mer rettferdig ift bruk enn en ren fastprismodell vil gjøre. Denne modellen vil kunne være fornuftig på sikt når tjenesten er rimelig godt breddet i sektoren. I oppstarten vil modellen ikke stimulere til høy bruk og anbefales dermed ikke.

Det er også vanskelig å etablere en hybrid modell som dekker begge bruksområdene for tjenesten (bruker og produsent) relatert til nytten dette genererer.

## 1.6. SFM/FM

### Kort om løsningen

Sentral forskrivningsmodul (SFM) er en ny nasjonal løsning som understøtter helsepersonell i håndtering av legemiddelopplysninger. Norsk helsenett har utviklet SFM for å øke kvalitet og samhandling om legemidler, næringsmidler og forbruksmateriell for helsepersonell som deltar i behandlingen. PLL er bygget inn i løsningen og understøtter deling av informasjon om legemiddelbehandling på en helt ny måte. SFM er derfor langt mer enn en forskrivningsmodul, og vil benyttes til samhandling om legemiddelbehandling generelt.

SFM er per i dag ikke en av de nasjonale e-helseløsningene som inngår i plikt for betaling i Pasientjournalloven, men Norsk helsenett forutsetter at dette vil komme på plass som utgangspunkt for de alternative prismodellene vi her drøfter.

SFM er fortsatt under utvikling og utprøving. Frem til og med 2024 vil det være prosjektmidler fra PLL-programmet som finansierer utviklingen av ny SFM-funksjonalitet i parallell med at det er operativ drift og forvaltning av løsningen.

Forskrivningsmodulen (FM) er en løsning Norsk helsenett tilbyr leverandører av elektroniske journalsystemer som ønsker å knytte sitt system til e-resept tjenesten. FM installeres og driftes hos journalleverandøren. FM er en eldre løsning som skal erstattes av SFM og er planlagt avvirket fra 2025.

### Kostnader, kostnadstyper og drivere

Kostnader til drift og forvaltning av SFM er i all hovedsak ressurs- og timebaserte, med unntak av lisenser, infrastruktur og drift. Norsk helsenett tilbyr sentral drift og forvaltning av SFM og opererer dermed som databehandler for de enkelte databehandleransvarlige (virksomhetene).

Forvaltningen dekker også applikasjonsforvaltning inkl. endringshåndtering, kundeforhold og support, produktstyring, samt funksjonelt og ikke-funksjonelt vedlikehold av løsningen. Dette for å sikre at løsningen til enhver tid tilfredsstillende funksjonelle og ikke-funksjonelle krav, herunder spesifikasjon-, utvikling- og testaktiviteter.

Norsk helsenett gir også bistand til brukergruppene for innføring. Dette omfatter planlegging, gjennomføring og oppfølging av aktiviteter knyttet til påkobling av virksomheter og bruk av løsningen. Det er stor aktivitet på dette området i perioden med utprøving (del av SFM prosjektet i dag) og videre innføring av SFM frem til løsningen er godt innført i helse- og omsorgssektoren. Dette behovet er løpende i forbindelse med nye leverandører og virksomheter som kobler seg på.

FM er planlagt forvaltet på et minimumsnivå frem til planlagt avvikling, ved utgangen av 2024 når SFM er forventet å være et reelt alternativ for alle de som benytter FM i dag.

### Segmentering/brukergrupper

Segmenter for SFM og FM er RHF, kommunene og private aktører. Apotek og bandasjist er ikke et segment i denne prismodellen da de ikke benytter disse løsningene. Vi foreslår å inkludere private aktører og tannleger som nye segmenter i prismodellen.

Kategori	Segmenter	Brukergrupper	SFM	FM
Rekvirert	Kommune	Fastleger	X	X
		Legevakt/KAD	X	X
		Jordmødre/Helsesykepleier	X	
		Hjemmetjeneste	X	
		Sykehjem (og andre komm. Inst.)	X	
	Spesialist-helsetjenesten	RHF	X	X
		Avtalespesialister	X	X
	Private helseaktører	Tannleger	X	X
Private aktører (sykehus/leger)		X	X	
Utleverer	Apotek	EIK		
		Bransjeløsninger		
		Nettapotek		
		Multidoseapotek		
	Bandasjist	Bandasjister		
		Nettbandasjist		
Andre	Aktører i e-resept verdikjede	SLV		
		HELFO		
Andre	Innbygger	Pasienter/ innbygger		

Tabell 3: Antatt status brukergrupper på FM og SFM ved inngangen til 2024.

Det er ca. 15 EPJ leverandører som har integrert FM i sin løsning. Disse leverandørene betjener både fastleger, kommunal pleie og omsorg, sykehus, avtalespesialister, tannleger og andre private aktører. Etter hvert som SFM prøves ut og breddes i flere segmenter så vil bruken av FM reduseres før løsningen avvikles.

SFM og FM bistår brukergruppen helsepersonell i håndtering av legemiddelområdet, og vil være i bruk for fastleger, avtalespesialister, legevakt, kommunal pleie- og omsorgssektor (hjemmetjeneste, kommunal akutt døgnenhet (KAD) og sykehjem), tannlegeklinikker og helsestasjoner. Leverandører av Pasientjournalssystemer (EPJ) integrerer SFM i arbeidsflaten med sømløs integrasjon slik at SFM blir legemiddeldelen av EPJ-systemet.

SFM fullversjon innføres hos fastlegekontor over hele landet i 2023 og innføringstakten økes stadig. Ved inngangen til 2024 er det plan om at ca. 5 EPJ leverandører (for fastleger) har integrert med SFM, og at løsningen er tatt i bruk ved ca. 350 fastlegekontor. Innen utgangen av 2024 er dette tallet forventet å øke til nærmere 1000 fastlegekontor. Dette tilsvarer i underkant av 9.000 brukere av SFM (basert på at det i snitt er 5 fastleger og 4 medhjelpere på et fastlegekontor).

Ca. 15 kommuner skal være i utprøving. Utprøving av SFM i kommunenes sykehjem og hjemmetjeneste gjøres i tett dialog med EPJ-leverandørene og kommunene som skal delta i utprøvingen. Ved inngangen til 2024 er det forventet at EPJ-leverandørene er godkjent for

utprøving med økt antall brukere og virksomheter i kommunene, før de går over til utvidet utprøving og innføring av løsningen til alle sine kunder i kommunesektoren.

SFM er også integrert med Helseplattformen og skal i løpet av 2023 være tilgjengelig for ca. 20-25.000 brukere i Midt-Norge. Helse Vest bruker SFM for å hente medikamenter til sin kurveløsning Meona. Løsningen er i utprøving i Helse Bergen før den skal breddes til alle helseforetak i Helse Vest. EPJ-leverandør som leverer til Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest planlegger å utvikle integrasjon med SFM Basis API i løpet av 2023, og gå i produksjon fra 2024.

### Alternative prismetoder

- **Variabel prising** – Det er teknisk mulig å måle segmenter/brukergruppers bruk av SFM ved å lage rapporter på volum av resepter og oppslag via SFM for det valgte segment/brukergruppe. Dette kan danne grunnlag for en variabel prising for drift og forvaltning av løsningen.

En variabel prismetode som er basert på å telle resepter og oppslag medfører at det knyttes en enhetskostnad til faktisk bruk av løsningen. Ved å sette en pris per melding risikerer man en stor skjevfordeling der kostnaden pålegges rekvirent og ikke den som får økt nytte av bedre kvalitet i tjenesten. Dette gir særlig utslag for kommuner ettersom fastleger forskriver over 80% av alle resepter. Norsk helsenett vil også måtte prioritere tid og kostnader til utvikling av nødvendige rapportuttrekk som skal danne grunnlaget for en variabel prising.

- **Fast pris** – Kostnadsbasen til SFM er stort sett stabil og en kjent sum uavhengig av konsum. Det vil være noe økning av kostnader med økende antall brukere, blant annet for å håndtere henvendelser, men dette er ikke en stor kostnadsdriver sammenlignet med å ha tjenesten oppe og i normal forvaltning. Fast pris vil derfor utgjøre fundamentet når vi i det videre skal drøfte kostnadsfordelingsnøkklene.
- **Hybrid prising** – En mulighet for hybrid prising vil være å ha et fast ledd og en variabel del. Fast pris kan dekke drift, vaktordning og lisenser. Så kan applikasjonsforvaltningen og kundehåndteringen fordeles med variabel pris. Her vil vi imidlertid møte de samme begrensningene som skissert under variabel prising ovenfor.

Et alternativ kan være at 50% av drifts- og forvaltningskostnadene finansieres via et fastbeløp til fordeling mellom kommuner og RHF. De resterende 50% av kostnadene kan da finansieres via variabel prising der virksomhetene betaler pr resept. En slik prismodell vil sikre en grunnfinansiering uavhengig av bruk og mulig fordele kostnadene mer hensiktsmessig med hensyn på bruk, sammenlignet med en ren fastprismodell. Men SFM er en ny tjeneste som er under innføring i helse- og omsorgssektoren og bruk av løsningen er et viktig virkemiddel for realisering av PLL-konseptet og e-helsestrategien på legemiddelområdet. Det er også et mål å tilstrebe en prismodell som stimulerer til økt bruk.



## 1.7. VKP

### Kort om løsningen

Velferdsteknologisk Knutepunkt (VKP) er en relativt ny tjeneste som forenkler integrasjon mellom en virksomhets velferdsteknologiske systemer og virksomhetens journalsystemer (EPJ). En virksomhet er primært en kommune, men kan også være et helseforetak (HF). I denne sammenheng forholder vi oss til RHF som betalende aktør.

Grunnprinsippet er at virksomheten er dataansvarlig, og VKP benyttes for å transportere helsedata mellom velferdsteknologisystem og EPJ, hovedsakelig i følgende bruksscenarioer:

- Uthenting av pasientinformasjon (personalia) fra EPJ til velferdsteknologisystem
- Journalføring av hendelser (alarmer) som håndteres i velferdsteknologisystem (responscenterløsning) til EPJ:
  - o Medisindispensere
  - o Måledata
  - o Andre

VKP tilbyr standardisert FHIR-basert grensesnitt som velferdsteknologisystem benytter. VKP sørger for integrasjon mot EPJ-systemer, samt mellomlagrings- og feilhåndteringsmekanismer som gjør informasjonsflyten mer robust mot driftsavbrudd på EPJ-siden.

VKP skal også benyttes som komponent for å realisere datadeling mellom virksomheter (f.eks. mellom kommune og HF) i forbindelse med Digital Hjemmeoppfølging. Dette er en del av utviklingsarbeid som gjøres i forbindelse med Program Digital Samhandling, og omfattes ikke av prismodell beskrevet i dette dokumentet.

I 2022 ble det arbeidet med en prismodell som tar utgangspunkt i at forvaltningskostnaden (kost pluss) fordeles ut fra antall innbyggere som dekkes av tjenesten i produksjon. Det ble sett på ulike varianter basert på om en kommune hadde tatt tjenesten i bruk eller ikke, og en hybrid modell hvor alle kommuner må betale en viss andel og de som hadde tatt den i bruk en større andel.

### *Segmentering/brukergrupper*

Slik VKP er innrettet per i dag er det kommunene som anses som hovedsegmentet for denne løsningen. I dag er det kun kommuner som benytter tjenesten, men det pågår et prosjekt hvor Nordlandssykehuset skal benytte VKP for å journalføre informasjon fra velferdsteknologiløsning.

For 2023 er det budsjettert en forvaltningskostnad som tar utgangspunkt i et ambisjonsnivå for innføring av nye kommuner og utvikling av nye integrasjoner i tillegg til ordinær drift og forvaltning for ca. 25 kommuner i produksjon. Dette utgjør ca. 2 millioner innbyggere.

Som nevnt er det foreløpig kun et HF, Nordlandssykehuset, som er koblet på, men det forventes en mulig økt bruk fra RHFene fremover. Det må avklares hvorvidt RHFene

ønsker å koble seg raskere på denne løsningen og således defineres inn som et segment mer på linje med kommunene for denne løsningen. Det er også viktig å skille segmentenes bruk av løsningen. RHFenes bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging er av en annen art enn kommunenes, hvor RHFene i større grad har fokus på medisinsk teknisk utstyr (MTU) og mer avanserte forløp enn kommunene.

Oppsummert vurderes kommunene som et hovedsegment som dekker 95% av basiskostnadene for basis forvaltning og drift, mens spesialisthelsetjenesten dekker 5%. Denne prosentvise fordelingen vil oppdateres etter hvert som flere RHF velger å koble seg på.

### **Kostnader, kostnadstyper og drivere**

VKP er i 2023 i en breddingsfase og er finansiert fullt ut av Norsk helsenett. Norsk helsenett forutsetter at det etableres en prismodell fra 2024. Følgende elementer er i hovedsak drivere for kostnadene ved å forvalte VKP:

#### *Drift og produksjon*

Primært ressurs- og aktivitetsbasert, herunder lisenser, infrastrukturkostnader og timekostnader for personell involvert i applikasjonsdrift og -vedlikehold. Kostnaden til drift og produksjon vil i mindre grad påvirkes av antall aktører som benytter tjenesten og antall transaksjoner.

*Innføring av VKP for en ny kommune, herunder:*

- Kartlegging og planlegging
- Teknisk konfigurering
- Utprøving og testing
- Produksjonssetting

I tillegg kan det tilkomme oppgaver knyttet til utvikling av ny integrasjon mot journalsystem for å støtte eksisterende funksjonalitet i tjenesten, samt utvikling av ny integrasjon mellom velferdsteknologiløsning og VKP for å støtte eksisterende funksjonalitet i tjenesten

Årlige kostnader til innføring vil være avhengig av *innføringstakten* hos kommunene, det vil si antall kommuner som kobler seg på i løpet av et år. Dette skyldes de innføringsaktivitetene som Norsk helsenett må være deltakende i for hver enkelt kommune.

Andre tekniske tiltak og forbedringer for å unngå teknisk gjeld, opprettholde tilgjengelighet, sikkerhet mv. Et moment å trekke frem kan være behovet for å gjøre tekniske forbedringer som reduserer kostnader til innføring.

### **Alternative prismetoder**

- **Variabel pris** – En variabel pris kan etableres teknisk ved å telle opp antall API-kall mot VKP per aktør (kommune eller HF/RHF). Den største utfordringen med denne modellen er at kostnadsbildet ikke er lineært med antall transaksjoner, dvs. at antall transaksjoner (API-kall) i liten grad påvirker den faktiske kostnaden som skal dekkes inn gjennom

prismodellen. Dette vil medføre at prisen per transaksjon i stor grad vil variere ut fra totalt antall transaksjoner utført i tjenesten, og hver ny transaksjon som gjøres vil medføre en reduksjon i transaksjonsprisen for alle aktører. Variabel prising vurderes derfor som et lite hensiktsmessig alternativ.

- **Fast pris** – En prismodell med fast pris basert på kostnadsfordelingsnøkler resulterer i en forutsigbar prising for aktørene, og det vil også være mulig å kombinere ulike fordelingsnøkler som gjør at modellen kan differensiere eksempelvis mellom aktører som har tatt tjenesten i bruk og ikke. En slik modell vil også være enkel å forvalte, og det vil være fullt mulig å justere kostnadsnivå på forvaltning (basert på behov og ambisjonsnivå) og hvordan denne kostnaden skal fordeles (fordelingsnøkler) i forkant av budsjettbehandling og forskrift.
- **Hybrid pris** – Ettersom variabel pris anses som en lite hensiktsmessig kostandsallokeringsmetode er heller ikke hybrid prising en relevant prismetode.



Direktoratet for  
e-helse

# Fordeling av kostnader basert på nyttevurderinger - v. 1.0

Saksunderlag til Norsk helsenett SF sitt arbeid med å revidere prismodellene for drifts- og forvaltningskostnader for de nasjonale e-helseløsningene



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Samfunnsøkonomisk nytte og lønnsomhet.....</b>	<b>6</b>
2.1	Samfunnsøkonomisk nytte .....	6
2.2	Forskjellen mellom samfunnsøkonomisk lønnsomhet og bedriftsøkonomisk lønnsomhet.....	7
2.3	Bruksstatistikk alene er ikke en indikator for nytte .....	8
<b>3</b>	<b>Bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader .....</b>	<b>10</b>
3.1	Nytte som vil påvirke kostnadsfordelingen mellom aktørene, gitt gjeldende finansieringsmodell .....	10
3.2	Kunnskapsgrunnlag for nyttevurderinger av e-helseløsninger .....	11
3.3	Fordeler og utfordringer med å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader ...	12
3.4	Bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader.....	13

# Sammendrag

Norsk helsenett har fått i oppdrag å evaluere og justere prismodellen for de nasjonale e-helseløsningene, *basert på erfaringer med ordningene, innen 2024. Som en del av oppdraget skal det også vurderes om kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.* Direktoratet skal bistå i oppdraget.

Oppdraget legger pasientjournalloven til grunn, med tilhørende forskrifter og regulering av plikt til å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og virksomhetenes plikt til å betale. Oppdraget utarbeides med en forutsetning om obligatorisk samfinansiering som finansieringsmodell.

## **Aktørene har ulikt utgangspunkt når de diskuterer og vurderer nytte av en løsning**

I diskusjoner rundt nytte har aktørene ofte et ulikt utgangspunkt. Det viktig å skille mellom hva som er samfunnsøkonomisk lønnsomt og hva som er bedriftsøkonomisk lønnsomt. Selv om en løsning er samfunnsøkonomisk lønnsom, betyr ikke det at tiltaket er bedriftsøkonomisk lønnsom for aktørene som tar i bruk løsningen. I dette notatet belyses noen av årsakene til det.

## **Nyttevurderinger er viktig som beslutningsgrunnlag og styringsinformasjon**

Nyttevurderinger er viktig beslutningsgrunnlag og styringsinformasjon. Blant annet er det viktig med tilstrekkelig med nyttevurderinger som beslutningsgrunnlag for investeringsbeslutninger, ved prioriteringer i utviklings- og innføringsløp, samt i arbeidet med å følge opp gevinstrealisering når løsningene skal innføres.

I dette notatet drøftes det om nyttevurderinger også kan benyttes til å fordele drifts- og forvaltningskostnader i samfinansieringsmodellen.

## **Fordeler og utfordringer ved å fordele kostnader basert på nyttevurderinger**

I teorien er det mulig å benytte nyttevurderinger til å utarbeide kostnadsfordelingsnøkler. Nyttvurderinger kan benyttes til å fordele kostnader på et overordnet nivå, f.eks. mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, samt for andre brukergrupper.

Formålet ved å bruke nyttevurderinger til å fordele kostnader er at dette kan bidra til at kostnadsfordelingen i større grad tar høyde for ulik fordeling av nytte mellom aktørene.

I notatet drøftes ulike utfordringer ved å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader. Det antas at det vil være høye administrative kostnader for å sikre tilstrekkelig og oppdatert informasjon om fordelingen av nytte. Det vil også være utfordrende å oppnå tilstrekkelig med forankring av fordelingen av nytte, i og med at vurderinger av nytte ofte er usikre og at aktørene vil ha ulik oppfatning av hva som er nytten av løsningene. En annen utfordring er at det kan være utfordrende å fordele ikke-prissatt nytte mellom aktørene.

## **For eksisterende e-helseløsninger er det per i dag ikke tilstrekkelig med informasjon om fordelingen av nytte til å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader**

En viktig del av oppdraget har vært å kartlegge om det er tilstrekkelig med kunnskap om fordelingen av nytte mellom aktørene, til å bruke dette til å fordele kostnader.

For eksisterende løsninger er det gjennomført en kunnskapskartlegging for å kartlegge hva som finnes av informasjon om bruk og nytte for innførte e-helseløsninger. Kunnskapskart-

leggingen viser at det i hovedsak er gjennomført tidligfaseutredninger av nytten, men at disse i begrenset grad er fulgt opp av målinger og evalueringer etter at løsningene er innført.

Direktoratet mener at det for eksisterende e-helseløsninger per i dag ikke er tilstrekkelig med informasjon om fordelingen av nytte til å benytte dette i en kostnadsfordelingsnøkkel. Dette gjelder også kostnadsvekst som følge av prisvekst, økt bruk av løsningen og nødvendig vedlikehold.

Dersom nyttevurderinger skal benyttes i en fordelingsnøkkel, utover argumentasjonen som er benyttet for eksisterende fordeling, mener direktoratet at det må utarbeides nye vurderinger av nytten og hvordan den fordeles på berørte aktører. En kartlegging av nytten og forankring av denne vil kreve planlegging og et gjennomføringsperspektiv som strekker seg lenger frem i tid enn 2024. Et slikt arbeid vil kreve at det settes av tilstrekkelig med midler og ressurser i gjennomføringen. En beslutning om det skal gjøres nye nyttevurderinger for å benytte dette til å fordele kostnader, avhenger av valg av kostnadsfordelingsnøkler.

### **For nye løsninger kan det i større grad utarbeides nyttevurderinger som også vurderer fordelingen av nytte på tvers av aktørene**

For kommende løsninger er det pågående arbeid med å kartlegge nytte og planlegge oppfølgende målinger og evalueringer av nytten. For de nye løsningene, og for kostnadsvekst som følge av ny utvikling, kan det kartlegges hvordan nytten fordeles seg mellom aktørene. Som nevnt over er vurderinger og målinger av nytte utfordrende, og det er usikkert om kunnskapsgrunnlaget blir tilstrekkelig til å fordele kostnader.

### **En anbefaling om nyttevurderinger bør brukes som en kostnadsfordelingsnøkkel må sees i sammenheng med fordeler og ulemper av andre kostnadsfordelingsnøkler**

For å vurdere hvilken kostnadsfordelingsnøkkel som skal benyttes i prismodellen(e) [må fordeles og ulemper sammenliknes for andre tilgjengelige kostnadsfordelingsnøkler](#). Dette vil Norsk Helsenettt gjøre i sin sluttleveranse.

Dersom en fordelingsnøkkel med nyttevurderinger vurderes som mest hensiktsmessig, må det settes av ressurser til å sikre tilstrekkelig med nyttevurderinger til å benytte dette til å fordele kostnader.

### **Bruksstatistikk er ofte ikke en tilstrekkelig indikator for realisering av samfunnsnytt**

Nytte kan være utfordrende å kvantifisere og måle, og ofte blir mye av nytten beskrevet kvalitativt. Det er ofte behov for å finne andre indikatorer som kan gjenspeile nytten, uten at den måles direkte.

Bruksstatistikk kan gi ulik informasjon og det er viktig å vurdere hvilken informasjon den gir, og hvilken informasjon den ikke gir. Statistikk for bruk er viktig styringsinformasjon og kan for eksempel bidra til å måle fremdrift i bredding av en løsning, måloppnåelse, trender i bruksmønsteret, og brukertilfredshet. Bruksstatistikk, isolert sett, er ofte ikke en god indikator for den samfunnsøkonomiske nytten av en e-helseløsning. Dette kommer av at det er mange faktorer i markedet som påvirker bruksstatistikken, som for eksempel lovpålagt plikt for bruk. For e-helseløsninger kan også nytten tilfalle en annen gruppe enn den som tar i bruk løsningen. For eksempel kan mye av nytten tilfalle innbyggeren, selv om det er helsepersonell som tar i bruk løsningen. Dette viser at økt bruk av løsningen kan gi stor nytte for samfunnet, uten at det gir stor nytte for brukeren. For å si noe om nytten for samfunnet må bruksstatistikken suppleres med annen informasjon, som for eksempel fra brukerundersøkelser eller dybdeintervjuer.

# 1 Innledning

## Bakgrunn for oppdraget

I Stortingets anmodning til regjeringen ved endringer i pasientjournalloven ba Stortinget om at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene *evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024*, og at *kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten*.

Norsk helsenett fikk oppdraget knyttet til evaluering av prismodeller av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte 27.01.2022. Norsk helsenett ble bedt om å: *"legge fram forslag til hvordan evaluering og justering av prismodellene skal gjennomføres og forberede for gjennomføring, jf. Stortingets vedtak om prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene skal evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024. Arbeidet skal gjøres i samarbeid med Direktoratet for e-helse og behandles i teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger (TBU) og i den nasjonale styringsmodellen for e-helse."* Oppdraget er videreført i 2023.

Direktoratet fikk i tildelingsbrevet for 2022 (TB2022-04) i oppdrag å bistå NHN i oppdraget, og oppdraget er videreført i 2023 (TB2023-03). Direktoratet skal særlig bidra i arbeidet med å vurdere og dokumentere bruk og nytte av løsningene.

## NHN og direktoratets forståelse av oppdraget

NHN skal, i samarbeid med Direktoratet for e-helse, evaluere dagens prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene basert på erfaringer med ordningene, samt utvikle, evaluere og anbefale alternative modeller. Evalueringen skal svare ut føringen fra Stortinget om å vurdere nytten for helse- og omsorgstjenesten, herunder hva vi har av kunnskap om bruk og nytte som kan brukes som grunnlag for tilpasning av prismodellene. Det skal foreligge en anskaffelsesrettslig vurdering av alternative prismodeller. Det skal også innhentes og sammenstilles erfaringer fra prismodeller i andre nordiske land.

Oppdraget legger pasientjournalloven til grunn, med tilhørende forskrifter og regulering av plikt til å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og virksomhetenes plikt til å betale. Dette medfører at det forutsettes obligatorisk samfinansiering som finansieringsmodell i arbeidet med alternative prismodeller.

Oppdraget er avgrenset til følgende løsninger:

- Helsenorge
- E-resept
  - Sentral forskrivningsmodul (SFM)
- Kjernejournal (KJ)
  - Pasientens prøvesvar
- Helsenettet
  - Grunndata & HelseID
  - Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

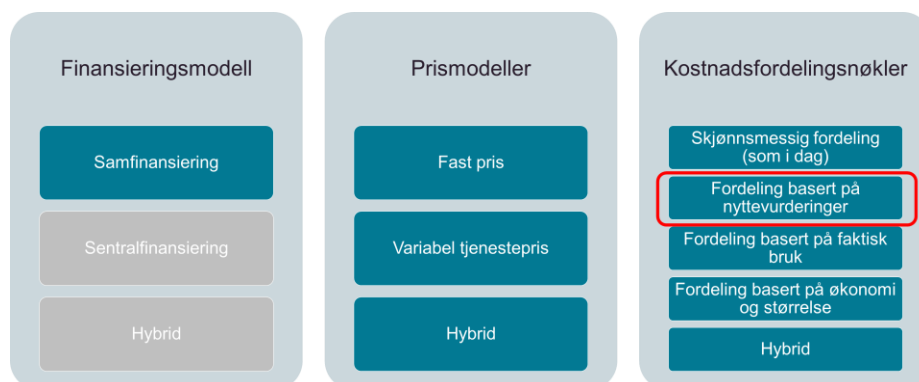


## Direktoratets bidrag i oppdraget

Direktoratet skal i hovedsak bidra med å vurdere hvordan nyttevurderinger kan brukes til å fordele drifts- og forvaltningskostnader. Dette notatet oppsummerer direktoratets vurderinger, og skal fungere som underlag til NHN sin leveranse.

I oppdraget med prismodeller er det flere tema som er relevante å drøfte, som vist i Figur 1. I dette notatet gjøres det vurderinger rundt muligheten for å bruke nyttevurderinger som kostnadsfordelingsnøkkel.

Figur 1: Figuren viser ulike aspekter ved oppdraget til NHN. Dette notatet vurderer muligheten for å bruke nyttevurderinger som kostnadsfordelingsnøkkel.



## 2 Samfunnsøkonomisk nytte og lønnsomhet

I diskusjoner rundt nytte har aktørene ofte et ulikt utgangspunkt for diskusjon. Dette kapittelet belyser ulike årsaker til dette.

Nyttevurderinger er viktig beslutningsgrunnlag og styringsinformasjon og er særskilt viktig ved investeringsbeslutninger, prioritering av konsept og utvikling underveis, i arbeidet med gevinstrealisering og i innføringsstrategier.

### 2.1 Samfunnsøkonomisk nytte

I utredninger av statlige tiltak skal nytte for alle berørte grupper i samfunnet vurderes. Direktoratet definerer nytte<sup>1</sup> som vist i boksen under<sup>2</sup>.

**Nytte** er en positiv virkning som øker velferden for én eller flere grupper i samfunnet som følge av tiltaket.

Eksempler på nytte for e-helseløsninger kan være:

<sup>1</sup> Det blandes ofte mellom begrepene «nytte» og «gevinst». Direktoratets forståelse av begrepene er at de har samme betydning. Videre i dette notatet brukes begrepet nytte.

<sup>2</sup> Definisjonen samsvarer med definisjonen av en nyttevirkning i veileder for samfunnsøkonomisk analyse fra DFØ. Se veilederen på denne linken: <https://dfo.no/fagomrader/utredning-og-analyse-av-statlige-tiltak/samfunnsokonomiske-analyser/veileder-i-samfunnsokonomiske-analyser>.

- Frigjort tid for helsepersonell
- Unngåtte unødvendige materielle kostnader
- Færre uønskede hendelser i helsetjenesten
- Bedre innbyggeropplevelse og økt tillit til helsetjenesten
- Økt trygghet for helsepersonell

## 2.2 Forskjellen mellom samfunnsøkonomisk lønnsomhet og bedriftsøkonomisk lønnsomhet

For statlige investeringer er det samfunnsøkonomisk lønnsomhet som skal maksimeres, dette er statens business case<sup>3</sup>. I samfunnsøkonomiske analyser skal nytte og kostnader for alle berørte grupper inngå i analysen.

Det må skilles mellom hva som er samfunnsøkonomisk lønnsomt og hva som er bedriftsøkonomisk lønnsomt. Det er to hovedårsaker til dette:

- Forskjellen ligger i at det i samfunnsøkonomiske analyser vurderes hva som er mest lønnsomt for samfunnet som helhet, uavhengig av hvem som får nytten og hvem som får kostnaden. For bedriftsøkonomisk lønnsomhet er det bedriftens egen nytte og kostnader som veies opp mot hverandre. Som vist i Figur 2.
- I en samfunnsøkonomisk analyse skal de ikke-prissatte virkningene<sup>4</sup> vektlegges i like stor grad som de prissatte virkningene. Bedriftsøkonomiske analyser kan også inkludere ikke-prissatte virkninger, men erfaringsmessig er det ofte prissatte virkninger<sup>5</sup> som blir prioritert.

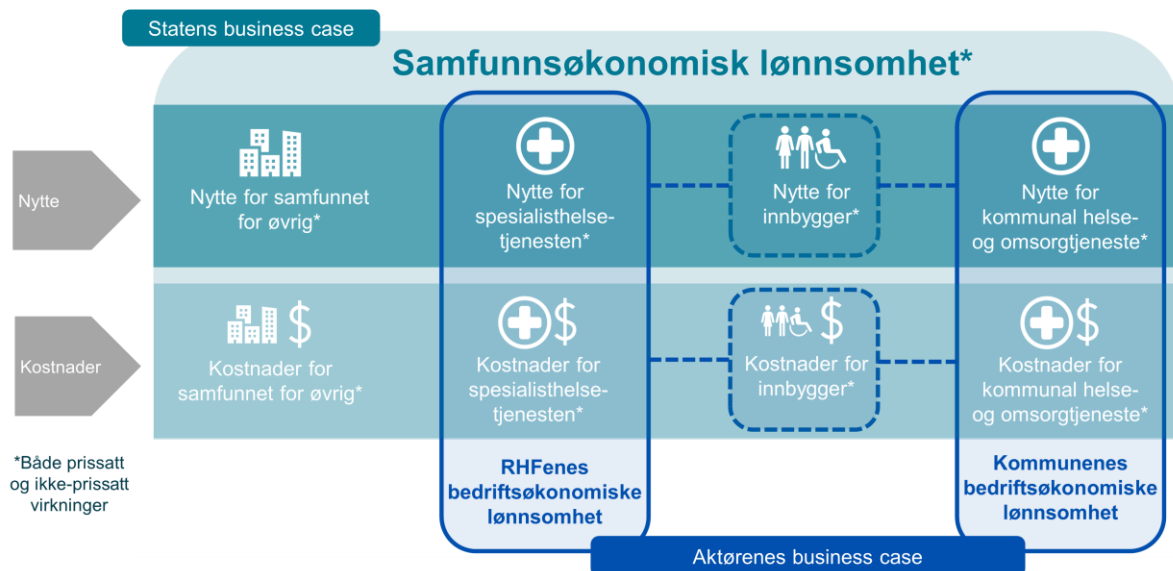
Som et resultat av dette kan det oppstå et avvik mellom samfunnsøkonomisk og bedriftsøkonomisk lønnsomhet. Selv om et tiltak er samfunnsøkonomisk lønnsomt, betyr ikke det at tiltaket er bedriftsøkonomisk lønnsomt for alle aktørene som tar i bruk løsningen. Det kan være tilfeller der aktører opplever at den bedriftsøkonomiske nytten ved å ta i bruk løsningen er mindre enn kostnaden de belastes for å bruke løsningen.

---

<sup>3</sup> En prosjektbegrunnelse som drøfter lønnsomheten av et tiltak.

<sup>4</sup> Virkninger som ikke kvantifiseres, men som vurderes kvalitativt.

<sup>5</sup> Virkninger som kvantifiseres.



Figur 2: Et forenklet eksempel på forskjellen mellom samfunnsøkonomisk lønnsomhet og bedriftsøkonomisk lønnsomhet for de regionale helseforetakene (RHF) og kommunene.

Om innføring av en e-helseløsning er bedriftsøkonomisk lønnsomt for aktøren avhenger av:

- Faktisk fordeling av nytte mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og innbyggerne.
- Hvorvidt aktøren har kapasitet og kompetanse til å planlegge innføring og følge opp nytten. For å realisere nytte av løsningene er det nødvendig å endre eksisterende prosesser. Innføring avhenger også av kapasitet for teknisk tilrettelegging hos leverandørene for de elektroniske pasientjournalene.
- Hvorvidt løsningene som utvikles dekker behovene som er beskrevet.
- Finansieringsmodeller og fordeling av kostnader for drift- og forvaltning av e-helseløsningene.

## 2.3 Bruksstatistikk alene er ikke en indikator for nytte

I de fleste tilfeller er det mulig å måle bruk av e-helseløsningene. Ofte er det mer utfordrende å måle nytte og følge opp nytten. Dette gjør at det er behov for å finne andre indikatorer som kan gjenspeile nytten, uten at dette måles direkte.

### Bruksstatistikk gir viktig styringsinformasjon

Bruksstatistikk kan gi ulik informasjon og det er viktig å vurdere hvilken informasjon den gir, og hvilken informasjon den ikke gir. Statistikk for bruk er viktig styringsinformasjon og kan for eksempel bidra til å:

- Måle fremdrift i bredding av en løsning, både lokalt og nasjonalt
- Måle måloppnåelse, dersom det er satt forhåndsdefinerte måltall
- Måle trender i bruksmønsteret

### Ulike definisjoner av bruk

Bruk kan måles med ulike indikatorer. Det er viktig å drøfte hvilke indikatorer som best måler bruk av løsningen, og hva som er begrensningene. Nedenfor er det gitt fire eksempler på ulike kategorier av indikatorer som kan måle bruk av en tjeneste.

1. Løsningen er teknisk tilgjengelige for bruk fra leverandør (NHN)
2. Løsningen er teknisk tilgjengelig via EPJ (leverandør for det elektroniske pasientjournalssystemet)
3. Løsningen er tilgjengelig for helsepersonell og de har tatt den i bruk (relevant for løsninger som har helsepersonell som brukere)
4. Løsningen er teknisk tilgjengelig for innbygger og den er tatt i bruk (relevant for løsninger som har innbyggere som brukere)
5. Forbruksvolum

### **Bruksstatistikk er ofte ikke en tilstrekkelig indikator for nytte**

Dersom det er ønskelig å bruke statistikk for bruk til å måle endringer i nytte, må det gjøres vurderinger av hvilke faktorer som påvirker brukerstatistikken. Vurderingen kan deles inn i to:

1. *Statistikk for løsninger som tilbys i et marked med fri konkurranse*

Statistikk for bruk kan være en god indikator for nytte eller brukertilfredshet dersom løsningen tilbys i et marked med fri konkurranse. Dersom det er fri konkurranse vil brukerne velge den løsningen som gir mest nytte for en gitt pris. Bruken av løsningen vil i stor grad reflektere brukertilfredshet og pris.

2. *Statistikk for løsninger som tilbys i et regulert marked*

Statistikk fra bruk bør ikke benyttes ukritisk som indikator for nytte dersom løsningen tilbys i et marked som er regulert. I et regulert marked vil det være flere faktorer som påvirker brukerstatistikken. I et regulert marked bør derfor brukerstatistikken suppleres med annen informasjon, som for eksempel fra brukerundersøkelser eller dybdeintervjuer.

De fleste e-helseløsningene tilbys i et regulert marked med lite konkurranse. Eksempler på andre faktorer som gjør at bruk og nytte ikke nødvendigvis korrelerer for e-helseløsninger:

- «Plikt for bruk» kan føre til at løsningene tas i bruk, uavhengig av nytte.
- For e-helseløsninger kan nytten tilfalle en annen gruppe enn den som tar i bruk løsningen. For eksempel kan mye av nytten tilfalle innbyggeren, selv om det er helsepersonell som tar i bruk løsningen. Dette viser at økt bruk av løsningen kan realisere stor nytte for samfunnet, uten at det gir stor nytte for brukeren.
- Hvis løsningen ikke løser problemet, vil heller ikke bruk av løsningen være en god indikator for nytte
- Det kan i mange tilfeller være utfordrende å definere hva som er «optimal bruk» for å maksimere nytten

Hvorvidt bruksstatistikk kan være en indikator for nytte er som argumentert over avhengig av en rekke faktorer. Det må gjøres vurderinger fra løsning til løsning om hvilken informasjon som er nødvendig for å kunne si noe om nytten.

## 3 Bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader

I teorien er det mulig å benytte nyttevurderinger til å utarbeide kostnadsfordelingsnøkler. Dette kapitlet drøfter hvilken nytte som vil være relevant inn i en kostnadsfordelingsnøkkel, hva som er eksisterende kunnskapsgrunnlag for nytte, fordeler og ulemper med en kostnadsfordelingsnøkkel som baserer seg på nyttevurderinger, og til slutt en samlet vurdering av bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader.

Drøftingen under tar utgangspunkt i at nyttevurderinger kan benyttes til å fordele kostnader på et overordnet nivå, f.eks. mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, samt for andre store brukergrupper. Det anbefales ikke å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnadene på et mer detaljert nivå. Årsaken til dette er at det er ofte er knyttet sikkerhet til nyttevurderingene, og at det vil være utfordrende å fremskaffe tilstrekkelig med informasjon på et detaljert nivå.

### 3.1 Nytte som vil påvirke kostnadsfordelingen mellom aktørene, gitt gjeldende finansieringsmodell

I dette oppdraget er pasientjournalloven, med tilhørende forskrifter og regulering av plikt til å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og virksomhetenes plikt til å betale, lagt til grunn. Dette medfører at det forutsettes obligatorisk samfinansiering som finansieringsmodell. Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger definerer hvilke aktører som plikter å ta i bruk e-helseløsningene, samt hvem som skal betale<sup>6</sup>.

For statlige investeringer er det den samfunnsøkonomiske nytten som ligger til grunn for analysene. Se mer om dette i kapittel 2. Ofte har aktørene ulike syn på hvilken nytte som bør være med i vurderingene.

Dersom det skal utarbeides en kostnadsfordelingsnøkkel basert på nyttevurderinger gir Tabell 1 en oversikt over hvilken nytte de ulike aktørene må bidra med å finansiere, gitt dagens finansieringsmodell. Hele samfunnsnyten skal fordeles på de betalende aktørene (se også Figur 2). Obligatorisk samfinansiering fører til at aktørene som er med i samfinansieringen må bidra med å finansiere nytten for innbygger og nytte for samfunnet for øvrig.

---

<sup>6</sup> Les mer om dette i [Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger - Lovdata](#)

Nyttevirkninger som vil påvirke aktørens andel av kostnadene	Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Spesialist-helsetjenesten	Andre aktører
 Nytte for spesialisthelse-tjenesten (inkl. avtalespesialister)		✓	
 Nytte for kommunal helse- og omsorgstjeneste (inkl. fastleger)	✓		
 Nytte for andre aktører i helse- og omsorgstjeneste			✓
 Nytte for innbygger	✓	✓	✓
 Nytte for samfunnet for øvrig	✓	✓	✓

Tabell 1: Oversikt over hvilken type nytte som vil være med på å avgjøre aktørens andel av kostnadene. Med gjeldende finansieringsmodell må aktørene som skal være med i samfinansieringen også finansiere nytten for innbygger og nytte for samfunnet for øvrig. Tabellen angir ikke forslag til fordeling.

### Annen relevant nytte i en kostnadsfordelingsnøkkel

Nytte i en samfunnsøkonomisk analyse vurderes relativt til nytten i nullalternativet (videreføring av dagens situasjon). Det vil si at den samfunnsøkonomiske analysen ofte beskriver endringen i nytte, relativt til nullalternativet.

Den totale nytten ved bruk av en løsning kan være større enn endringen i nytten. Dette kan være tilfellet dersom det finnes konkurrerende løsninger i nullalternativet. Dersom nullalternativet forutsetter at det ikke finnes andre konkurrerende alternativer, vil den totale nytten og endringen i nytten være lik.

En kostnadsfordelingsnøkkel som baserer seg på nyttevurderinger må benytte den totale nytten som fordelingsfaktor.

## 3.2 Kunnskapsgrunnlag for nyttevurderinger av e-helseløsninger

En viktig del av oppdraget har vært å kartlegge kunnskapsgrunnlaget rundt bruk og nytte for e-helseløsningene.

### Kunnskapsgrunnlag for nyttevurderinger av innførte e-helseløsninger

For å svare ut oppdraget er det på oppdrag fra direktoratet gjennomført en ekstern kunnskapskartlegging for å kartlegge hva som finnes av informasjon om bruk og nytte for innførte e-helseløsninger<sup>7</sup>. Det har blitt gjennomført en kartlegging for løsningene Helsenettet, HelseID, Grunndata, Kjernejournal, e-resept, Velferdsteknologisk knutepunkt og Helsenorge. Rapporten konkluderer at det er gjennomført tidligfaseutredninger for mange av

<sup>7</sup> Rapporten finnes på e-helse sine nettsider:

<https://www.ehelse.no/publikasjoner/kunnskapsoppsummering-bruk-og-nytte-av-e-helselosninger>

e-løsningene, men at disse i begrenset grad er fulgt opp av målinger og evalueringer i etterkant.

### **Kunnskapsgrunnlag for nyttevurderinger av nye løsninger**

Det er pågående arbeid med å kartlegge nytte og planlegge oppfølgende målinger og evalueringer for pasientens prøvesvar, sentral forskrivningsmodul, e-multidose og pasientens prøvesvar. Her henvises det til programmene for ytterligere informasjon om oppdaterte nyttevurderinger og planer for oppfølging av disse.

## **3.3 Fordeler og utfordringer med å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader**

Alle kostnadsfordelingsnøkler har ulike fordeler og utfordringer. For en kostnadsfordelingsnøkkel som baserer seg på nyttevurderinger kan fordeler og utfordringer være:

### **Fordeler ved å benytte nyttevurderinger i en kostnadsfordelingsnøkkel:**

- Kostnadsfordelingen kan i større grad ta høyde for ulik fordeling av nytte mellom aktørene

### **Utfordringer ved å benytte nyttevurderinger i en kostnadsfordelingsnøkkel:**

- Krevende å forvalte og administrere
  - Krevende å oppnå konsensus mellom aktørene
  - Utfordrende å måle nytte og sikre oppdaterte vurderinger av fordelingen av nytte
  - Utfordrende å fordele nytten av ikke prissatte virkninger
  - Det må gjøres en skjønnsmessig vurdering av fordelingen av hvilke aktører som skal finansiere nytten til innbygger og samfunnet for øvrig
- I tilfeller der løsningen er samfunnsøkonomisk lønnsom, men ikke bedriftsøkonomisk lønnsom, kan kostnadsfordelingen oppleves som urimelig. Se mer om dette i kapittel 0.
- Bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader kan skape incentiver til ikke å følge opp eller informere om realisert nytte

### **Andre forutsetninger for at en kostnadsfordelingsnøkkel skal kunne baseres på nyttevurderinger:**

- Vurderingene må ta utgangspunkt i samfunnsøkonomisk nytte, både prissatt og ikke-prissatt nytte.
- Gjennomføringsmodellen må legge til rette for tilstrekkelig med nyttevurderinger underveis i utviklingen, slik at nyttevurderingene er tilstrekkelig oppdatert
- Det må avklares om modellen skal være dynamisk, og når kostnadsfordelingsnøkkelen skal oppdateres med ny informasjon

## 3.4 Bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader

Tabell 2 oppsummerer direktoratets vurderinger av om det finnes tilstrekkelig med informasjon til å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader.

### **For eksisterende e-helseløsninger er det per i dag ikke tilstrekkelig med informasjon om fordelingen av nytte til å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader**

Direktoratet mener at det for eksisterende e-helseløsninger per i dag ikke er tilstrekkelig med informasjon om fordelingen av nytten til å benytte dette i en kostnadsfordelingsnøkkel. Dette gjelder også kostnadsvekst som følge av prisvekst, økt bruk av løsningen og nødvendig vedlikehold.

Dersom nyttevurderinger skal benyttes i en fordelingsnøkkel, utover argumentasjonen som er benyttet for eksisterende fordeling, mener direktoratet at det må utarbeides nye vurderinger av nytten og hvordan nytten er fordelt mellom berørte aktører. En kartlegging av nytten og forankring av denne vil kreve planlegging og et gjennomføringsperspektiv som strekker seg lenger frem i tid enn 2024. Et slikt arbeid vil kreve at det settes av tilstrekkelig med midler og ressurser i gjennomføringen. En beslutning om det skal gjøres nye nyttevurderinger for å benytte dette til å fordele kostnader, avhenger av valg av kostnadsfordelingsnøkler. Se mer om dette i avsnitt **Feil! Fant ikke referansekilden.** og **Feil! Fant ikke referansekilden.**

### **For nye løsninger kan det i større grad utarbeides nyttevurderinger som også vurderer fordelingen av nytte på tvers av aktørene**

For kommende løsninger (Pasientens Legemiddelliste, sentral forskrivningsmodul, e-multidose og pasientens prøvesvar) er det pågående arbeid med å kartlegge nytte og planlegge oppfølgende målinger og evalueringer av nytten. For de nye løsningene, og for kostnadsvekst som følge av ny utvikling, kan det kartlegges hvordan nytten fordeler seg mellom aktørene. Som nevnt i avsnitt **Feil! Fant ikke referansekilden.** er vurderinger og målinger av nytte utfordrende, og det er usikkert om kunnskapsgrunnlaget blir tilstrekkelig til å fordele kostnader.

### **En anbefaling av om nyttevurderinger bør brukes som en kostnadsfordelingsnøkkel må sees i sammenheng med fordeler og ulemper av andre kostnadsfordelingsnøkler**

Som vist i dette kapittelet er det ulike fordeler og utfordringer ved å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader. Det antas at det vil være høye administrative kostnader for å sikre tilstrekkelig og oppdatert informasjon om fordelingen av nytte. Det vil også være utfordrende å oppnå tilstrekkelig med forankring av fordelingen av nytte, i og med at vurderinger av nytte ofte er usikker og ikke er en eksakt størrelse.

For å vurdere hvilken kostnadsfordelingsnøkkel som skal benyttes i prismodellen(e) må fordeler og ulemper sammenliknes for andre tilgjengelige kostnadsfordelingsnøkler. Dette vil Norsk Helsenett gjøre i sin sluttleveranse.

Dersom en fordelingsnøkkel med nyttevurderinger vurderes som mest hensiktsmessig, må det settes av ressurser til å sikre tilstrekkelig med nyttevurderinger til å benytte dette til å fordele kostnader.



Tabell 2: Direktoratets vurdering av om det finnes tilstrekkelig med informasjon om fordelingen av nytte til å bruke nyttevurderinger til å fordele kostnader.

	Finnes det tilstrekkelig med:		Totalvurdering: Finnes det tilstrekkelig med informasjon om fordelingen av nytte til å bruke dette i en fordelingsnøkkel?
	Tidligfaseutredninger, med forventet fordeling av nytte mellom aktører?	Målinger for endringer i nytte etter at løsningen er innført?	
<b>Eksisterende løsninger</b>			
<b>Helsenettet og grunndata</b>	Nei	Nei	● Det er ikke tilstrekkelig med dokumenterte analyser
<b>HelseID</b>	Nei	Nei	● Det er ikke tilstrekkelig med dokumenterte analyser
<b>Kjernejournal</b>	Delvis, men analysene er fra flere år tilbake	Nei	● Analysene kan være utdaterte, det mangler målinger etter innføring
<b>E-resept</b>	Delvis, men analysene er fra flere år tilbake	Nei	● Analysene kan være utdaterte, det mangler målinger etter innføring
<b>Helsenorge</b>	Nei	Nei	● Analysene kan være utdaterte, det mangler målinger etter innføring
<b>VKP</b>	Delvis, mangler for spesialist helsetjenesten	Delvis, mangler målinger av kvalitative gevinster	● Analysene gir ikke en beskrivelse av fordelingen av nytte mellom ulike grupper i samfunnet
<b>Kommende løsninger</b>			
<b>SFM</b>	Delvis	Ja, det planlegges for det	● Det er mulig, men den samfunnsøkonomiske analysen må detaljeres ut
<b>Pasientens prøvesvar</b>	Nei, den samfunnsøkonomiske analysen er ikke detaljert nok	Det skal planlegges for det	● Det er mulig, men den samfunnsøkonomiske analysen må detaljeres ut

## Vedlegg 3 - Møter med utvalgte aktører

Utvalgte aktører vi har hatt møter med og som har bidratt til problemdefinisjonen som foreligger.

- KS
- Oslo kommune
- Stavanger kommune
- Bodø kommune
- Bergen kommune
- Skien kommune
- Trondheim kommune
- Kristiansund kommune
- Grimstad, Farsund & Kvinesdal kommune
- IKT-direktørmøte
- Apotekforeningen
- Dr Fürst Medisinske Laboratorium
- Vigør Rehabiliteringssykehus
- Saksvik legekantor
- Legeforeningen
- Tannlegeforeningen
- Aleris Helse
- Norsk Manuellterapeutforening
- Evidia Norge AS

Møtene er gjennomført med representanter som ikke nødvendigvis representerer deres virksomhets offisielle synspunkt på ulike tema. Aktørene har også stilt med representanter i spennet fra de som har spisskompetanse på økonomi til ressurser som er mer spisset mot IT.

Aktørene som har bidratt med innspill til problemdefinisjon samt evaluering av alternative prismodeller består både av betalende og ikke-betalende aktører, primær- og spesialisthelsetjeneste, private og offentlige, og de er av ulike størrelser. Som en konsekvens av dette bringer aktørene med seg inn ulike perspektiver på de nasjonale e-helseløsningene og tilhørende prismodeller.

Dialogen med aktørene har gitt oss mange relevante perspektiver og har bidratt til arbeidet med å utvikle hypoteser om utfordringer ved dagens prismodeller. I tillegg har vi også fått gode innspill på justeringer vi bør vurdere i dagens prismodeller samt hva vi bør unngå for å kunne understøtte gjeldende mål.

# Innspillslogg v0.8

Sist oppdatert 14.06.23

Aktør	Hva	Innspill fra aktørene	Norsk helsenetts vurdering	Beskrivelse av eventuelle justeringer som er foretatt i rapport	
1	<b>HDIR</b>	I innspillobjektet foreslås det at Hello er en bruker og en virksomhet som skal ha et medfinansieringsansvar for e-resept-tjenesten på linje med kommuner og RHF og andre aktører som har ansvar for innbygger og pasient i den utvandede helsetjenesten	Vi mener derfor at Hello (en slik finansieringsmodell) ikke kan betraktes som en brukerguppe og sideuttaler med de aktørene som har sørgt-for-ansvar og ansvar for å levere helsetjenester i den utvandede helsetjenesten. Forslaget til primmodell bør endres slik at Hello fjernes fra listen over aktører som skal ha finansieringsansvar for Reseptformidleren og NNHs forvaltningskostnader.	Vi noterer oss Helseettersynetts synspunkt. NNH sin kostnadsfordelingsmodell for utgangspunkt i sagemtenets ansvar for sikker legemiddelbehandling og kontroll på refusjonsoppgjøret. E-resept er en verdikjede for alle aktører som samhandler om resepten. E-resept har egne oppgjørsmønstre mellom utleverer (apotek/bandsjette) og Hello. NNH forvalter e-reseptløsningen for samtlige aktører i verdikjeden, ved koordinering av alle endringer, kravstilling og test. NNH driver også løsningen for alle aktørene som samhandler i verdikjeden av e-resept.	
2			I forbindelse med innføring av betalingsplikt for e-resept har man ikke hensyntatt dagens finansieringsordning for apotek. Apotek har ikke mulighet for å finne inndekning for sine egne kostnader gjennom akte priser til sluttbruker da reseptpliktige legemidler er pris- og avanseregulert av myndighetene.	Vi noterer oss Apotekforeningens synspunkt, men dette er utenfor rammen av dette oppdraget.	
3			Manglende datakvalitet i løsningen er ikke hensyntatt ved innføring av betalingsplikt. Apotek er siste ledd i kjeden, og får følgelig alle konsekvensene av dårlig datakvalitet i alle foregående ledd. Dette gir tilleggs kostnader fordi det må testes/rettes kompromiserende utvalgte data i apotekløsningen og fordi det fører til tunge arbeidsprosesser.	Vi noterer oss Apotekforeningens synspunkt. Norsk helsenett forholder seg til gjeldende lov og finansieringsordninger er utenfor rammen av dette oppdraget. Forvaltning av rekvisitkrav, test og godkjenning er vikenemder for kvalitet i e-resept og inngår som en del av forvaltningen av e-resept. Men NNH er avhengig av virksomheter følger opp riktig bruk i henhold til bruksvilkår og anbefalte arbeidsprosesser rundt forskrivning av legemidler.	
4		Prismodelle gir ikke apotek inntøyer til å ta nasjonale e-helsetjenester i bruk	Apotek må bruke løsningen uavhengig av om alle rekvisiter har tatt løsningen i bruk. Dette fører til doble rutiner i apotek da apotekansatte både må håndtere elektroniske resepter og papirsepter. Apotekene håndterer fortsatt over en million papirsepter årlig.	Vi noterer oss Apotekforeningens synspunkt. Norsk helsenett forholder seg til gjeldende RF forskrift. Rekvisiter og Apotek sin meldingsplikt til Reseptformidleren (RF) som er regulert i Reseptformidelforskriften.	
5			Innfringen av betalingsplikt for bruk av nasjonale løsninger fører til at apotek i fremtiden vil være tilbakeholdne til å ta nye løsninger i bruk med mindre det kan dokumenteres gevinst for apotekene ved bruk eller at økte kostnader vil bli kompensert.	Vi noterer oss Apotekforeningens synspunkt, men dette er utenfor rammen av dette oppdraget.	
6			Evalueringen har tatt hensyn til den særskilte finansieringsordningen for fastleger, men ikke tatt hensyn til rammebetingelsene for apotek og apotekavansen. Fastlegene kan på samme måte som apotekene, ikke velte merkostnader ved e-helsetjenester over på pasientene. Allikevel har kommunene, som har et «sørgt-for»-ansvar, fått ansvaret for å betale for disse.	Vi noterer oss Apotekforeningens synspunkt. Norsk helsenett forholder seg til gjeldende lov og finansieringsordninger er utenfor rammen av dette oppdraget.	
7	<b>Apotekforeningen</b>	Fremtidig primmodell og fordelingsregler må ses i sammenheng med aktørenes ulike finansieringsordninger	Kommunene og RHF sine sin betaling for de nasjonale e-helsetjenestene er også i forslag til reviderte primmodeller, beregnet som en andel av vekst i drift og forvaltningskostnadene. Apotekenes betaling beregnes som andel av totalkostnadene til drift og forvaltning. Dette er en urettelig forskjellsbehandling av aktørene og fører til at apotekenes faktiske kostnader for e-resept er vesentlig høyere enn kommunenes og RHFenes faktiske kostnader til sammen.	Vi noterer oss Apotekforeningens synspunkt. Kompensasjonsordninger er utenfor rammen av dette oppdraget.	
10			Prismodelle mangler et vurderingskriterium for hvorvidt en modell vil understøtte god kvalitet i løsningen	Vi noterer oss Apotekforeningens innspill. Norsk helsenett legger til grunn målene i nasjonal e-helsetrategi for hva vi skal oppnå ved primmodellene og følgelig hvilke vurderingskriterium vi legger til grunn for evalueringen av primmodellene.	
12			Aktører som ikke er omfattet av «sørgt-for»-ansvar må ha mulighet for å finansiere økte kostnader uten å måtte ty til kryssubsidiering fra annen virksomhet	Vi noterer oss Apotekforeningens synspunkt. Norsk helsenett forholder seg til gjeldende lov og finansieringsordninger er utenfor rammen av dette oppdraget.	
13			Aktørene må sikres de samme mulighetene til å påvirke kostnadsutviklingen	Vi noterer oss Apotekforeningens innspill. Hvilke aktører som deltar i de ulike fora i nasjonal rådmødel er utenfor rammen av oppdraget.	
14			Apotekforeningen har, som eneste betalende aktør, ikke fått plass i Nasjonalt e-helsetråd som er det øverste organet i rådmødelen. I andre fora som NJIT og TBU, vises det tydelig til behandling av saker i Nasjonalt e-helsetråd som er av betydning også for apotekene. Dette er en urettelig forskjellsbehandling av aktørene.	Se svar over.	
15			Aktørene må ha mulighet til å påvirke kostnadsutvikling – ikke bare hos NNH, men også som følge av offentlige krav og pålegg.	Vi noterer oss Apotekforeningens synspunkt. Finansieringsordninger er utenfor rammen av dette oppdraget.	
16			Forutsetningen er en nødvendig forutsetning for å sikre langsiktige investeringer og innovasjon blant apotekene. Utviklingen av nasjonale e-helsetjenester med tilhørende offentlige krav og pålegg, bør ikke gå på bekostning av tjenestutvikling og innovasjon på apotekenes tjenestemidler. Apotekene bør ikke pålegges bruk eller legges større kostnader for å bruke e-helsetjenester som i hovedsak gir nytte for pasient og samfunn.	Vi noterer oss Apotekforeningens synspunkt. Norsk helsenett forholder seg til gjeldende lov og finansieringsordninger er utenfor rammen av dette oppdraget.	
17			NTF har spilt inn at pris- og finansieringsmodellene må være forutsigbare samt at det må være bedre samsvar mellom tilgang og bruk av tjenester og kostnadene. Den fremtidige modellen må også være rettferdig og sikre at alle aktører bidrar i finansieringen. For privat tannhelsetjeneste, som ikke mottar noen form for offentlig finansiering, er det helt avgjørende for at man skal ta i bruk løsningene at kostnadene gjenspeiler nytten man får av å ta løsningene i bruk. Det vil si at tjenesten er reelt tilgjengelig for privat tannhelsetjeneste, altså at tjenesten ikke bare kan leveres, men at EF leverandøren(e) også har implementert og leverer løsningen til en akseptabel pris.	Norsk helsenett merker seg denne tilbakemeldingen.	
18			NTF mener dessuten at staten må bidra med finansiering til utvikling og etablering av nasjonal infrastruktur og nye regionale tjenester slik at utviklingen kan styrkes, og at man ikke er avhengig av at de enkelte aktørene alene tar ansvar for dette.	Vi noterer oss NTF sitt synspunkt. Finansieringsordninger er utenfor rammen av dette oppdraget.	
19	<b>Den norske tannlegeforening</b>		E-resept	Norsk helsenett noterer seg denne tilbakemeldingen. I rapporten anbefaler Norsk helsenett å avsette betaling for e-resept fra tannleger i 2024 til omfang av forskrivning fra denne aktøren tar seg opp. Det antas at et pålegg om betalingsplikt for tannlegene ikke vil medføre det bruk for denne aktørgruppen. Det vil også være behov for regelutvikling (ref. pasientjournalveileder) for å åpne opp for betaling for nasjonale e-helsetjenester fra tannlegene.	
20			Kjernejournal	Vi noterer oss NTF sitt innspill. Beslutningen om innføringsplaner for KI er utenfor rammen av dette oppdraget.	
21			Helsenett innk. grunndata og helseid	Vi viser til forslag til justert primmodell for Helsenett innk. grunndata og HelseID. Anbefalt primmodell legger opp til en mer hensiktsmessig fordeling av kostnader med utgangspunkt i en kategorisering av medlemmene basert på størrelse, herunder antall lokasjoner, årsvest og omsetning. Forstyrking på merker Norsk helsenett seg denne tilbakemeldingen.	
22			Nye løsninger	Tannleger inngår ikke som en definert brukerguppe av SFM for 2024.	
22	<b>Norsk Osteopatforbund</b>		Prismodeller	Vi tar informasjonen som gjelder øvrige E-tjenester til etterretning, og har til disse ingen merknader. NOF støtter opp om de foreliggende anbefalingene og konklusjoner som Helsenett SF har lagt frem, vedrørende pris og organisering av Helsenett.	Norsk helsenett noterer seg denne tilbakemeldingen.
23	<b>Helse Vest RHF</b>		Prismodeller	Vi noterer oss Helse Vest RHF sitt synspunkt.	

24			Helse Vest RHF mener det er vesentlig at prismodelle evalueres fremover, og at nødvendige justeringer gjøres for å sikre at modellene kvantret det overordnede hensyn.	Vi noterer oss Helse Vest RHF sitt synspunkt.	Lagt inn som et oppfølgingspunkt under kapittel 7 - Veien videre
25	Helsenett inkl. grunndata og helseid		Vårt innspill vil være at prismodelle bør basere seg på fastpris, som gir forutsigbarhet og som er enkel å administrere. Dersom bruk av tjenesten skal belastes med en kostnad vil det medføre lavere bruk av tjenestene, som er mot sin hensikt. I dag er kostnadsfordelingen skjønnsmessig. Som en representant for en bransje med mange små aktører, er vi opptatte av å ivareta mindre bedrifter og gi dem muligheten til å samarbeide med større offentlige aktører. Dersom kostnadsfordelingsprinsippet ikke tar hensyn til økonomisk bærekraft og størrelse, vil det ekskludere flere av de mindre virksomhetene til å oppnå måloppfyllelsen om at flere skal ta del i digitalisering og samhandle med andre helseprofesjoner.	Vi noterer oss Optikerbransjens synspunkt. Se for øvrig svar i ruten under.	
26			Det er fremmet et forslag om at det skal innføres avgift per lokasjon til forskjell fra hvordan det er i dag. Dette vil vi friske, da det er flere aktører i bransjen som drives som ett selskap med flere lokasjoner. Dette er aktører som vurderer å koble seg på Helsenett. Dersom disse blir belastet per lokasjon, vil det sette lenger inn i å investeringen og dermed får man ingen first-mover i bransjen. Da er vi bekymret for at det vil ta enda lenger tid før de andre aktørene i bransjen følger etter.	Vi noterer oss Optikerbransjens innspill og viser til forslag til justert prismodelle for Helsenett inkl. grunndata og helseid. Andrefall prismodelle legger opp til en mer hensiktsmessig fordeling av kostnader med utgangspunkt i en kategorisering av medlemmene basert på størrelse, herunder antall lokasjoner, årsverk og omsetning.	
27	Optikerbransjen		Vi har tidligere vært i dialog med Norsk helsenett om tilgjengelig informasjon angående syn og spesielt briller- og kontaktlinseformasjon på Helsenett. Dermed vil vi komme med noen innspill til prismodelle og kostnadsfordelingen for denne delen av høringen også. Vårt innspill er at prismodelle bør basere seg på fastpris. Dette alternativet vil gi større forutsigbarhet og være mindre administrativt krevende enn variabel prising og høydrifning. Når det gjelder kostnadsfordelingen, bør den fra vårt synspunkt være som i dag, eller baseres på økonomi og størrelse.	Vi noterer oss Optikerbransjens synspunkt.	
28	Samhandling med andre aktører		Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv vil det være positivt om optikere kan sende og motta henvisninger til annet helsepersonell. Vi har direkte henvisningsrett til trykkløse og fastleger, og det sendes mange henvisninger og rapporter. I og med at det ikke kan sendes digitalt i dag, får pasientene enten med seg henvisningene på papir, eller de sendes per post. Dette er tidkrevende for pasientene. Vi ønsker å jobbe tettere med andre deler av helsevesenet, men så lenge det ikke er incentiver for bransjen til å koble seg på, er vi redd for at pasientene er de som blir skadelidende.	Vi noterer oss Optikerbransjens synspunkt. Elektroniske henvisninger er utenfor rammen av dette oppdraget.	
29	Nytte		Nyttebegrepet er som det står beskrevet mer administrativt krevende å benytte enn skjønnsmessige fordelinger. Som en liten virksomhet vil nytten eller gevinsten for bedriften ikke nødvendigvis være positiv ved å koble seg på Helsenett. Skjønnsmessig vurderinger som i dag er å foretrekke, da nytte er et relativt begrep for virksomhetene. Vi sier oss enige i beskrivelsen at det både er mer krevende å fastsette ikke-prisatte virkninger, og finne konsensus for hvem nytten tilfaller. Dermed mener vi at kostnadsrisikoen heller bør skjønnsmessig vurderes slik som i dag, men at de små virksomhetene må tas spesielt hensyn til.	Vi noterer oss Optikerbransjens synspunkt.	
30			Det som gjelder for Kjernejournal (KJ) gjelder like for Pasientens prøvesvar (PPS), som vil være en del av KJ. Forslaget om å fastsette kostnadene med 50 % på RHF og 20 % på kommunene og 30 % på private aktører, betyr i realiteten å belaste RHF med 80 %. De private aktørene opererer som underleverandører til RHF ene og serger for at RHF ene opplytter sitt «sørg for ansvar overfor kommunene; dvs fastlegene og pasientene i primærhelsetjenesten. En belastning av oss som underleverandør til RHF ene målte prisen inn i anbudene til RHF ene og regningen fra oss vil til slutt havne ende opp hos RHF ene.	Vi noterer oss Først sitt synspunkt.	
31	Først	Foreløpig anbefaling/konklusjon	At vi som laboratorium og leverandør av analysevar skal tilkrisse «nytte» og kostnad for etablering av KJ og PPS måtte bero på en ide om at etableringen av disse løsningene gjør at vi reduserer våre kostnader. Det gjør det ikke. Vi leverer allerede våre analyser elektronisk til fastlegene. Alle fastleger som benytter våre tjenester har full «onlines» adgang til våre analyser, i tillegg til. Fordelen, eller nytten, som oppstår med innføring av løsningene, oppstår hos sykehusene som eventuelt slipper å ta nye prøver og analysere på nytt, og for pasienten som unngår å måtte ta unødvendige prøver/analyser fordi svar allerede finnes. Videre vil pasienter som er kroniske og som har kunnskap om sin egen tilstand ha et selvstendig utbytte av å følge med på sine ulike verdier over tid i KJ og PPS. Det er veldig bra. KJ og PPS bidrar med at viktig informasjon som ellers ikke er tilgjengelig på en så enkel måte. Om man tenker at dette er viktig, både i primærhelsetjenesten (kommunen) og hos sykehusene/spesialhelsetjenesten (RHF ene) så virker det fra vårt ståsted fornuftig at belastningen mellom kommunen og RHF ene fordeles 45/55, i henhold til sine budsjetter. Nyten av denne informasjonen kan sjaklovessig ses å være til/så i forhold til omkostningene (budjetten) brukt på de samme pasientene i de ulike sammenhengene.	Vi noterer oss Først sitt synspunkt.	
32			Det er viktig at dette, uansett, ikke prisen per stk eller enhet eller oppslag. Marginalkostnaden ved ett oppslag til er bortimot null, samtidig som nytten av informasjonen øker med antallet (relevante aktører) som faktisk får tilgang på den. Analyser bør sendes så raskt som mulig og det kan være ulik analysestid for analyser utført på samme prøvegrunnlag. Da er det om å gjøre at senderne ikke forsinker eller forhindres fordi prisstrukturen incentiverer å redusere sendinger/oppslag hos senderen/brukeren, samtidig som gevinsten er høy hos mottaker/pasient. Det blir en meningsløs asymmetri mellom dem som bærer den betaltbare kostnaden og den som må bære konsekvensen (manglende gevinst/nytte) som ikke tjener formålet. Kostnadsdekningen for løsningene må være et fast beløp, uavhengig av hvem som skal betale den.	Vi noterer oss Først sitt synspunkt. I rapporten driftes modeller som knytter pris til forbruk. Dette kan gi aktørene større handlingsrom og fleksibilitet med hensyn på bruk og dermed også en mulighet til redusert bruk, eksempelvis av hensyn til økonomi. Disse modellene scorer lavt i evalueringen sett opp mot gjeldende mål.	
33	Howdan opplever dere at våre foreløpige anbefalinger/ankvisjoner til justeringer i prismodelle for de nasjonale e-helseløsningene understøtter målene i Nasjonal e-helsestrategi?		Helse Nord oppfatter at innspillnotatets analyse og foreløpige anbefalinger samsvarer godt med regionens egne vurderinger. De relevante målene i Nasjonal e-helsestrategi peker i sum på sterkere gjennomføringskraft, høyere tempo på digitalisering, og mer helhetlig utvikling på området. Gjennom anbefalinger om enkle og forutsigbare pris- og kostnadsfordelingsmodeller som gir incentiver til aktørene om å raskt innføre og ta i bruk nasjonale e-helseløsninger, til å utnytte disse fullt ut, og til å i større grad på å takt med andre aktører oppfatter vi at anbefalingene godt understøtter disse målene.	Vi noterer oss Helse Nord sitt synspunkt.	
34	Ser dere muligheter for justeringer som kan bidra til å øke måloppnåelsen ytterligere?		Helse Nord har ingen innspill til dette punktet på nåværende tidspunkt.	n/a	
35	Er det aspekter i notatet dere savner, som dere mener vi bør ta inn og drøfte innen rammen for oppdraget?		Et nærliggende aspekt til pris- og kostnadsfordelingsmodeller, og som også legger viktige rammer for disse, er den underliggende finansieringsmodellen (Sentralfinansiering, Samfinansiering, mv.). Helse Nord mener det ville være naturlig å notatet også omhandle finansieringsmodeller og rammen finansieringsmodell legger for pris- og kostnadsfordelingsmodell. Et eksempel kan være i hvilken grad finansieringsmodellen påvirker innføringen av aktørens bedriftsøkonomiske hensyn og rammer har på gjennomføringskraften i sektoren, og hvordan dette legger føringer på utforming av pris- og kostnadsfordelingsmodell.	Vi noterer oss Helse Nord sitt synspunkt.	
36	Har dere forslag til hvordan vi best kan løse de ulike forberedingsområdene som beskrives under kapittel 2.2 i innspillnotatet?		Helse Nord har ingen innspill til dette punktet på nåværende tidspunkt.		
37			Legeforeningen mener at Norsk helsenett og felleskomponentene er kritisk nasjonal infrastruktur som i sin helhet bør finansieres over statsbudsjettet.	Vi har merket oss Legeforeningens synspunkt vedr. finansieringsmodeller. Dette er utenfor rammen av vårt oppdrag.	
38			Legeforeningen savner en grundigere evaluering av dagens modell og oppfatter at avregninger i mandatet ikke er i tråd med Stortingets vedtak 89 fra behandlingen av Endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.).	Vi har merket oss Legeforeningens synspunkt vedr. Norsk helsenett sin forståelse av dette oppdraget.	
39			Legeforeningen støtter de overordnede siktemålene om fram mot 2030 å utvikle finansieringsmodeller som gir forutsigbarhet, fremmer utvikling, innføring, innovasjon og samhandling mellom aktører og å etablere finansieringsordninger som fremmer bruk av digitale tjenester.	Vi noterer oss at Legeforeningen støtter de overordnede mål, herunder hva vi ønsker å oppnå med prismodelle.	
40			Legeforeningen støtter intensjonen om at "Det arbeides kontinuerlig og helhetlig for at regelverk og finansieringsmodeller tar innover seg utviklingen og behovene som oppstår i og på tvers av sektorer".		
41			Norsk Helsenett tilbyr en samfunnskritisk infrastruktur som ikke skal være gjenstand for motiver som økonomisk innsparring eller unødvendig effektiviseringsgevinster. Dette hensynet må være førende i den videre forvaltning og for utviklingen av prismodelle.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt. I oppdraget driftes modeller som knytter pris til forbruk. Dette kan gi aktørene større handlingsrom og fleksibilitet med hensyn på bruk og dermed også en mulighet til innsparring gjennom redusert bruk. Disse modellene scorer lavt i evalueringen med hensyn på gjeldende mål.	
42			Kunnskapsgrunnlaget for effekter av dagens prismodelle er ikke tilstrekkelig beskrevet i innspillnotatet.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.	
42			For eksisterende e-helseløsninger er det per i dag ikke tilstrekkelig med nyttevurderinger som kan gi grunnlag å fordele kostnader.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.	
44			Følgende effekter og kostnader knyttet til administrasjon og forvaltning fremstår som ikke uklarte.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt. I evaluering av alternative prismodelle anbefales det gjennomgående modeller som medfører lave kostnader til administrasjon og forvaltning. Med ett unntak, Helsenett, hvor en differensiering mellom store og små medlemmer i Helsenett vil kunne innbære noe mer administrasjon.	
45	Generelt		Samfunnsøkonomiske og bedriftsøkonomiske kostnads- og nyttevurderinger er uenig i en markedsituasjon der én aktør tilbyr lovplagt infrastruktur, mens brukerne i all hovedsak er offentlige aktører med en absolutt prisregulering for sine tjenester.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.	
46			Tjenestepris basert på volum av bruk vil være et sterkt disinsentiv for ibruktigelse og kan påvirke bruken av nødvendige helse tjenester.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt. Modeller som baserer seg på forbruk (volum av bruk) er scoret lavt i evalueringen sett mot gjeldende mål.	

47		En nyttebasert prising er i praksis umulig, da nytte for pasienten vil variere fra konsultasjon til konsultasjon. Bruk av digitale helsetjenester vil derfor sannsynligvis være til nytte for både pasientene og samfunnet, og bør derfor ikke frakobles fra den enkelte virksomhet.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt. Prismodeller som baserer seg på nytte scored lavt sett mot gjeldende mål.	
48		Det er viktig at prismodeller gir incentiver til innføring og økt bruk av de nasjonale e-helseløsningene. Det må etableres finansielle virkemidler som støtter aktørenes innføring og dermed mulighet til nødvendig endrings- og implementeringsarbeid	Prismodeller som gir incentiver til innføring og økt bruk scorer høyt i evalueringen sett mot gjeldende mål. Utover dette noterer vi oss Legeforeningens synspunkt.	
49		Det er en rekke faktorer som gjør en obligatorisk samfinansiering, herunder beregninger av fordelingsøkninger krevende og som øker behov for en mer enhetlig tilnærming	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt, men dette er uterfor rammen av oppdraget.	
50		Legeforeningen stiller videre spørsmål til den samfunnsøkonomiske kostnadene ved dagens faktureringsregime. Legeforeningens forståelse av dette er at konseptet "samfinansiering" og NNHs null-kostnadsmodell skal evalueres. Legeforeningen mener at en samfinansieringsmodell må baseres på fri konkurranse og fri prissetting, slik at den utøvende helsetjenesten kan velge den beste og rimeligste leverandøren. Tjenestene som NNH leverer er nå pålitlig å bruke for helsetjenesten, og man har etablert en monopol-situasjon, der NNH selv setter kostnadsnivået for tjenestene, og fordeling av disse skal så drøftes i "teknisk beredningsvalg". I praksis er dette en modell der den utøvende helsetjenesten må bruke mye ressurser på å drøfte kostnader som man usikkert ikke kan påvirkne og hvor man ikke står fritt i valg av tilbyder. Modellen er byråkratisk og kostnadsdrivende og bør avvikles. Norsk helsenett og felleskomponentene bør derfor i sin helhet finansieres over statsbudsjettet. NNH har i sin tolkning av oppdraget fokusert på modeller for innbyrdes fordeling av kostnadene mellom aktører. Det er åpenbart at forskjellige modeller som løsningsrett og nyttesprang er umulig å etablere på en logisk måte. NNH foreslår en fastpris, basert på en tilfeldig fordelingsnøkkel. Det gir ikke mening, gir ingen positive effekter for raskere innføring, gir dissensivitet for å være "early adopter", er byråkratiserende og vil tappe utvending helsetjeneste for ressurser. Utvendingen bør derfor trekkes tilbake på nytt. Målet må da være å finne den finansieringsmodellen som faktisk kan anvendes uten operative helsetjenesten og stimulere til raskere bruk/utvikling av nye felleskomponenter.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.	
51		Målene i nasjonal e-helsestrategi er overordnede og peker ut en retning for utviklingen av e-helsefeltet de neste årene. Det pekes i innspillrapporten særlig på mål 3 "Samordnet og virkemidler som styrker gjennomføringskraft". Likeledes Mål 2 "Enkelt arbeidsverdier" og Mål 4 "Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling" kan også bli berørt av anbefalingene. Legeforeningen mener det er uavklart om de forenlige anbefalingene vil gi økonomisk forutsigbarhet og den nødvendige aktørenes i helseutørens behov. Risikoen for at det motsatte kan skje er stor. Innspillrapporten har ulike fordelingsnøkler for de ulike e-helseløsningene og virker tilfeldig. Det pekes videre på flere uløst oppgjør ved de ulike kostnadsfordelingsnøkler som er foreslått.	Norsk helsenett forholder seg i dette oppdraget til gjeldende lover og regelverk, herunder dagens finansieringsmodell. Innen obligatorisk samfinansiering ser vi ikke at andre prismodeller gir en høyere grad av forutsigbarhet enn den anbefalte modellen. Alle prismodeller og kostnadsfordelingsnøkler har ulemper. I denne øvelsen forsøker vi å finne de kostnadsfordelingsnøkler som i størst grad bidrar til måloppfølging.	
52	Legeforeningen	Howdan opplever dere at våre forenlige anbefalinger/konklusjoner til justeringer i primismodellene for de nasjonale e-helseløsningene understøtter målene i Nasjonal e-helsestrategi?	I kapittel 5.1 pekes det på helsepersonellkommissjonen og behov for effektivisering gjennom nye arbeidsprosesser. Det pekes videre på at felles kommunal journal kan gi nye løsningskomponenter fra den nasjonale delingsmodellen. Legeforeningen ser at innspillets forslag om å bruke felles informasjon og styrket samhandling kan også bli berørt av anbefalingene. Legeforeningen mener det er uavklart om de forenlige anbefalingene vil gi økonomisk forutsigbarhet og den nødvendige aktørenes i helseutørens behov. Risikoen for at det motsatte kan skje er stor. Innspillrapporten har ulike fordelingsnøkler for de ulike e-helseløsningene og virker tilfeldig. Det pekes videre på flere uløst oppgjør ved de ulike kostnadsfordelingsnøkler som er foreslått.	Norsk helsenett har vært i dialog med en rekke aktører i helse- og omsorgssektoren for å kartlegge hva som fungerer bra og ikke med dagens primismodell, inkl. gjeldende finansieringsmodell reguler i gjeldende lov. I disse møtene har aktørene vært mest opptatt av å få frem forberedingsområder og de mest sentrale og gjennomgående temaene er listet i kapittel 2.2 i rapporten. Utover dette noterer vi oss Legeforeningens synspunkt om finansieringsordninger.
53		I sakunderlaget fra Direktoratet for e-helse fremgår det også at man for eksisterende e-helseløsninger per i dag ikke har tilstrekkelig informasjon om nytte til å behandle disse i en kostnadsfordelingsnøkkel. Dette gjelder også kostnadsvekst som følge av prisvekst, økt bruk av løsninger og nødvendig vedlikehold. Det pekes på at et kunnskapsgrunnlag på dette området ligger lenger frem i tid enn 2024. Legeforeningen mener usikkerheten dette medfører må hensyntas i videre beslutningsprosesser.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.	
54		Grensedragningen mellom de tre kostnadsfordelingsnøkler (økonomi og størrelse, skjønsmessige vurderinger, fastsettelse basert på bruk) vil ofte være glidende og resultere i hybride fordelingsnøkler. Som eksempel kan nevnes fastlegeordningen. Fastlegene har drif og 10 millioner pasientkonsultasjoner i 1 90 prosent av tilfellene håndterer fastlegen pasientens helseforhold, uten videre henvisning til spesialist. Fastlegeordningen er samfunnsøkonomisk svært lønnsom. Offentlige kostnader til drift av fastlegetjenesten som andel av totale helseutgifter er meget beskjedne, mens volumet av helsetjenester, og bruken av felleskomponenter er meget høy. Det følger av slike forutsetninger at det ikke er praktisk mulig å legge en fordelingsnøkkel som fungerer retferdig for alle aktører. Det vil for alle løsningene som omhandles, også de som er under utvikling, være slik at nytte i stor grad vil ligge hos andre enn fastlegen, mens det medfører ekstra tidbruk og arbeidsinnsats for fastlegen å bruke løsningene. Det burde av dette følge å etablere fastlegens bruk av løsninger som en betingelse for å bruke felleskomponenter. Pasientens legemiddelliste (PLI) er den beste illustrasjon på disse forholdene.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.	
55		Ser dere muligheter for justeringer som kan bidra til å øke måloppfølgingen ytterligere?	Legeforeningen vil bemerke at kostnadene for fastlegekontorene er satt på strekk og vi kan ikke stille oss bak framtidige økninger i utgifter for fastlegene, dette må fortsette å ligges gjennom kommunene i den foreslåtte modellen. Vi bemerker spesielt her at det er noe uklart hvordan forslaget om finansiering av e-resept (og herunder e-mulidose og PLI) skal forstås.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.
56		Er det aspekter i notatet dere savner, som dere mener vi bør ta inn og drøfte innen rammen for oppdraget?	Legeforeningen ønsker at det i større grad vektlegges at prosjekter som gjennomføres må ta mål av seg å bedre legens og øvrig helsepersonells arbeidssituasjon. Slik det er per i dag er eventuelle økte kvaliteter på data, bedre pasientsikkerhet og pasienttilfredshet, men oftest i liten eller ingen grad effektivisering av arbeidsprosesser for utøvende helsepersonell. Legeforeningen er enig med Helsepersonellkommissjonen i at ny teknologi primært må bidra til redusert tidbruk og økt bærekraft. Legeforeningen vil i denne sammenheng beklage oppnevningen mot endringen i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. som medfører at resepter som hovedregel skal rekvireres via digitale løsninger. Dette forutsetter at flere mindre aktører må etablere tilknytning til NNH og e-resept. I rapporten omtales tannlege- og enkelte private virksomheter. Med endringene som følger av forskriftendringen vil dette gjelde en rekke andre aktører og virksomheter; som for eksempel tannleger og andre idelle foreninger som er tilknyttet å ha tilknyttet legejeneste. Betalingsordninger for tilknytning til, og bruk av, Norsk Helsenett og E-resept må legges til rette for at også denne gruppen av aktører kan komme over på digitale løsninger uten at dette fører til unødvendig høye gebyrer. Det fremstår som hensiktsmessig å legge skjønsmessige vurderinger til grunn når betalingsordningene skal etableres for aktører som har lite bruk og derved begrenset nytte av løsningene. Ved endelig forslag til modell bør det påles at aktører som idrettslag og lignende, ikke ender med unødvendige gebyrer for sporadisk bruk av e-helseløsningene.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.
57		Har dere forslag til hvordan vi best kan løse de ulike forberedingsområdene som beskrives under kapittel 2.2 i innspillnotatet?	Legeforeningen mener at nye løsninger som innføres ikke må medføre økning i utgifter for fastleger og avtalspesialister. Vi forutsetter at finansiering av tjenester fortsatt fra helsenett vil gjennomføres som allerede betales av fastlegene fortsatt vil ligge hos kommunene og ikke legges over på en presset fastlegejeneste.	NNH forutsetter Pasientjournalloven som underlag for primismodellene. Avtalspesialister. Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt. NNH ønsker ikke å gjøre som en bruker av SFM, men HELFO og SLV er inkludert i kostnadsfordelingsnøkkel.
58	Helsenorge	Helsenorge er det offentlige nettstedet for informasjon om og tilgang til helsetjenester for innbygger i Norge. Avtalspesialistene i Norge er ennå ikke inkludert i Helsenorge, og dermed er over 25 % av spesialisthelsetjenestens ambulante pasienter utenfor fra Helsenorge. Legeforeningen mener dette er et stort beklagelig. Inn i dette er et nett opp synes det ikke rimelig at RHFene (som representerer spesialisthelsetjenesten) skal ta en så stor del av de faste utgiftene. Begrunnelsen viser usikkerheten som ligger i valg av fordelingsnøkler og nyttebetraktninger i de øvrige modellene.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt. Vi har lagt fram ønske om at avtalspesialister skal få tilgang til Helsenorge i EPJ-løftet.	
59		Legeforeningen mener det også bør foreligge usikkerhet, noe som også fremgår av rapporten. Det legges opp til å justere modellen når flere aktører i pleie- og omsorgssektoren kobles på. Det pekes videre på en alternativ sjelefordeling av kostnader for "rekvirert" med bakgrunnen at RHF forskriver et mindre antall e-resepter sammenliknet med kommunene. Modellen framstår således som lite moderat, og lite balansert. Legeforeningen vurderer at HELFO og Statens legemiddelverk burde betalt vesentlig mer slik at midlene ikke tas fra utøvende helsetjenester. Hva har for eksempel HELFOs gevinst vært som følge av innføringen av e-resept? Vil de private inkl. tannlegene legge kostnadene over på pasientene innefor en fri prissetting? Begrunnelsen for den aktuelle fordelingen er verken tydelig eller logisk.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.	
60		Kjernerjournal (KJ) - Pasientens prøvesvar	Vi oppfatter at den forenlige anbefalingen er at man fortsetter som i dag med en betalingsnøkkel fordelt 55/45 % fra helsehold og RHF og kommuner	Kostnadsfordelingsnøkkel for KJ er nå basert på teknisk klart og omfangsrik, men den frivillige fordelingen er ikke
61		Dette betyr en økning hvis en aktør tilhører en kjede slik Legeforeningen har vurdert det. I tillegg skal det betales for grunndata og helseID. Legeforeningen mener at medlemsavgiften må fjernes helt. Hvorfor skal "divge" betale spesifikt for helseID, men ikke for de andre tjenestene? Fordelingsnøkkel gir liten mening, og er inkonsekvent. Legeforeningen mener det logiske svaret også er en 100% statlig finansiering.	Vi har merket oss Legeforeningens synspunkt vedr. finansieringsmodeller.	
62		HelseID inkl. grunndata og helseID	Legeforeningen mener det også bør foreligge usikkerhet, noe som også fremgår av rapporten. Det legges opp til å justere modellen når flere aktører i pleie- og omsorgssektoren kobles på. Det pekes videre på en alternativ sjelefordeling av kostnader for "rekvirert" med bakgrunnen at RHF forskriver et mindre antall e-resepter sammenliknet med kommunene. Modellen framstår således som lite moderat, og lite balansert. Legeforeningen vurderer at HELFO og Statens legemiddelverk burde betalt vesentlig mer slik at midlene ikke tas fra utøvende helsetjenester. Hva har for eksempel HELFOs gevinst vært som følge av innføringen av e-resept? Vil de private inkl. tannlegene legge kostnadene over på pasientene innefor en fri prissetting? Begrunnelsen for den aktuelle fordelingen er verken tydelig eller logisk.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.
63		-Pasientens prøvesvar	Legeforeningen mener fordelingen virker tilfeldig. Vi savner begrunnelse. Siden alle rekvirenter i dag får prøvesvar sendt tilbake elektronisk risikerer man her at pasientens prøvesvar ikke blir relevant fordi mange laboratorier vil vegre seg for å sende prøvesvar til tjenesten. Dette er et godt eksempel på et tydelig dilemma for raskere bruk/utvikling.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.
64		- Sentral forskningsmodul (SFM)	Legeforeningen mener HELFO, SLV og apotekene må inn i kostnadsnøkkel. Et annet poeng er at ikke alle kommer til å bruke SFM fullt ut. Det bør således vurderes å skille ut disse aktørene. Igen viser dette kompleksiteten ved obligatorisk samfinansiering, og at et bedre valg er finansiering via statsbudsjettet.	Vi har merket oss Legeforeningens synspunkt vedr. finansieringsmodeller. NNH ønsker ikke å gjøre som en bruker av SFM, men HELFO og SLV er inkludert i kostnadsfordelingsnøkkel.
65		- Velferdsteknologisk knutepunkt	Tjenesten er per i dag lite utbredt og uten faglig dokumentasjon på nytte, unytte og bivirkninger.	Vi noterer oss Legeforeningens synspunkt.
66	Helse Sør-Øst RHF	Generelt	Helse Sør-Øst RHF støtter foreslått primismodell, men ønsker - at det etableres en styringsmodell per nasjonale e-helseløsning, f.eks. produktstyre, som har et ansvar for å få mer proaktiv styring av kostnadsnivå og utvikling per e-helseløsning. Det er etablert et produktråd for helsenett, men de har ikke noen styring på kostnadsnivå eller prisutvikling. Det er ikke tilstrekkelig å etablere styring på de andre e-helseløsningene. - et større samarbeid mellom de som fremmer behov/ønsker og de som styrer igrav med kostnadene, samtidig som man vurderer at de som går foran ikke straffes. Dette gjelder både selve investeringen og deretter hvordan bringe kostnader til drift og forvaltning. - at aktørene i større grad skal styre kostnadsutviklingen, og dermed oppnå en utvikling som får finansiering innefor aktørenes vedtatte rammer. Dette innebærer at aktørene som skal betale for løsningen og bringe kostnader til drift og forvaltning, får foretatte gode beslutningsmuligheter inkl. økonomiske konsekvenser.	Vi noterer oss Helse Sør-Øst sitt synspunkt
67		Vi mener at primismodellene bør utvikles mer i retning av forslaget til primismodell for VKP. Men også her er det viktig at fordelingsnøkler tar hensyn til at dette er en viktig samhandlingskomponent der RHFene må ta en større andel av kostnadene. I tillegg med prinsippet som er tidligere er brukt om å ikke betaling stimulerer til økt bruk.	Vi noterer oss KS sitt synspunkt vedr. primismodell for VKP.	

68	Generert		<p>Inneholdingsvis, kan vi ikke se at anbefaling fra NHN er i tråd med stortingsets anordningsvedtak, der det ved fastsettelse av hva kommunene skal betale skal tas hensyn til kommunenes nytte av løsningene. Det opplever vi videre at føringerne som av Helse- og omsorgsdepartementet er lagt til grunn for evalueringen har virket svært begrensende og ikke ivarettatt den politiske intensjonen med evaluering. Vurderingene av primordier mangler blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva kunne vært alternative modeller?</li> <li>• Hvilke effekter har det at noen virksomheter er pålagt å finansiere andre virksomheter bruk av løsningene?</li> <li>• Hva er de store kostnadsdriverne?</li> <li>• I hvilken grad er det mulig å ta ut økte kostnader i nytte?</li> <li>• Hvilke incentiver og tilpasninger skal til for å stimulere til økt bruk?</li> <li>• Hvordan kompenseres oppstartskostnader?</li> <li>• Hvor stor andel tar staten ved utvikling av nye løsninger?</li> </ul>	Vi har merket oss KS sitt synspunkt vedrørende Norsk helsenett sine anbefalinger til justeringen i primordier. Bakgrunn for våre anbefalinger fremkommer i rapporten, se blant annet Sammenheng. Vi noterer oss også KS sitt synspunkt på Norsk helsenett sin tolkning av oppdraget.	
69	KS	Faktorer som vi mener burde tas med i det videre arbeidet med modellene. Dette gjelder særlig behovet for å videreutvikle grunnlaget på følgende områder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evalueringen gjennomført av NHN medfører at kostnadsvekst skal kommunene ta, mens gevinstene (i norsk helsenett) skal staten ta. Det er viktig at primordier videreutvikles der også kommunene kan dra nytte av gevinstene, også ved effektiviseringsgevinster hos driftsleverandøren.</li> <li>• En forutsetning av stortingsets vedtak bør være at kommunenes kostnadsøkning knyttet til disse løsningene ikke skal være større enn nyten for kommunene, altså at kostnadene ikke skal redusere kommunenes kapasitet til tjenesteproduksjon forøvrig.</li> <li>• KS forventer en reell vurdering av alternative modeller, inklusive hybrid modell som er basert på fordeling av grunnlagskostnader som alle aktører skal dekke samt differenserte kostnader basert på reell bruk (rettferdighetsprinsippet). Dette er transparente og forståelige modeller som brukes for andre digitale felles tjenester med gode erfaringer, uten at dette oppleves som problematisk og begrenser bruk eller utbredelse.</li> <li>• Endringer i fordelingsnøkkel bør ta sig, på i veiet etter 2023. Dvs. kostnader pålagt frem til og med 2023 skal fordeles etter gammel nøkkel. Dette for å unngå urimelig kostnadsvekst hos enkelte aktører som skyldes endring i nøkler og ikke endringer i reelle kostnader</li> <li>• Det er fortsatt vanskelig å forstå hva som legger til grunn for fordelingen. De langsiktige konsekvensene bør simuleres for å gi et konkret og forutsigbart underlag for kostnadsutviklingen. – Modellen er ikke etterprøvet og gir ikke forutsigbarhet frem i tid</li> <li>• Kommunene må som hovedutgangspunkt kompenseres for økning i netto kostnader de er pålagt å betale (kostnad fratrukket nytte i kommunenes egen drift), inkl. den store driveren som er private fastlegers bruk av løsningene.</li> <li>• Kommunene må kunne påvirke bruk av midler i NHN som ikke er benyttet. Midlene må videreføres inn i påfølgende år og inn på samme område som de var ment å benytte (løst over en ramme på 3-5%)</li> <li>• Det må komme tydelig frem når modellen skal evalueres på nytt og oppdateres</li> <li>• Det må komme tydelig frem hvilke mekanismer som legges til grunn for oppdatering av fordelingsnøkkel</li> <li>• Det må etableres et rammeverk for måling og videre utvikling av fordelingsnøkkel</li> </ul> <p>Det er viktig å avklare forutsetninger og krav til nasjonale e-helseløsninger slik at disse bidrar til effektive og likeverdige helsetjenester i kommuner og fylkeskommune. Som del av dette bør det nasjonalt, eks. via nasjonalt senter for e-helseforskning, tas større ansvar for følgeforskning og effektstudier for å få reell kunnskap om anvendelseskonsekvenser og effekter av løsningene i tjenestene og bygge kunnskap om eventuelle barrierer for realisering av de forventede nytteeffektene.</p>	Vi noterer oss KS sitt innspill til faktorer som burde tas med i det videre arbeidet.	Flere av de opplyste punktene ivaretas under kapittel 7 - Veien videre
70				Vi noterer oss KS sitt innspill.	
71			<p>Aller viktigst mener vi at Norsk Helsenett må gis oppdrag om utvikling av datagrunnlag om reell bruk av de ulike tjenestene i ulike målgrupper, og hvilke datasett som gir mest nytte for ulike brukergrupper. Med utgangspunkt i slike kunnskapsgrunnlag bør løsningene videreutvikles og tilpasses slik at de reelt understøtter og øker arbeidshverdagen i kommunene, og kan tas i bruk som en integrert del av tjenesten og dermed realisere nyttepotensiale.</p>	Vi noterer oss KS sitt innspill.	Elementer av dette er lagt inn under kapittel 7 - Veien videre
72			<p>Med bakgrunn i dette tar vi anbefaling fra Norsk helsenett til justering av primordier til etterretning, samtidig som vi opprettholder tidligere hovedposisjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonal infrastruktur er i utgangspunktet et statlig ansvar som burde vært finansiert av staten i tråd med annen nasjonal infrastruktur.</li> <li>• Når pasientjournalen har endret dette grunnleggende hovedprinsippet, må sektoren sansett opplyse at dette er god, transparent og forutsigbare modell som gir incentiver om å ta i bruk nasjonale løsninger – samtidig som det ikke skjer en kostnadsoverføring fra stat til kommune som kommunene ikke kan hente inn gjennom gevinster i tjenesten.</li> <li>• Løsebehandling, forutsigbarhet, etterprøvet og transparent må ivaretas som grunnleggende forvaltningsprinsippet.</li> </ul>	Vi har merket oss KS sitt synspunkt.	Elementer av dette er lagt inn under kapittel 7 - Veien videre