

Høring av forslag til endringer i forskrift om
standarder og nasjonale e-helseløsninger (endring i
betalingen for nasjonale e-helseløsninger og plikt til
bruk av tjenester på helsenorge.no)

Høringsfrist: 28.11 2025

Innhold

1	Innledning	3
2	Gjeldende rett.....	4
2.1	Pasientjournalloven	4
2.2	Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger	5
3	Departementets vurderinger og forslag.....	6
3.1	Virksomhetenes plikt til å betale for forvaltning og drift.....	6
3.1.1	Generelt om beregning av kostnader og fastsetting av betaling	9
3.1.2	Betaling for helsenettet.....	13
3.1.3	Betaling for Nasjonal kjernejournal	15
3.1.4	Betaling for e-resept.....	17
3.1.5	Betaling for helsenorge.no	19
3.2	Plikt til bruk av tjenester på helsenorge.no.....	20
3.3	Endringer i mandatet til det tekniske beregningsutvalget.....	24
4	Administrative og økonomiske konsekvenser	25
4.1	Betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.....	25
4.2	Innføring av plikt til bruk av tjenester på helsenorge.no	26
	Forslag til forskriftsendringer	27

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag til endringer i forskrift 1. juli 2015 nr. 853 om standarder og nasjonale e-helseløsninger. Departementet foreslår, på bakgrunn av endringer i kostnader til forvaltning og drift, endringer i beløpene som virksomheter skal betale for de fire nasjonale e-helseløsningene; helsenettet med grunndata og helseID, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no.

Forslagene til endring i betaling er basert på tallgrunnlaget og forslag til justering i prismodellen for helsenettet fra Norsk helsenett SF, vurderingen fra det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger og drøftinger i Nasjonalt e-helseråd. Norsk helsenett har anslått den samlede reduksjonen i kostnader til forvaltning og drift fra 2025 til 2026 til totalt 20,3 mill. kroner, inkludert kostnader til pasientens prøvesvar som del av kjernejournal. I tillegg vil betalingen bli redusert med et engangsbeløp på 44,9 mill. kroner fra 2025 til 2026 som følge av ubenyttede midler til forvaltning og drift av kjernejournal, e-resept og grunndata og helseID som del av helsenettet.

Departementet vil gjøre en endelig vurdering høsten 2025 av om pasientens prøvesvar som del av kjernejournal er tilstrekkelig utprøvd til å bli overført til betalingspliktig forvaltning fra 2026.

Forslag til endringsforskrift inneholder tall før prisjustering, og beløpene vil derfor bli prisjustert før forskriften fastsettes.

Forslaget innebærer en reduksjon i betalingen fra 2025 til 2026 på totalt 19,2 mill. kroner for regionale helseforetak og 8,6 mill. kroner for kommunene. Apotek og bandasjist får en samlet reduksjon på 1,5 mill. kroner. I tillegg kommer prisjustering basert på Statistisk sentralbyrås publiserte endring i konsumprisindeks de siste 12 måneder.

Prismodellen for kjernejournal er foreslått justert slik at kommuner og regionale helseforetak betaler en like stor andel av kostnadene. For tjenesten pasientens prøvesvar som del av kjernejournal, er det imidlertid foreslått at regionale helseforetak betaler 60 prosent av kostnadene og kommunene 40 prosent.

Når det gjelder betalingen for helsenettet, er det foreslått endringer i prismodellen for kategorien «øvrige aktører» som gjør at modellen blir mer finmasket og mer tilpasset de ulike aktørene. Endringene innebærer blant annet at priskategorien for virksomheter i kategorien små og mellomstore virksomheter får en betydelig reduksjon før prisjustering. Alle kategorier får lavere eller samme pris før det er tatt hensyn til prisjustering. Det gjelder også kategorien forfylkeskommunene som får lavere pris før prisjustering. Det blir ingen endring i fordelingen mellom regionale helseforetak, kommuner og øvrige aktører.

Årlige endringer i betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene, med unntak for ordinær prisstigning, skal fastsettes gjennom endringer i forskriften. Det er etablert et system der det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger vurderer tallgrunnlaget fra Norsk helsenett SF for beregnede kostnader til forvaltning og drift, og der fordeling av kostnadsveksten (prismodellene) drøftes i den nasjonale rådsmodellen. Det tekniske beregningsutvalget leverer rapporter til departementet 1. mai

og 1. oktober. Vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, skal synliggjøres og drøftes i rådsmodellen. Endringene i kostnader for kommunal sektor drøftes i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS.

Norsk helsenett SF gjennomfører, som oppfølging av evaluering av prismodellene i 2023, årlige vurderinger av mulige endringer i prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene. Norsk helsenett skal videre legge til rette for økt forutsigbarhet for aktørene og bidra i Helsedirektoratets arbeid med evaluering av nytte.

Departementet foreslår videre en plikt for selvstendig næringsdrivende fastleger og kommuner for sine fast ansatte fastleger, å tilgjengeliggjøre tjenestene «reseptfornyelse» og «e-kontakt» på helsenorge.no fra 1. juli 2026.

Det foreslås også å oppheve § 18 andre ledd andre punktum som en følge av at det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger kun skal behandle tallgrunnlag for kostnadsutvikling og prognoser på våren.

Helsedirektoratet har foreslått å forskriftsfeste tre nye obligatoriske meldingsstandarder i forskriften § 6. Dette er helsefaglig dialog (HIS 1077:2017), status på henvisning (HIS 1206:2018) og viderehenvisning (1208:2018). Disse standardene er anbefalt i dag. Departementet foreslår ikke en slik endring nå, men vil vurdere spørsmålet på nytt senere.

2 Gjeldende rett

2.1 Pasientjournalloven

Pasientjournalloven § 8 andre og tredje ledd hjemler at departementet kan i forskrift gi regionale helseforetak, kommuner, apotek, bandasjister og andre virksomheter plikt til bruk av de nasjonale e-helseløsningene helsenettet, nasjonal kjernejournal, e-resept og helsenorge.no.

Det er en forutsetning for å innføre plikt til bruk av en nasjonal e-helseløsning at:

- Økonomiske og administrative konsekvenser er utredet, herunder teknologiske forutsetninger og avhengigheter,
- det skal være utarbeidet nasjonale innføringsplaner basert på erfaring fra utprøving av løsningene i kommunene og
- Norsk helsenett SF har nødvendig kapasitet til test og godkjenning og at det skal være gjennomført tekniske tilpasninger i de nasjonale løsningene.

Kommuner kan ikke pålegges en slik plikt før en vesentlig andel av kommunene har tatt den aktuelle løsningen i bruk jf. § 8 femte ledd.

Vilkåret om «vesentlig andel» ble foreslått i Stortinget ved behandlingen av Prop.3 L (2021-2022). Dette fremkommer av Innst. 47 L (2021-2022). Hvor mange kommuner som vil utgjøre «en vesentlig andel», er ikke nærmere angitt verken i loven eller i forarbeidene. Selve uttrykket «en vesentlig andel» er et skjønnsmessig vilkår. Bestemmelsen skal sikre

at formålet med å innføre en plikt til bruk er å få de siste kommunene i et innføringsløp til å ta i bruk løsningen.

Departementet legger til grunn at vurderingen av «vesentlig andel» i hovedsak refererer til antallet kommuner som har tatt en løsning i bruk, jf. bestemmelsens ordlyd, ikke hvilken andel av landets befolkning disse representerer.

Pasientjournalloven § 8 fjerde ledd hjemler at departementet kan gi forskrift om at regionale helseforetak, kommuner, apotek, bandasjister og andre virksomheter skal betale for at de nasjonale e-helseløsningene gjøres tilgjengelige for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten eller – når det gjelder helsenorge.no – for allmennheten.

Det er presisert at når det gjelder apotek og bandasjister, kan eventuell plikt til betaling kun omfatte løsningene nevnt i § 8 andre ledd bokstav a og c, det vil si helsenettet og e-resept. Det avgjørende er om e-resept er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomheten og at det er inngått avtale om tilkobling til helsenettet.

Også andre virksomheter som har inngått avtale om tilkobling til helsenettet kan pålegges å betale for forvaltning og drift av helsenettet.

Videre følger det at departementet kan gi forskrift om det nærmere innholdet i betalingsplikten og løsningene, inkludert krav til løsningenes innhold, hvilke virksomheter som omfattes og betalingspliktig beløp. Forskriftene kan også fastsette fra hvilket tidspunkt betalingsplikten, plikten til å gjøre en løsning tilgjengelig i virksomheten eller plikten til å gjøre tjenester tilgjengelig på helsenorge.no, skal gjelde.

Virksomhetenes samlede betaling skal ikke overstige kostnadene til forvaltning og drift av løsningene. Betalingen vil fastsettes på bakgrunn av forventede kostnader i det kommende budsjettåret. Kravet innebærer derfor ikke at virksomhetenes betaling for det enkelte år skal tilsvare de faktiske kostnadene i dette året, men at dette skal være tilfellet over tid. Det vil derfor ved fastsettelsen av betalingen i et bestemt år ikke bare være relevant å se hen til forventede kostnader i dette året, men også til avviket mellom den faktiske betalingen for foregående år sammenlignet med de faktiske kostnadene. Beregning av kostnadene skal baseres på en bærekraftig forvaltning og drift som tar høyde for verdibevarende oppdatering og vedlikehold av løsningene.

2.2 Forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

Forskriften §§ 9 til 12 regulerer plikt til bruk av e-helseløsningene. Videre regulerer §§ 13 til 16 den konkrete betalingen for de fire nasjonale e-helseløsningene. De regionale helseforetakene og kommunene plikter å betale for helsenettet inkl. grunndata og helseID, Nasjonal kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Apotek og bandasjist plikter å betale for forvaltning og drift av e-resept, og alle som er medlemmer i helsenettet betaler for forvaltning og drift av helsenettet. Alle betalingene skal skje til Norsk helsenett SF.

Forskriften § 17 fastsetter at Norsk helsenett SF kan øke betalingen uten forskriftsendringer tilsvarende forventet prisstigning. Prisstigningen beregnes på bakgrunn av SSBs publiserte endring i konsumprisindeks de siste 12 måneder.

Forskriften § 18 regulerer Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger. Utvalget skal bidra til transparens i prosessen og gi et best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Utvalget skal gjennom arbeidet med å vurdere og kvalitetssikre tallmaterialet, bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren gjennom å få innsikt i tallgrunnlaget får innflytelse over kostnadsutviklingen, og til å oppnå størst mulig grad av konsensus om nivå på kostnadene. Medlemmene i utvalget oppnevnes av departementet og har representasjon fra kommunesektoren oppnevnt av KS (KS og kommuner), de regionale helseforetakene, Den norske legeforening, og Apotekforeningen. Helsedirektoratet leder utvalget og ivaretar sekretariatsfunksjonen.

Utvalgets vurderinger inngår som en sentral del av beslutningsgrunnlaget når departementet fastsetter betalingen. Helsedirektoratet legger fram resultatet av utvalgets arbeid for departementet. Norsk helsenett SF skal levere grunnlagsmaterialet til utvalget. Utvalget leverer 1. mai hvert år en rapport med vurdering av tallmaterialet fra Norsk helsenett. Dette materialet er basert på Norsk helsenetts prognoser om forventet kostnadsutvikling og legger en øvre ramme for betaling året etter. 1. oktober hvert år leverer utvalget en rapport med vurderinger av Norsk helsenetts beregninger av tjenestepriser og avgiftsatser for kommende år på et mer detaljert nivå. I tillegg gjør utvalget i denne rapporten en vurdering av Norsk helsenetts prognoser for kostnadsutviklingen året etter.

3 Departementets vurderinger og forslag

3.1 Virksomhetenes plikt til å betale for forvaltning og drift

Regionale helseforetak og kommuner fikk fra 1. januar 2022 en forskriftsfestet plikt til å betale Norsk helsenett SF for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene helsenettet, e-resept, Nasjonal kjernejournal og helsenorge.no. Plikten til betaling for regionale helseforetak og kommuner gjelder uavhengig av om løsningene faktisk er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomhet. I tillegg skal fylkeskommuner og andre virksomheter som har inngått avtale om tilkobling til helsenettet, betale for helsenettet. Videre ble apotek og bandasjister pålagt å betale for e-resept. Flere statlige etater betaler også for drift og forvaltning av løsningene og faktureres direkte uten at det er regulert i forskriften.

Departementet viser til at både de regionale helseforetakene og kommunene har ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen. Dette går fram av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. De nasjonale e-helseløsningene er viktige for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne oppfylle sitt ansvar. Betalingen baseres på en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale e-helseløsninger som kommer pasientene til gode og som i tillegg tar hensyn til bruk og nytte av løsningene.

Departementet legger vekt på at betalingsmodellen bør være enkel å forvalte, stabil over tid, reflektere mulige gevinster og stimulere til bruk av fellesløsninger.

Kostnadsfordelingen bør videre gi en relativt rettferdig fordeling av den økonomiske byrden og i rimelig grad reflektere fordelingen av gevinster mellom aktørene. Budsjettene og antall årsverk for de to tjenestenivåene er om lag av samme størrelse, og det er i tillegg tatt hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk. For apotek og bandasjisters betaling for e-reseptløsningen, skal betalingen så langt det er mulig baseres på en vurdering av nytten virksomhetene har av løsningen. Dette går fram av høringsnotatet fra 15. juni 2021 med forslag til endringer i pasientjournalloven og tilhørende forskriftsendringer.¹

Departementet viser videre til evalueringen av prismodellene som førte til mindre justering i prismodellene for alle de nasjonale e-helseløsningene fra 1. januar 2024², og som påvirker fordeling av kostnadsveksten mellom aktørene som betaler for løsningene.

Prismodellene foreslås i hovedsak videreført i 2026, med unntak for helsenettet der det foreslås nye justeringer for gruppen øvrige aktører og for kjernejournal der det gjøres en justering slik at kostnadene fordeles likt mellom kommuner og regionale helseforetak.

I sammenheng med evalueringen av prismodellene i 2023 fikk daværende Direktoratet for e-helse gjennomført en kartlegging av tilgjengelig kunnskap om bruk av løsningene som konkluderer med at det finnes relativt omfattende og grundige analyser av nytten av flere av løsningene.³ Det finnes også mye data om bruk av løsningene, men disse er i liten grad tilrettelagt for bruk i gevinstrealisering og nyttestyring. Det gjør det vanskelig å tallfeste den direkte nytten hver av løsningene har for virksomhetene i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det betyr at det er krevende å bruke nytte som grunnlag for å fordele kostnader på mer detaljert nivå for eksisterende tjenester. Bruk av nytte som grunnlag for kostnadsfordeling må også ses i sammenheng med at finansieringsmodellen bygger på prinsippet om obligatorisk samfinansiering, og ikke er direkte knyttet til faktisk bruk og nytte av løsningene for den enkelte virksomhet. For eksempel tar fordelingen av kostnadene mellom kommunesektoren og regionale helseforetakene utgangspunkt i en kombinasjon av potensialet for å ta løsningene i bruk og ansvaret for å tilby tjenester, mens betalingen fordeles mellom kommunene etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse, som brukes i inntektssystemet for kommunene, og ikke tar hensyn til bruk. For nye tjenester som pasientens prøvesvar og sentral forskrivningsmodul pågår det vurderinger av nytte. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å oppdatere kostnad-nytte-vurderinger og gjennomføre måling og evaluering av tiltakene i satsing på digital samhandling.

I mange tilfeller vil det også være pasientene som samlet sett har den største nytten av løsningene, både tidsgevinster og gevinster knyttet til kvalitet på tilbudet. Departementet legger vekt på at pasientenes gevinster av løsningene henger sammen med ansvaret for å

¹ [Høring: \(Tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger\) Forslag til endringer i pasientjournalloven og IKT-standardforskriften - Tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger - regjeringen.no](#)

² [evaluering-av-prismodeller.pdf \(nhn.no\)](#)

³ Kunnskapsoppsummering: Bruk og nytte av e-helseløsninger: [Bruk og nytte av e-helseløsninger Rapport v1.0.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

tilby helse- og omsorgstjenester til befolkningen og er et viktig grunnlag for å fastsette fordelingen av betalingen mellom aktørene.

Norsk helsenett presenterer statistikk over utbredelse og bruk av løsningene på sine hjemmesider. Helsedirektoratet skal oppdatere kost-nytte-vurderinger og gjennomføre måling og evaluering av arbeidet med å videreutvikle løsningene i satsingen på digital samhandling.

Fordelingen av kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger mellom de regionale helseforetakene, tar utgangspunkt i fordelingsnøkler i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisbevilgningen. Fordelingen av kostnader mellom helseforetakene innenfor en region bestemmes av det enkelte regionale helseforetak. Når det gjelder fordeling mellom kommunene, fordeles betalingen etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene. Se nærmere omtale under punkt 3.1.2 når det gjelder tjenesten velferdsteknologisk knutepunkt. Fordeling av kostnadene mellom apotekene og mellom bandasjistene baseres på oppslag i e-resept som fører til salg.

Både kommuner og regionale helseforetak ble ved innføring av betalingsplikten fra 1. januar 2022 kompensert for alle eksisterende kostnader til forvaltning og drift av kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Kommuner og regionale helseforetak ble også kompensert for en tredjedel av kostnadsveksten i 2022 og 2023. Kommunene ble i tillegg kompensert for alle eksisterende kostnader til forvaltning og drift av helsenettet. Kompensasjonen er fordelt mellom kommuner etter samme fordelingsnøkler som betalingen.

I sammenheng med behandling av Prop. 3 L (2021-2022) fattet Stortinget følgende anmodningsvedtak som følges opp av departementet:

- Vedtak 87: Stortinget ber regjeringen om at de årlige endringene i kostnader for kommunal sektor drøftes i konsultasjonsordningen med KS.
- Vedtak 88: Stortinget ber regjeringen sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og tiltak i nasjonal e-helseportefølje, skal synliggjøres og behandles i den nasjonale rådsmodellen for e-helse.
- Vedtak 89: Stortinget ber regjeringen sørge for 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.

Departementet og KS har i fellesskap utarbeidet et årshjul for dialogen mellom stat og kommune. Dette innebærer at endringer i kostnader til forvaltning og drift behandles i en politisk konsultasjon om våren og i det bilaterale konsultasjonsmøtet mellom departementet og KS om høsten. Videre har Helsedirektoratet fått i oppdrag å legge opp til et årshjul for den nasjonale rådsmodellen for e-helse som er tilpasset forankringsprosessene mellom KS og regjeringen. Direktoratet skal også sørge for at vekst i kostnader til forvaltning og drift som er en konsekvens av investeringsbeslutninger og

tiltak i nasjonal e-helseportefølje, synliggjøres og drøftes i rådsmodellen. Et eksempel på dette er pasientens prøvesvar som vil føre til økte kostnader til forvaltning og drift av kjernejournal. Forventede kostnader til forvaltning og drift ble presentert som en del av grunnlagsmaterialet da forslaget om å utvikle pasientens prøvesvar som en tjeneste i kjernejournal ble drøftet i rådsmodellen.

Når det gjelder vedtak 89, er dette fulgt opp gjennom den evaluering av prismodeller som Norsk helsenett SF la fram i 2023, og som dannet grunnlaget for endringer i betalingen for nasjonale e-helseløsninger i 2024. I evalueringen og departementets oppfølging er det lagt til grunn at finansieringsmodellen med obligatorisk samfinansiering av de samlede kostnadene til forvaltning og drift skal videreføres. Det gjelder også hvilke aktører som er pliktige til å betale for e-resept, kjernejournal og helsenorge.no, at kommuner betaler for fastleger og regionale helseforetak for avtalespesialister, at apotek og bandasjist skal betale for e-resept, og at innbygger og pasienter ikke skal betale. Alle brukere skal betale for helsenettet. Prismodellene er vurdert med utgangspunkt i om de fremmer bruk, bidrar til forutsigbarhet for aktørene, er enkle å forvalte og tar hensyn til kommunesektorens og øvrige aktørers nytte og bruk av løsningene. Det er med utgangspunkt i forutsetningen om obligatorisk samfinansiering, lagt vekt på at prismodellene må ta hensyn til samfunnsøkonomisk nytte av løsningene og ikke kan baseres på bedriftsøkonomisk lønnsomhet for den enkelte aktør. Departementets oppfølging av anmodningsvedtaket ble omtalt i Prop. 1 S (2023-2024) og behandlet av Stortinget i sammenheng med behandlingen av statsbudsjettet for 2024. Norsk helsenett SF vurderer årlig om det er behov for justeringer i prismodellen. Det foreslås i dette høringsnotatet én justering i prismodellen for kjernejournal og ytterligere justeringer i prismodellen for «øvrig aktører» for helsenettet fra 2026.

3.1.1 Generelt om beregning av kostnader og fastsetting av betaling

Beregningen av betalingen er basert på tallgrunnlaget fra Norsk helsenett SF om forventede kostnader til forvaltning og drift kommende år, Norsk helsenett SFs forslag til justering av prismodellen for helsenettet og kjernejournal, og vurderingen fra det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger. Norsk helsenett SFs forslag til justering av prismodellen for kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger ble også drøftet i Nasjonalt e-helseråd 12. juni 2025.

Videre har Helsedirektoratet på oppdrag fra departementet foreslått hvilke hensyn som bør ivaretas og prosedyrer som bør gjennomføres før nye tjenester knyttet til nasjonale e-helseløsninger overføres til forvaltning med tilhørende plikt til betaling. Dette inngår som en del av beslutningsgrunnlaget ved endringer i betalingen.

Helsedirektoratet anbefaler at følgende elementer må være vurdert før plikt til betaling kan forskriftsfestes:

1. juridisk vurdering om tjenesten kan defineres som en del av en nasjonal e-helseløsning etter pasientjournalloven § 8, og
2. det er definert og gjennomført tilstrekkelig utprøving av tjenesten.

Helsedirektoratet legger vekt på at hva som defineres som tilstrekkelig utprøving vil variere, men foreslår noen generelle krav:

1. at tjenesten må dekke prioriterte behov,
2. være testet i henhold til minimumskrav,
3. være utprøvd for sentrale aktører og brukergrupper,
4. må være utprøvd for sentrale aktører og brukergrupper og testet i samhandling mellom relevante aktører, og
5. Norsk helsenett og Helsedirektoratet har tilstrekkelig kapasitet til å støtte videre utprøving.

Når det gjelder betalingen for 2026, vil denne vurdering blir gjort for pasientens prøvesvar som del av kjernejournal. Departementet har inkludert kostnadene til forvaltning og drift av pasientens prøvesvar i forslaget til betaling for 2026, men vil høsten 2025 gjøre en endelig vurdering av om tjenesten er tilstrekkelig utprøvd til å gå over i forvaltning i dialog med aktørene som betaler for tjenesten.

Beregning av kostnader

Beregning av kostnadene skal baseres på en bærekraftig forvaltning og drift som tar høyde for verdibevarende oppdatering og vedlikehold av løsningene. Virksomhetenes samlede betaling skal ikke overstige de kostnadene Norsk helsenett SF har til å forvalte og drifte løsningene. Norsk helsenett skal ikke gå med overskudd i større utstrekning enn nødvendig for å sikre en forsvarlig drift. Kostnadene kan inkludere en nødvendig risikomargin.

Alle kostnader til forvaltning og drift skal inngå i beregningsgrunnlaget. Forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene omfatter blant annet produkt- og applikasjonsledelse, versjonshåndtering, bruker- og kundehenvendelser, hendelses- og problemhåndtering (inkludert feilretting) og funksjonelle og tekniske endringer slik at løsningene skalerer og teknisk gjeld unngås. I tillegg kommer ivaretagelse av endrede krav til universell utforming, nødvendige endringer på plattformen som følge av at nye tjenester utvikles, og en rekke sikkerhetstiltak for å ivareta krav etter personvernforordningen. Når det gjelder helsenorge.no, er etablering av standardprofiler for integrasjon for innsyn og forbedret arkitektur for å kunne utbre til nye aktører, aktuelle eksempler. Drift omfatter produksjonsledelse, lisenser og driftshåndtering, tele- og datanettverk og datasenter mv.

Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger

Oppgaver og sammensetning av Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger er regulert i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger § 18. Utvalgets vurderinger vil inngå som en sentral del av beslutningsgrunnlaget når betalingen skal fastsettes. Helsedirektoratet legger fram resultatet av utvalgets arbeid for departementet.

Departementet understreker at utvalget kun gir råd til departementet og at betalingen fastsettes i forskrift. Selv om en del av formålet er å bidra til størst mulig enighet om tallgrunnlaget, er det ikke en forutsetning at utvalget blir enige om konklusjonene. Der aktørene har ulikt syn, skal dette gå fram av rapporten til departementet.

Utvalget har gått gjennom tallgrunnlaget fra Norsk helsenett basert på prognoser og forventet kostnadsutvikling fra 2025 til 2026. Teknisk beregningsutvalg har vurdert og kvalitetssikret Norsk helsenetts tallgrunnlag for de nasjonale e-helseløsningene for 2026 slik det er forelagt for utvalget. Norsk helsenett får gode tilbakemeldinger på oversiktlig tallgrunnlag. Tallgrunnlaget danner en øvre grense for kostnadsnivået for 2026. Betaling for pasientens prøvesvar er inkludert i Norsk helsenetts tallgrunnlag fra og med 2026. Teknisk beregningsutvalg diskuterte behovet for klar prosess for overgangen fra utviklingsprosjekt til forvaltning med tilhørende betaling for forvaltning og drift av pasientens prøvesvar.

Teknisk beregningsutvalg påpeker at det er positivt at Norsk helsenett jobber med effektivisering av løsningene og derigjennom håndterer både økt volum og mye av veksten som følge av satsingen på digital samhandling. Utvalget påpeker samtidig at drift- og forvaltningskostnadene til de nasjonale e-helseløsningene er svært krevende å håndtere for hele sektoren. Videre mener utvalget at løsningene ikke er godt nok tilpasset alle aktørenes behov ved tidspunktet plikt til betaling inntreffer. Utvalget har også en bekymring over kostnadsutviklingen framover.

Norsk helsenett har også lagt fram en prognose over kostnadene for utvalget. Norsk helsenett har anslått veksten i kostnader til forvaltning og drift i perioden fra 2026 til 2029 til 44 mill. kroner. Kostnadsøkningen fra 2026 til 2027 er anslått til 20 mill. kroner. Den største kostnadsdriveren er nyutvikling og investeringer i de nasjonale e-helseløsningene. Norsk helsenett har ikke tallfestet mulige kostnadsøkninger knyttet til EHDS-forordningen.

Tabell 3.1: Utviklingen i forskriftsfestet betaling for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger 2023-2026, mill. kroner

Nasjonale e-helseløsninger og Helsenettet 2023– 2026*				
Millioner kroner	Forskrift 2023	Forskrift 2024	Forskrift 2025	Estimat 2026
Helsenorge	334,8	353,9	361,6	392,1
Kjernejournal	124,6	133,9	95,4	126,9
E-resept	142,1	147,3	193,9	168,8
Grunndata og HelselID	85,5	121,5	121,2	105,8
Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)		28,8	26,0	31,0
Helsenettet eksterne tjenester	282,2	170,3	193,1	191,2
Helsenettet felles tjenester		113,0	89,8	0,0
Sum	969,2	1 069,3	1 081,0	1015,8

**Alle tall vises i 2025-kroner. 2024- tall er justert med 3,0 prosent. 2023-tall er først justert til 2024 kroner før justering på 3,0 prosent til 2025 kroner. I 2026 er den samlede betalingen for regionale helseforetak estimert til 440 mill. kroner og for kommuner 464,9 mill. kroner før prisjustering.*

Tabell 3.1 er hentet fra rapporten fra teknisk beregningsutvalg 30. april 2025 og viser utviklingen i den forskriftsfestede betalingen fra 2023 til 2026. Tabellen inkluderer ikke

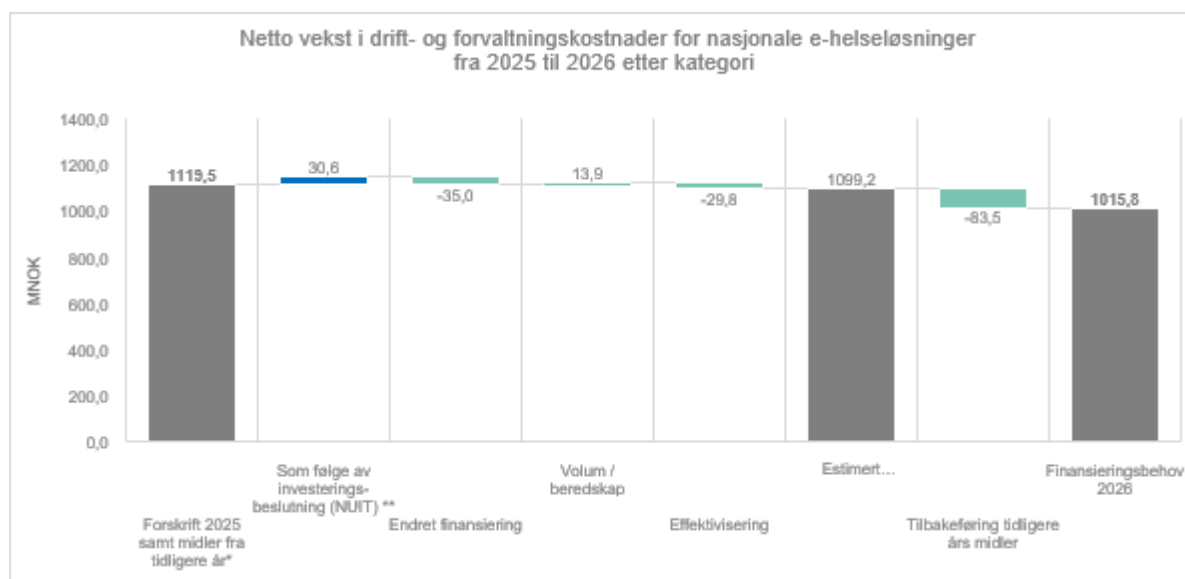
betaling for tjenester på helsenorge.no for registre og forskning og Helfo-tjenester fordi disse tjenestene ikke er omfattet av forskriften, men faktureres særskilt. Det gjelder også Direktoratet for medisinske produkter (DMP) og Helsedirektoratets bruk av e-resept.

Reduksjon i kostnadsnivået fra 2025 til 2026 er estimert til 20,3 millioner kroner. Dette utgjør en kostnadsreduksjon på 1,8 prosent. Betalingen for helsenettet er fratrasket 35 mill. kroner som fra 2026 inngår i tjenester som finansieres utenfor forskriften.

Investeringer og tiltak i nasjonal portefølje medfører kostnadsøkning på 30,6 millioner kroner (pasientens prøvesvar og vekst på helsenorge.no), og økt volum og/eller beredskap medfører kostnadsøkning på 17,9 mill. kroner. Videre er det beregnet effektiviseringsgevinster på 29,8 mill. kroner.

I 2025 er estimerte kostnader til drift og forvaltning av kjernejournal, e-resept og grunndata og helseID som en del av helsenettet, 83,5 mill. kroner lavere enn de forskriftsfestede beløpene. Ved utgangen av 2024 var tilsvarende mindreforbruk 38,6 mill. kroner som tidligere er fratrasket betalingen. Økningen i ubenyttede midler fra 2024 til 2025, vil derfor redusere betalingen i 2026 sammenlignet med 2025 med 44,9 mill. kroner. Figur 3.1. oppsummerer endringer i drift- og forvaltningskostnader fra 2025 til 2026 etter kategori. Figuren viser alle endringer som påvirker kostnadsnivået for 2026 og overførte midler fra tidligere år som kommer til fratrekk i betalingen.

Figur 3.1: Forhold som påvirker kostnadsnivået i 2026*



* Helsenorge.no har 8,6 mill. kroner i midler fra tidligere år og 361,6 mill. kroner i forskriftsfestede midler for 2025. Kjernejournal har 25,9 mill. kroner i midler fra tidligere år og 95,4 mill. kroner i forskriftsfestede midler for 2025. De resterende tjenestene har kun forskriftsfestede midler til disposisjon. Tallene er ikke prisjustert.

Norsk helsenett presenterte samlet oversikt over utvikling i kostnadene til forvaltning og drift som er en konsekvens av nye investeringer eller tiltak i nasjonal e-helseportefølje på møtet i Nasjonalt e-helseråd 20. mars 2025. I møtet 12. juni 2025 drøftet rådet Norsk helsenetts forslag til prismodell for fordeling av kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Rådet drøftet foreslåtte prismodeller og ba Norsk helsenett SF ta med seg innspill inn i videre arbeid. Det ble blant annet stilt spørsmål ved om pasientens prøvesvar vil kunne tas i bruk innen 2026, fordeling mellom kommunene og regionale helseforetak og sammenhengen mellom prismodellene og nytten for

kommunene. Rådet ba om at saksunderlaget til neste års behandling beskriver mer om bruken og det som foreligger av nyttevurderinger.

Fastsetting av betalingen

Betalingen fastsettes basert på forventede kostnader til forvaltning og drift i det kommende budsjettåret. Virksomhetenes betaling for det enkelte år vil derfor ikke nødvendigvis tilsvare de faktiske kostnadene i dette året, men betalingen skal over tid tilsvare disse kostnadene. Det vil derfor ved fastsettelsen av betalingen i et bestemt år ikke bare være relevant å se hen til forventede kostnader i dette året, men også til avviket mellom den faktiske betalingen for foregående år sammenlignet med de faktiske kostnadene. Dersom Norsk helsenett SF fikk betalt mer enn en kostnadsdekning som tar høyde for en bærekraftig utvikling i tidligere år, kan den samlede betalingen året etter reduseres med differansen. Motsatt, kan det tas hensyn til at betalingen i foregående år ikke dekket kostnadene ved å øke den samlede betalingen for det nye året med differansen.

Virksomhetene vil derfor ikke ha krav på tilbakebetaling dersom kostnadene for et bestemt år er lavere enn det som er betalt. Dette følges opp i 2026 ved at udisponerte midler til nasjonale e-helseløsninger vil komme til fratrekk i betalingen i 2026.

Betalingen for de lovfestede nasjonale e-helseløsningene fastsettes ikke individuelt for hver enkelt virksomhet basert på forbruk eller andre objektive kriterier. Det må derfor etableres en priskategori som retter seg mot et ubestemt antall virksomheter og personer. Forskriften kan endres når alminnelige høringsprosesser er gjennomført. Dette gjør det mulig for departementet å foreslå årlige endringer i forskriften basert på kostnadsanslagene fra Norsk helsenett SF, vurderinger og innspill fra det den nasjonale rådsmodellen for e-helse, og det tekniske beregningsutvalget.

Departementet viser videre til at Stortinget har bedt om at de årlige endringene i kostnader for kommunal sektor drøftes i konsultasjonsordningen med KS. Det vil bli gjennomført konsultasjon mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet om forskriftendringene høsten 2025.

3.1.2 Betaling for helsenettet

Regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner har fra 1. januar 2022 plikt til å betale Norsk helsenett SF for kostnader til forvaltning og drift av helsenettet. Alle andre virksomheter, som har inngått avtale om tilkobling til helsenettet, skal også betale for løsningen.

Grunndata og helseID har inngått som komponenter i betalingen for regionale helseforetak og kommuner siden plikt til betaling ble innført i 2022. Fra 2024 ble disse tjenestene også inkludert i betalingen for øvrige aktører. Bakgrunnen for endringen var at dette er tjenester som brukes av de fleste virksomheter i helse- og omsorgstjenesten.

Departementet viser videre til at Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) ble etablert som en tjeneste tilknyttet helsenettet fra 2024.

Norsk helsenett i 2025 har gjort en ny vurdering av prismodellen for helsenettet, inkludert tjenestene grunndata, helseID og velferdsteknologisk knutepunkt. Prismodellen for Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) er ikke endret. Prinsippene i prismodellen for øvrige aktører med fordelingsnøkler basert på omsetning og filialer foreslås videreført, men med enkelte justeringer som gir en mer finmasket og riktig fordeling. På bakgrunn av anbefalingen fra Norsk helsenett foreslår departementet å opprette en ny prisgruppe for omsetning over 80 mill. kroner, at fylkeskommunene plasseres i en egen priskategori. Alle priskategorier får med dette forslaget redusert eller samme pris. Det gjelder også virksomhetene med størst omsetning. I tabell 3.2 gis en oversikt over prisene i de ulike priskategoriene for 2025 og 2026.

Tabell 3.2: Helsenettet – prismodell for «øvrige medlemmer»

Prisgruppe	Pris per mnd. 2025	Pris per mnd. 2026*	
A) Små virksomhetet, omsetning 0-15 mill. kroner	1 202	725	
B) Mellomstore virksomheter, omsetning 15-40 mill. kroner	2 575	1 450	
C) Store virksomheter, omsetning 40-80 mill. kroner	17 167	8 560	
D) Store virksomheter +, omsetning >80 mill. kroner	ny	12 850	
E) Fylkeskommuner	17 167	12 850	
F) Kjeder med 10 eller flere filialer, pris per lokasjon**	1 888	725	
G) Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere	1 888	1888	

*Beløpene er ikke prisjustert. **Med lokasjoner menes filialer registrert i Brønnøysundregisteret.

I tillegg vil departementet vurdere ytterligere endring i prismodellen for helsenettet fra 2027 som følge av at Norsk helsenett nå gjennomgår medlemskapstilknytningen for kategorien «øvrige aktører». Dette vil i all hovedsak gjelde for helsevirksomheter som har fellesfunksjoner i et driftsselskap, men hvor det enkelte helsepersonell tilknyttet driftsselskapet er selvstendig næringsdrivende. For eksempel er majoriteten av legekantor organisert på denne måten. Norsk helsenett har også foreslått at kategori G), som er et unntak for virksomheter som kun yter helsehjelp til egne ansatte/beboere, avvikles og fordeles på øvrige kategorier. Departementets vurdering er at dette ikke er aktuelt på nåværende tidspunkt og det er behov for å utrede disse spørsmålene nærmere før det forslås endringer i forskriften. Før det eventuelt foreslås en endring, skal berørte parter involveres.

Det foreslås ingen endringer i fordelingen mellom de tre hovedsegmentene; kommuner, regionale helseforetak og øvrige aktører fra 2026.

Departementet foreslår basert på forslaget fra Norsk helsenett følgende betaling for helsenettet i 2026:

- Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 63,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet, 35,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av grunndata og helseID og 1,6 mill. kroner til forvaltning og drift av velferdsteknologisk knutepunkt. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.
- Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 63,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet og 35,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av grunndata og helseID. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene. I tillegg skal kommunene betale 29,5 mill. kroner til forvaltning og drift av velferdsteknologisk knutepunkt. Den ene halvparten av betalingen for velferdsteknologisk knutepunkt fordeles mellom alle kommuner etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse, og den andre halvparten fordeles mellom kommunene som har tatt tjenesten i bruk basert på delkostnadsnøkkel for kommunehelse.
- Øvrige medlemmers betaling for drift av helsenettet, inkludert grunndata og helseID, til Norsk helsenett SF er basert på en inndeling i sju priskategorier:
 - Små virksomheter (omsetning 0-15 mill. kroner): 725 kroner per måned
 - Mellomstore virksomheter (omsetning 15-40 mill. kroner): 1 450 kroner per måned
 - Store virksomheter (omsetning 40-80 mill. kroner): 8 560 kroner per måned
 - Fylkeskommuner: 12 850 kroner per måned
 - Ekstra store virksomheter (omsetning >80 mill. kroner): 12 850 kroner per måned
 - Kjeder (10 eller flere lokasjoner): 725 kroner per lokasjon per måned
 - Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere: 1888 kroner per måned

Alle beløpene vil bli prisjustert.

Tabell 3.3: Kostnadsfordeling for helsenettet, inkl. grunndata, helseID og velferdsteknologisk knutepunkt*

	RHF	Kommuner	Øvrige**	Totalt
Helsenettet	63,7	63,7	63,7	191,1
Grunndata og helseID	35,3	35,3	35,3	105,9
Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)	1,6	29,5	0	31,1
Totalt	100,6	128,5	99,0	328,1

*Beløpene er oppgitt i mill. kroner, uten merverdiavgift og vil bli prisjustert.

** Beløpene i kolonnen «Øvrige» er basert på anslag over antall medlemmer i denne gruppen.

3.1.3 Betaling for Nasjonal kjernejournal

Regionale helseforetak og kommuner har fra 1. januar 2022 hatt plikt til å betale Norsk helsenett SF for kostnader til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. For regionale

helseforetak omfatter den forskriftsfestede betalingen for kjernejournal avtalespesialistene som del av spesialisthelsetjenesten, og for kommunene fastlegene som en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet foreslår at en endring i fordelingen av kostnadene til forvaltning og drift av kjernejournal som innebærer at regionale helseforetak betaler 50 prosent og kommuner betaler 50 prosent av kostnadene. Bakgrunnen for dette er at kjernejournal er innført i de fleste kommuner og at det fra 1. januar 2026 blir plikt til bruk av løsningen for kommunale sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

For tjenesten pasientens prøvesvar som er en del av kjernejournal, jf. kjernejournalforskriften, foreslår departementet en prismodell der regionale helseforetak betaler 60 prosent og kommuner 40 prosent av kostnadene i 2026 dersom tjenesten blir inkludert iplikten til betaling. Dette er basert på en anbefaling fra Norsk helsenett og bygger på indikasjoner om at andelen svarrapporter fra sykehus er mindre enn tidligere antatt, og at kjernejournal nå er tatt i bruk i de fleste kommuner. Det pågår arbeid med å prøve ut pasientens prøvesvar og departementet vil gjøre en endelig vurdering høsten 2025 av om tjenesten er tilstrekkelig utprøvd til å bli overført til forvaltning fra 2026.

På sikt legger departementet opp til at prismodellen for pasientens prøvesvar skal tilnærmes prismodellen for kjernejournal for øvrig. Departementet legger vekt på at fordelingen skal ta utgangspunkt i ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester og i tillegg skal ta hensyn til bruk og nytte av tjenestene. Det er også i tråd med vedtaket fra Stortinget om at kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Kjernejournal er tilgjengeliggjort fra Norsk helsenett SF og tatt i bruk i stort omfang av aktørene i helse- og omsorgsektoren. Kjernejournal er innført ved alle sykehus, alle legevakter og ved alle fastlegekontorene. Kjernejournal har kvantifiserbare gevinster både for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell sparer tid på å innhente og kvalitetssikre opplysninger om pasienten ved å benytte kjernejournal, men den største gevinsten av kjernejournal er knyttet til ikke-kvantifiserbare virkninger som bedre pasientsikkerhet og færre tilfeller av feilbehandling.

Kjernejournal øker i utbredelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Per 30. april 2025 er det 324 kommuner som har tilgjengeliggjort kjernejournal for virksomheter i sykehjem og hjemmetjenester, dvs. 90 prosent av kommunene. Det inkluderer kommunene som har tatt i bruk Helseplattformen. Helseplattformen har integrasjon mot Kjernejournal API, som gir en fullverdig tilgang til løsningen. Antall kommuner som har brukt kjernejournal økte fra 196 i 2023 til 243 i 2024. I tillegg viser antall oppslag per aktørtype hjemmesykepleie, sykehjem, omsorgsbolig, andre omsorgsinstitusjoner og KAD en tredobling fra 2023 til 2024 (31418 oppslag er økt til 95148). Det er forventet ytterligere økt bruk i 2026 ved oppstart av utprøving og innføring av pasientens legemiddelliste i kommuner.

KS' har fått gjennomført en kartlegging av effekter og barrierer knyttet til bruk av kjernejournal som viser at:

Helsepersonell opplever flere gevinster når kjernejournal blir brukt som arbeidsverktøy av flere i kommunen, men å ta ut nytten krever tid til opplæring og endringsledelse. Det viser en effektstudie Deloitte nylig har gjennomført for KS.

(...)

De største gevinstene ser ut til å være for hjemmetjenesten som har et høyt volum av brukere, og at en stadig større andel av tjenestemottakere i pleie- og omsorgstjenesten er hjemmeboende. Studien viser også at der hvor kjernejournal har blitt et arbeidsverktøy som benyttes av flere (i behandlingskjeden) oppnår en både kvantitative og kvalitative gevinster. Kjernejournal gir størst nytte når den er tilpasset kommunenes behov.

Departementet foreslår følgende betaling for kjernejournal inkludert pasientens prøvesvar i 2025:

- Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 65,2 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.
- Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 61,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

Tabell 3.4: Kostnadsfordeling mellom RHF og kommuner for Nasjonal kjernejournal*

	RHF	Kommuner	Sum
Kjernejournal	65,2	61,7	109,4

* Beløpene er oppgitt i mill. kroner og vil bli prisjustert.

3.1.4 Betaling for e-resept

Regionale helseforetak, kommuner, apotek og bandasjister har fra 1. januar 2022 plikt til å betale Norsk helsenett SF for forventede kostnader til forvaltning og drift av e-resept. For regionale helseforetak omfatter den forskriftsfestede betalingen for e-resept avtalespesialistene som del av spesialisthelsetjenesten, og for kommunene fastlegene som en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Den forskriftsfestede betalingen for forvaltning og drift av e-resept, inkludert sentral forskrivningsmodul (SFM), foreslås videreført med lik fordeling mellom regionale helseforetak og kommuner (fratrasket betalingen fra apotek og bandasjist). Sentral forskrivningsmodul (SFM) har inngått i den forskriftsfestede betalingsplikten for e-resept fra 1. januar 2025. I tillegg er Helsedirektoratet/Helfo og Direktoratet for medisinske produkter (tidl. Statens legemiddelverk) fra 2024 fakturert for kostnader til forvaltning og drift av løsningen uten at det fremkommer av forskriften. Både Direktoratet for

medisinske produkter og Helfo bruker e-reseptløsningen og har et ansvar for deler av verdikjeden av e-resept. Helfo bruker for eksempel opplysninger fra reseptformidleren til riktig refusjonsoppgjør. Apotek og bandasjister betaler ikke for sentral forskrivningsmodul.

Departementet legger vekt på at fordeling av kostnader skal reflektere aktørenes ansvar for pasientbehandlingen og i tillegg ta hensyn til gevinster av løsningen. E-resept er tilgjengeliggjort fra Norske helsenett SF og tatt i bruk av aktørene i helse- og omsorgssektoren i stort omfang. E-resept er innført i sykehusene og i stor grad tatt i bruk av de største rekvirentene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fastlegene og legevakt. Fastlegene står for en betydelig andel av rekvirering av e-resepter. E-resept har tallfestede gevinster både for pasienter, rekvirenter og apotek. Særlig pasientene har betydelige gevinster av e-resept, både direkte gjennom tidsgevinster og økt pasientsikkerhet. Departementet vurderer at gevinstene av løsningen er omtrent likt fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunal helse- og omsorgstjenesten, selv om ikke alle rekvirenter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten benytter e-resept foreløpig. Begrunnelsen for dette er at e-resept er tatt i bruk av fastlegene og av legevakter og akuttberedskap i kommunene og at dette utgjør det store omfanget av forskrivninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Plikten for apotekene og bandasjistene til å betale for e-resept er knyttet til virksomhetenes nytte av løsningen.

Departementet foreslår følgende betalingsmodell for e-resept i 2025:

- Regionale helseforetak skal betale Norsk helsenett SF 78,8 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept, inkludert kostnadene til forvaltning og drift av sentral forskrivningsmodul (SFM). Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.
- Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 78,8 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept, inkludert kostnadene til forvaltning og drift av sentral forskrivningsmodul (SFM). Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.
- Apotek og bandasjister skal samlet betale Norsk helsenett SF 11,4 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles basert på virksomhetenes oppslag i e-resept som fører til faktisk salg. Med bandasjist menes virksomhet som nevnt i reseptformidlerforskriften § 1-3 nr. 6.

Tabell 3.5 Kostnadsfordeling mellom RHF, kommuner og apotek og bandasjist for e-resept, inkl. forskrivningsmodulene*

	RHF	Kommuner	Apotek, bandasjist	Sum
E-resept**	49,7	49,7	11,4	110,8

Sentral forskrivningsmodul (SFM)	29,1	29,1	-	58,2
Sum	78,8	78,8	11,4	169,0

* Beløpene er oppgitt i mill. kroner, uten merverdiavgift og vil bli prisjustert.

** I tillegg betaler Helsedirektoratet og Direktoratet for medisinske produkter for tjenesten uten at dette er forskriftsfestet.

3.1.5 Betaling for helsenorge.no

Regionale helseforetak og kommuner har fra 1. januar 2022 hatt plikt til å betale Norsk helsenett SF for forventede kostnader til forvaltning og drift av helsenorge.no.

Departementet foreslår at den forskriftsfestede betalingen for forvaltning og drift av helsenorge.no fortsatt fordeles likt mellom regionale helseforetak og kommuner. I tillegg faktureres blant annet Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og regionale helseforetak direkte for forvaltning og drift av tjenester på helsenorge.no uten at det fremkommer av forskriften.

Departementet legger vekt på at helsenorge.no skal være innbyggernes hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett. Alle innbyggere har gjennom helsenorge.no tilgang til generelle råd om helse og livsstil, og kvalitetssikret informasjon om behandlinger, rettigheter og kliniske studier. Ved å logge seg inn på helsenorge.no får innbyggerne tilgang til tjenester som hjelper dem å følge opp egen helse. Helsenorge.no har et omfattende tilbud av informasjon og tjenester som er en del av det generelle helsetjenestetilbudet og støtter både helseforetak og kommuner i å oppfylle sørge-foransvaret. Virksomhetene får tilgang til en plattform og en sikker kanal for kommunikasjon med innbyggerne. Både regionale helseforetak og kommuner benytter og tilbyr løsninger på helsenorge.no til pasienter og brukere.

Helsenorge.no gir store gevinster for innbyggere og pasienter og er viktig for å styrke befolkningens helsekompetanse og pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse.

Norsk helsenett SF har plikt til å gjøre helsenorge.no tilgjengelig både for innbyggere og for helseforetak, kommuner og andre helsevirksomheter som ønsker å benytte løsningen. Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har gevinster av tjenestetilbudet på helsenorge.no, både som rene informasjonstjenester til innbyggerne og innloggingstjenester. Med utgangspunkt i målet om at helsenorge.no skal være innbyggernes felles inngangsport til den offentlige helse- og omsorgstjenesten er departementets utgangspunkt at regionale helseforetak og kommuner bør, innenfor gjeldende prismodell, betale halvparten hver av kostnadene til forvaltning og drift.

Departementet foreslår følgende betaling for helsenorge.no i 2025:

- Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 196,1 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

- Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 196,1 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

Tabell 3.6 Kostnadsfordeling mellom RHF og kommuner for helsenorge.no *

	RHF	Kommuner	Sum
Helsenorge.no**	196,1	196,1	392,2

* Beløpene er oppgitt i mill. kroner, uten merverdiavgift og vil bli prisjustert.

** I tillegg faktureres det for tjenester på helsenorge.no utover det som er forskriftsfestet. Det gjelder tjenester for registre og forskning og Helfo-tjenester.

3.2 Plikt til bruk av tjenester på helsenorge.no

Departementet foreslår at det fra 1. juli 2026 innføres plikt for selvstendig næringsdrivende fastleger og for kommunene for sine ansatte fastleger til å tilgjengeliggjøre følgende tjenester på helsenorge.no:

- E-kontakt (administrativ kontakt med legekantor)
- Reseptfornyelse

Tjenestene er en del av det som i dag omtales som Digital dialog fastlege (DDFL).

Departementet vil ikke foreslå å pålegge plikt til å tilgjengeliggjøre video- eller tekstlig konsultasjon på helsenorge.no nå, men vil gjøre en fornyet vurdering av dette spørsmålet på et senere tidspunkt. Helsenorge.no er en nasjonal innbyggerportal med kvalitetssikret helseinformasjon, kombinert med digitale helsetilbud, selvbetjeningstjenester og en infrastruktur som muliggjør sikker kommunikasjon og samhandling mellom innbyggerne og aktørene i helse- og omsorgssektoren.

For helsenorge.no gjelder ikke plikt til *bruk* av helsenorge.no, men plikt til å *tilgjengeliggjøre* tjenester på helsenorge.no.

Departementet foreslo i forbindelse med høringen av ny fastlegeforskrift, at kommunalt ansatte og næringsdrivende fastleger skal tilgjengeliggjøre timebestilling på helsenorge.no.

Vilkår for å pålegge virksomheter en plikt til bruk av tjenester på helsenorge.no

Pasientjournalloven § 8 andre og tredje ledd hjemler at departementet kan i forskrift gi regionale helseforetak, kommuner, apotek, bandasjister og andre virksomheter plikt til bruk av de nasjonale e-helseløsningene helsenettet, nasjonal kjernejournal, e-resept og helsenorge.no.

Det er en forutsetning for å innføre plikt til bruk av en nasjonal e-helseløsning at økonomiske og administrative konsekvenser er utredet, herunder teknologiske forutsetninger og avhengigheter, det skal være utarbeidet nasjonale innføringsplaner og

Norsk helsenett SF skal ha nødvendig kapasitet til test og godkjenning og at det skal være gjennomført tekniske tilpasninger i de nasjonale løsningene. Se punkt 2.1.

I tillegg må en "vesentlig" andel av kommunene ha tatt i bruk løsningen. I denne sammenhengen vurderes vesentlig andel ut fra de kommunalt ansatte fastlegene, som utgjør om lag 20 prosent av alle fastleger.

Fastlegers bruk av DDFL-tjenester på helsenorge.no

Digital dialog fastlege (DDFL) omfatter ulik funksjonalitet for dialog og selvbetjening på helsenorge.no som tilbyr fastleger og pasienter henholdsvis timeadministrasjon, reseptfornyelse, e-konsultasjon og kontakt legekontoret. Alle EPJ leverandører som brukes i fastlegemarkedet er integrert med helsenorge.no og støtter digitale innbyggertjenester via helsenorge.no. Det er noen ulikheter knyttet til funksjonalitet som tilbys av ulike EPJ leverandører. Det er ingen leverandører som har god støtte for ubesatte fastlegelister, og vikarer som betjener slike lister kan per i dag ikke tilby innbyggertjenester. Helsenorge.no har slik støtte, men siden ingen har tatt den i bruk forventes det behov for videreutvikling også i helsenorge.no.

Utbredelsen av DDFL blant kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende er nesten lik (90 prosent). Tallene er basert på logg fra Norsk helsenett, der tilgang til DDFL registreres per legekontor. Per mars 2025 benytter 88 prosent av kommunalt ansatte fastleger DDFL-tjenester til sine pasienter.

Det vil si at om loggen viser at et legekontor benytter DDFL, anses alle fastleger tilknyttet det legekontoret som brukere av DDFL.

Tabell 3.7 Oversikt over status per mars 2025 for utbredelse av DDFL på helsenorge.no blant fastleger

Digital dialog fastlege (DDFL)	Andel av fastlegene	Andel av befolkning i Norge	Kommentar
Alle fastleger (kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende)	90 %*	91 %	90 % av alle fastleger i Norge har DDFL tilgjengelig. De siste 2 årene har utbredelsen vært jevnt stigende med 22 prosentpoeng. Videre innføring vil skje ved at fastlegene inngår avtaler om DDFL-tjenester med sin journalleverandør.
Kun kommunalt ansatte fastleger	88 % *		88 % av alle kommunale fastleger i Norge har DDFL tilgjengelig. De siste 2 årene har utbredelsen vært jevnt stigende med 23 prosentpoeng.

			Videre innføring vil skje ved at fastlegene inngår avtaler om DDFL-tjenester med sin journalleverandør.
--	--	--	---

*Andel av alle fastleger eller kommuner som har tatt tjenesten i bruk. Statistikken registrerer fastlegekontor med DDFL-tjenester. Det forutsettes at alle fastlegehjemler innenfor et fastlegekontor da benytter DDFL. Ikke-besatte stillinger er ikke medregnet.

Av alle fastleger som har benyttet DDFL er det flest som bruker reseptfornyelse (99 prosent), dernest e-kontakt (91-92 prosent) og timebestilling (86-88 prosent), mens færre har brukt e-konsultasjon (71-76 prosent).

Per april 2025 har 57 prosent av alle fastleger med DDFL aktivert alle de fire tjenestene.

Fornyelse av resept

Med reseptfornyelse kan innbygger sende en forespørsel til fastlegen via helsenorge.no om å fornye resept på medisiner. Pasientene får tilgang til en liste over tidligere utskrevne resepter som er tilgjengelige for fornyelse, og kan velge hvilke resepter den ønsker å fornye. Deretter mottar legen en melding i sitt journalsystem, vurderer forespørselen og enten godkjenner eller avslår den.

En betydelig andel av alle fastleger benytter Reseptfornyelse i dag (89 prosent av alle fastleger og 82 prosent kommunalt ansatte leger). Alle aktuelle EPJ-systemer har støtte for Reseptfornyelse på helsenorge.no. Basert på nåværende kjennskap til økonomiske og administrative konsekvenser fremstår det som lav terskel å innføre tjenesten for de fastleger som ennå ikke har tatt den i bruk. Basert på foreliggende informasjon om nytte fremstår det som at både pasienter og fastleger har betydelige gevinster av å benytte tjenesten. Innføring av plikt anses forholdsmessig.

En vesentlig andel av de kommunalt ansatte fastlegene har tatt tjenesten i bruk. Innføringsaktiviteter gjennom Norsk helsenett er ferdigstilt. Videre utbredelse skjer ved at kommune/fastlege tar kontakt med sin EPJ-leverandør. Norsk helsenett har nødvendig kapasitet til test og godkjenning og det er gjennomført tekniske tilpasninger i de nasjonale løsningene.

For at fastleger som enda ikke tilgjengeliggjør fornyelse av resept på helsenorge.no skal få rimelig tid til å forberede seg til å oppfylle plikten, foreslår departementet plikt til å tilgjengeliggjøre fornyelse av resept på helsenorge.no fra 1. juli 2026.

E-kontakt

E-kontakt kan brukes av pasient til å kontakte legeresepsjonen for administrative henvendelser eller spørsmål. Med administrative spørsmål menes alle typer kontakt som gjelder kontoret, men som i utgangspunktet er uavhengig av legekontakt. Tilsvarende kan legekontoret kontakte pasienten for administrative henvendelser. Tjenesten kan også benyttes til å sende digitalt brev til pasienten fra legen.

En betydelig andel av alle fastleger benytter e-kontakt i dag (82 prosent av alle fastleger og 77 prosent av kommunalt ansatte leger). Alle aktuelle EPJ-systemer har støtte for e-

kontakt på helsenorge.no. Basert på nåværende kjennskap til økonomiske og administrative konsekvenser fremstår det som lav terskel å innføre tjenesten for de fastleger som ennå ikke har tatt den i bruk. Basert på foreliggende informasjon om nytte fremstår det som at både pasienter og fastleger har betydelige gevinster av å benytte tjenesten. Innføring av plikt anses forholdsmessig.

En vesentlig andel av de kommunalt ansatte fastlegene har tatt tjenesten i bruk. Innføringsaktiviteter gjennom Norsk helsenett er ferdigstilt. Videre utbredelse skjer ved at kommune/fastlege tar kontakt med sin EPJ-leverandør. Norsk helsenett har nødvendig kapasitet til test og godkjenning og det er gjennomført tekniske tilpasninger i de nasjonale løsningene.

For at fastleger som ikke er knyttet til e-kontakt på helsenorge.no skal få rimelig tid til å forberede seg til å oppfylle plikten, foreslår departementet plikt til å tilgjengeliggjøre e-kontakt på helsenorge.no fra 1. juli 2026.

Tekstlig e-konsultasjon

Tekstlig e-konsultasjon er en tekstlig dialog mellom fastlege og pasient, og er ment for situasjoner som ikke haster og som ikke krever fysisk oppmøte. Meldingene mellom fastlege og pasient kan inneholde sensitive opplysninger og vedlegg, og den blir journalført i fastlegens journalsystem. Pasienten betaler vanlig egenandel ved e-konsultasjon.

Bruken av e-konsultasjon er tett oppunder 70 prosent av alle fastlegene og 51 prosent blant de kommunalt ansatte legene. Alle aktuelle EPJ-systemer har støtte for e-konsultasjon (tekstlig) på helsenorge.no. Basert på nåværende kjennskap til økonomiske og administrative konsekvenser fremstår det som lav terskel å innføre tjenesten for de fastleger som ennå ikke har tatt den i bruk.

Det er generelt en forventning blant innbyggere i dag at fastlege tilbyr e-konsultasjon. Både pasienter og fastleger er generelt positive til e-konsultasjon, og tjenesten medfører gevinster knyttet til tidsbruk, tilgjengelighet og reduserte utgifter. Det må likevel bemerkes at mange fastleger opplever at e-konsultasjon ikke benyttes riktig fra pasient, og det er usikkert om tjenesten fører til merarbeid for fastlege. Det er viktig med veiledning og informasjon rundt hva som egner seg for e-konsultasjoner og når tjenesten ikke bør benyttes, slik at tjenesten ikke medfører unødvendig ressursbruk hos fastlegen.

Fastlege kan velge å benytte kartleggingsverktøy i forbindelse med e-konsultasjon på helsenorge.no. Pasienten blir da veiledet til å fylle inn mer informasjon om hva konsultasjonen gjelder. Løsningen er et frivillig verktøy som driftes av Norsk helsenett og er nylig satt i produksjon. Erfaringer fra utprøvingen er blant annet at fastleger får bedre informasjon i e-konsultasjoner, og at det kan redusere meldingsutvekslingen. I dag er løsningen tilgjengelig for alle fastleger som bruker dialogtjenester på helsenorge.no.

Departementet vurderer plikt til tilgjengeliggjøring av e-konsultasjon (tekstlig) å være et forholdsmessig virkemiddel, forutsatt at tjenesten benyttes for egnede tilfeller.

Innføringsaktiviteter gjennom Norsk helsenett er ferdigstilt. Videre utbredelse skjer ved at kommune/fastlege tar kontakt med sin EPJ-leverandør. Norsk helsenett har nødvendig kapasitet til test og godkjenning og det er gjennomført tekniske tilpasninger i de nasjonale løsningene.

Per 1. mars 2025 har ca. halvparten av de kommunalt ansatte fastlegene tatt tjenesten i bruk. Dette er ikke en vesentlig andel av de kommunalt ansatte fastlegene og kommunene kan ikke pålegges plikt til å gjøre tilgjengelig e-konsultasjon.

Selv om det kunne vært foreslått en plikt for selvstendig næringsdrivende fastleger å ta tekstlig e-konsultasjon i bruk, finner departementet at det er uheldig å skille mellom selvstendig næringsdrivende og kommunalt ansatte fastleger. Departementet legger særlig vekt på hensynet til pasienter og innbygger og møte med en sammenhengende helsetjeneste uavhengig av organisasjonsform.

Videokonsultasjon

Med en integrert videoløsning med helsenorge.no vil pasienter kunne starte en videokonsultasjon fra helsenorge.no, ved at helsenorge.no gir pasienten en lenke til venterom for videokonsultasjoner.

Selv om det er flere journalleverandører som tilbyr både bestilling og gjennomføring av videotimer på helsenorge.no, er det fortsatt teknisk utvikling hos både EPJ-leverandørene og hos NHN som må gjøres før en plikt til tilgjengeliggjøring av videokonsultasjon kan pålegges.

Departementet vurderer derfor at det er for tidlig å pålegge plikt til å tilgjengeliggjøre videokonsultasjoner på helsenorge.no nå, men vil gjøre en fornyet vurdering av dette spørsmålet på et senere tidspunkt.

3.3 Endringer i mandatet til det tekniske beregningsutvalget

Departementet foreslår endringer i mandatet for det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger. Endringene innebærer at utvalget kun behandler tallgrunnlag for kostnadsutvikling og prognoser på våren, og går bort fra gjennomgangen av tallgrunnlag på høsten. Det betyr at departementet kun får en årlig rapport fra utvalget. Utvalget beholder ett møte på høsten for å drøfte prognose og andre aktuelle problemstillinger og sender referatet til departementet. Endringen krever en justering i forskriftens § 18 Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger.

Bakgrunnen for forslaget er at detaljeringsnivået er tilstrekkelig i tallgrunnlaget som behandles på våren. I tillegg inkluderer tallgrunnlaget et estimat for kommende fireårsperiode – noe som gir en god prognose for utviklingen framover. Videre danner tallgrunnlaget på våren en øvre grense for betalingen året etter fordi det utgjør underlaget til forskriftsendringene som sendes på høring i august/september.

Saken har vært drøftet og fått tilslutning i det tekniske beregningsutvalget og i Nasjonalt e-helseråd.

Forslaget innebærer å oppheve dagens forskrift § 18 andre ledd andre punktum.

4 Administrative og økonomiske konsekvenser

4.1 Betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene

Departementet foreslår, på bakgrunn av Norsk helsenetts estimerer over kostnadene til forvaltning og drift, endringer i beløpene som virksomheter i helse- og omsorgssektoren skal betale for de fire nasjonale e-helseløsningene: helsenettet med grunndata og helseID, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no.

Norsk helsenett har anslått en reduksjon i kostnadene fra 2025 til 2026 på totalt 20,3 mill. kroner. Kostnader til forvaltning og drift av pasientens prøvesvar på 17,5 millioner kroner er inkludert. Departementet vil gjøre en endelig vurdering høsten 2025 av om pasientens prøvesvar som del av kjernejournal er tilstrekkelig utprøvd til å bli overført til forvaltning fra 2026.

Videre bidrar ubenyttede midler på 44,9 mill. kroner fra tidligere år til forvaltning av kjernejournal, e-resept, helsenettet med grunndata og helseID til å redusere betaling ytterligere i 2026. Engangsbeløpet som trekkes fra betaling gjelder kun for 2026.

Forslaget innebærer en reduksjon i betalingen fra 2025 til 2026 på totalt 19,2 mill. kroner for regionale helseforetak og 8,6 mill. kroner for kommunene, før prisjustering. Den samlede betalingen for apotek og bandasjist reduseres med 1,5 mill. kroner før prisjustering. Det er også gjort endringer i prismodellen for kategorien «øvrige aktører» som er medlemmer av helsenettet. Endringene innebærer at det er etablert en mer finmasket prismodell der priskategoriene enten får lavere eller lik pris sammenlignet med 2025. Det er også gjort en endring i beregningen av kostnader til fellestjenester i helsenettet som bidrar til redusert betaling for denne løsningen.

Endringene i de samlede kostnadene til forvaltning og drift et resultat av kombinasjon av effektiviseringstiltak, endringer i betalingsmodellen og investeringer i nasjonal e-helseportefølje. Investeringene har vært behandlet i den nasjonale rådsmodellen for e-helse og sektoren har stilt seg bak prioriteringene.

Både kommuner og regionale helseforetak ble ved innføring av betalingsplikten fra 1. januar 2022 kompensert for alle eksisterende kostnader til forvaltning og drift av kjernejournal, e-resept og helsenorge.no. Kommuner og regionale helseforetak ble også kompensert for en tredjedel av kostnadsveksten i 2022 og 2023. Kommunene ble i tillegg kompensert for alle eksisterende kostnader til forvaltning og drift av helsenettet. Kompensasjonen er fordelt etter samme fordelingsnøkler som betalingen.

Forslaget til endringsforskrift inneholder tall før prisjustering og beløpene vil derfor bli prisjustert før forskriften fastsettes. Ordinær prisstigning kan tillegges uten forskriftsendring, men siden forskriften likevel endres, vil det være mest informativt at de

prisjusterte tallene framgår av forskriften. Årlig prisstigning beregnes på bakgrunn av Statistisk sentralbyrås publiserte endring i konsumprisindeks de siste 12 måneder.

4.2 Innføring av plikt til bruk av tjenester på helsenorge.no

Departementet foreslår at det fra 1. juli 2026 skal innføres plikt for selvstendig næringsdrivende fastleger og kommunene for kommunalt ansatte fastleger, til å tilgjengeliggjøre tjenester på helsenorge.no. Forslaget omfatter e-kontakt (administrativ kontakt med legekantor) og reseptfornyelse.

Departementet viser til at 90 prosent av alle fastleger, kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende, i dag har DDFL tilgjengelig. Av de kommunalt ansatte fastlegene er det 88 prosent som har DDFL tilgjengelig. Kostnadene ved innføring og bruk av tjenestene for fastleger og kommuner som ikke bruker tjenestene i dag, vil variere avhengig av journalleverandør og leverandøravtale, hvilke tjenester som allerede er tatt i bruk osv. For kommunene vil organisatoriske forhold, innbyggertall, geografisk størrelse og antall tjenestesteder også ha betydning. Økonomiske og administrative konsekvenser vil uavhengig av dette være begrenset for disse tjenestene og kostnadene vurderes som små.

Det er ikke behov for tekniske tilpasninger hos Norsk helsenett siden EPJ-leverandørene har funksjonalitet for disse tjenestene. Bruken er økende for de aktuelle tjenestene. Fastlegen kan selv skru på de ulike tjenestene i DDFL.

Reseptfornyelser brukes i dag av 89 prosent av alle fastleger, både kommunalt ansatte og selvstendig næringsdrivende, og alle aktuelle EPJ-systemer har støtte for reseptfornyelse på helsenorge.no.

E-kontakt benyttes i dag av 82 prosent av alle fastleger. Alle aktuelle EPJ-systemer har støtte for e-kontakt på helsenorge.no.

Videre er vurderingen at både pasienter og fastleger har betydelige gevinster, i form av økt tilgjengelighet, bedre tidsbruk og reduserte utgifter, av å benytte tjenestene for reseptfornyelse og e-kontakt.

Innføringskostnadene for e-kontakt og reseptfornyelse på helsenorge.no må håndteres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Forslag til forskriftsendringer

Forslag til forskrift om endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger:

§ 12 nytt tredje og fjerde ledd skal lyde:

Selvstendig næringsdrivende fastleger skal gjøre følgende tjenester tilgjengelig for pasienter og brukere på helsenorge.no:

- a. e-kontakt fra 1. juli 2026.*
- b. reseptfornyelse fra 1. juli 2026.*

Kommunen med sine kommunalt ansatte fastleger skal gjøre følgende tjenester tilgjengelig for pasienter og brukere på helsenorge.no:

- a. e-kontakt fra 1. juli 2026.*
- b. reseptfornyelse fra 1. juli 2026.*

§ 13 andre til fjerde ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 63,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet, 35,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av grunndata og helseID og 1,6 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av velferdsteknologisk knutepunkt. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 63,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenettet og 35,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av grunndata og helseID. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene. I tillegg skal kommunene betale Norsk helsenett 29,5 mill. kroner *årlig* til forvaltning og drift av velferdsteknologisk knutepunkt. Den ene halvparten av betalingen fordeles mellom alle kommuner etter delkostnadsnøkkel for kommunehelse, og den andre halvparten fordeles mellom kommunene som har tatt tjenesten i bruk basert på delkostnadsnøkkel kommunehelse.

Øvrige medlemmer fordeler seg i seks priskategorier og skal betale Norsk helsenett SF følgende beløp per måned til forvaltning og drift av helsenettet, inkludert grunndata og helseID:

- a. Små virksomheter (omsetning 0-15 mill. kroner): 725 kroner*
- b. Mellomstore virksomheter (omsetning 15-40 mill. kroner): 1 450 kroner*
- c. Store virksomheter (omsetning 40-80 mill. kroner): 8 560 kroner*
- d. Ekstra store virksomheter (omsetning mer enn 80 mill. kroner): 12 850 kroner*
- e. Kjeder (10 eller flere lokasjoner): 725 kroner per lokasjon*
- f. Fylkeskommuner: 12 850 kroner*
- g. Virksomheter som yter helsehjelp til egne ansatte/beboere: 1 888 kroner.*

§ 14 første og andre ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 65,2 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 61,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

§ 15 første til tredje ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 78,8 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 78,8 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

Apotek og bandasjister skal samlet betale Norsk helsenett SF 11,4 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles basert på virksomhetenes oppslag i e-resept som fører til salg.

§ 16 første og andre ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal samlet betale Norsk helsenett SF 196,1 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

Kommunene skal samlet betale Norsk helsenett SF 196,1 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse i inntektssystemet for kommunene.

§ 18 andre ledd skal lyde:

Teknisk beregningsutvalg skal hvert år gjennomføre en overordnet gjennomgang av tallgrunnlaget i løpet av våren basert på prognoser fra Norsk helsenett SF. Teknisk beregningsutvalg gir sine vurderinger til departementet som fastsetter betalingen.