

# Evaluering av prismodeller

## Innspillsnotat

3. mars 2023



## Innhold

1.	Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Norsk Helsenett.....	5
1.1.	Bakgrunn for oppdraget.....	5
1.2.	Oppdraget .....	5
1.3.	Forutsetninger og avgrensning av oppdrag.....	6
1.4.	Formålet til pris- og finansieringsmodeller.....	7
1.5.	Anskaffelsesrettslige vurderinger.....	8
1.6.	Tilnærming .....	8
2.	Dagens prismodell for nasjonale e-helseløsninger.....	10
2.1.	Overordnet om dagens prismodell.....	10
2.2.	Erfaringer med dagens prismodell .....	11
3.	Nyttebetraktninger som kostnadsfordelingsnøkkel.....	12
3.1.	Nytte som vil påvirke kostnadsfordelingen mellom aktørene.....	12
3.2.	Kunnskapsgrunnlag for nyttevurderinger .....	14
3.3.	Fordeler og utfordringer med å benytte nyttevurderinger til å fordele kostnader	14
3.4.	Bruk av nyttevurderinger til å fordele kostnader .....	15
4.	Alternative kostnadsfordelingsnøkler .....	16
4.1.	Vurdering av fordeler og ulemper ved de ulike kostnadsfordelingsnøklerne.....	17
5.	Evaluering av prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene .....	18
5.1.	Nasjonale e-helseløsninger i dag og tiden fremover .....	18
5.2.	Alternative prismodeller for nasjonale e-helseløsninger .....	20
5.2.1.	E-resept.....	20
5.2.2.	Helsenorge.....	27
5.2.3.	Kjernejournal .....	33

5.2.4. Helsenettet inkl. grunndata og helseID .....	37
5.3. Alternative prismodeller for nye løsninger og tjenester .....	43
5.3.1. Pasientens prøvesvar .....	43
5.3.2. SFM (inkl. FM).....	47
5.3.3. VKP .....	52
6. Vedlegg .....	57

# 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 (NHN) 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 ibrukttagelse, innføring og nytte som

kan brukes 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 og sammenstilles erfaringer fra prismodeller i andre nordiske land. Sistnevnte er ikke inkludert i dette innspillsnotatet og vil inngå i endelig rapport til HOD.

### 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 kundehenvendelser, 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>1</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>2</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.

Andre offentlige virksomheter og andre 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.

Vi legger til grunn at de nye tjenestene sentral forskrivningsmodul (SFM), velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) og Pasientens prøvesvar blir innlemmet i forskrift om standarder og

---

<sup>1</sup> Forarbeidet til forskriftsendring (Helse- og omsorgsdepartementet)

<sup>2</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.

nasjonale e-helseløsninger, herunder henholdsvis E-resept, Helsenettet og Kjernejournal (KJ). Dette er ikke besluttet enda og avhenger av pågående lov- og forskriftsarbeid.

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

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 rådsmodell 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.*

## 1.5. Anskaffelsesrettslige vurderinger

Offentlige virksomheter, herunder kommunene er pliktsubjekter etter regelverket for offentlige anskaffelser. Tjenestekontrakter skal derfor i utgangspunktet konkurranseutsettes 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. 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 omsorgsdepartementet 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 kostnadsfordelingsnøklerne 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:

- 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.
- 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.
- 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).
- 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 skjønnsmessig fordeling med utgangspunkt i ansvar og/eller nyttebetraktninger, fordeling basert på bruk og fordeling basert på en kombinasjon av ulike fordelingsnøkler.
- Spesifikt gjøre vurderinger rundt muligheten for å benytte nyttevurderinger som kostnadsfordelingsnøkkel.

## 1.6.2. Oppdragets innretning og involvering

Oppdraget gjennomføres 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, få 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 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).

I oppdragets tredje fase (mars-mai 2023) sendes det ut et innspillsnotat til behandling hos aktørene, samt at oppdraget behandles i Nasjonalt e-helseråd, teknisk beregningsutvalg for e-helse (TBU) og i Norsk helsenetts styre før endelig rapport overleveres Helse- og omsorgsdepartementet 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 + 5% risikomargin. Virksomhetenes betaling for det enkelte år vil ikke tilsvare de faktiske kostnadene i dette året, men dette skal være tilfellet over tid.

Prisen for Helsenorge, e-resept, kjernejournal, grunndata og helseID baseres på en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale løsninger som kommer pasientene til gode og som i tillegg tar hensyn til virksomhetens nytte av løsningene. 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 knyttet til et fast månedlig beløp.

Fordelingsnøklerne er 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 samtykket til, 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.

## 2.2. Erfaringer med dagens prismodell

I løpet av oppdraget har vi samlet innspill til forbedringsområder fra aktørene. 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. Nyttebetraktninger som kostnadsfordelingsnøkkel

I Stortingets anmodning til regjeringen ba Stortinget om at det skal gjøres en vurdering av om kommunenes andel av kostnadsveksten kan ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet for e-helse har bidratt med vurderinger av dette.

I dette kapitlet drøftes det om nyttevurderinger kan benyttes i en kostnadsfordelingsnøkkel og hva som er eksisterende kunnskapsgrunnlag for nytte. Videre presenterer vi 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. For mer detaljert informasjon se vedlagt rapport "Fordeling av kostnader basert på nyttevurderinger".

#### 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.

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

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 **Feil! Fant ikke referanseilden..**
- 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

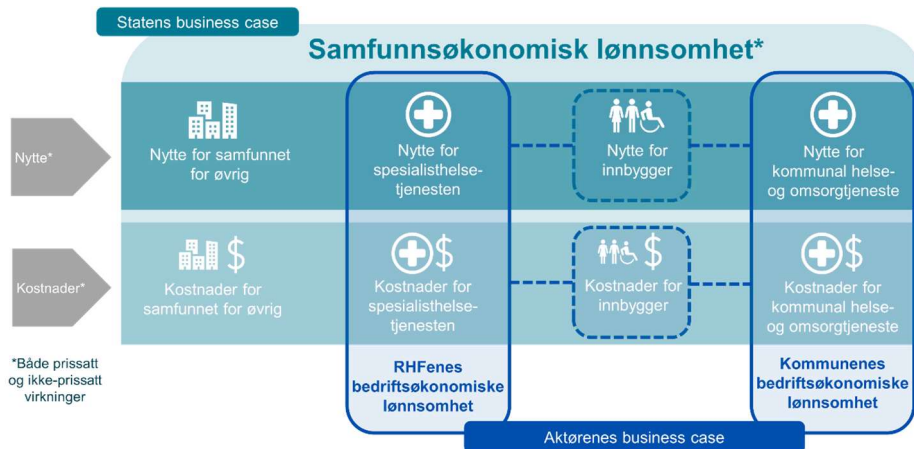
---

<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.

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 23: Forskjell mellom samfunnsøkonomisk lønnsomhet og bedriftsøkonomisk lønnsomhet.<sup>6</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.

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

Ofta har aktørene ulike syn på hvilken nytte som bør være med i vurderingene. Dersom det skal utarbeides en kostnadsfordelingsnøkkel basert på nyttevurderinger gir Tabell 2 en oversikt over hvilken nytte de ulike aktørene må bidra med å finansiere, gitt dagens finansieringsmodell. Hele samfunnsnyttan skal fordeles på de betalende aktørene (se også **Feil! Fant ikke referanseilden.**). 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> Kilde: Direktoratet for e-helse

Nyttevirkninger som vil påvirke aktørenes 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 2: Oversikt over hvilken type nytte som vil være med på å avgjøre aktørenes andel av kostnadene.<sup>7</sup>

## 3.2. Kunnskapsgrunnlag for nyttevurderinger

En viktig del av oppdraget har vært å kartlegge kunnskapsgrunnlaget rundt bruk og nytte for 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<sup>8</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 e-løsningene, men at disse i begrenset grad er fulgt opp av målinger og evalueringer i etterkant.

### Kunnskapsgrunnlag for nyttevurderinger av nye løsninger

Det pågår et arbeid med å kartlegge nytte og planlegge oppfølgende målinger og evalueringer for pasientens prøvesvar, sentral forskrivningsmodul og e-multidose. 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 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:

<sup>7</sup> Kilde: Direktoratet for e-helse

<sup>8</sup> Rapporten er tilgjengelig på Direktoratet for e-helse sine nettsider:

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

- 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, ref. kapittel 3.1.

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

#### **For eksisterende e-helseløsninger er det per i dag ikke tilstrekkelig med nyttevurderinger til å benytte disse til å fordele kostnader**

Direktoratet for e-helse mener at det for eksisterende e-helseløsninger per i dag ikke er tilstrekkelig med informasjon om 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. 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 utarbeides tilstrekkelig med nyttevurderinger til å benytte dette til å fordele kostnader**

For de nye løsningene, og for kostnadsvekst som følge av ny utvikling, kan det utarbeides tilstrekkelig med informasjon til å benytte nyttevurderinger i en kostnadsfordelingsnøkkel. Se mer om utfordringer tilknyttet bruk av nyttevurderinger i en kostnadsfordelingsnøkkel i avsnittet over.

#### **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.

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.

## 4. 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 kostnadsfordelingsnøkklene. I kap. 5 drøfter vi alternative prismodeller for de nasjonale e-helseløsningene med utgangspunkt i disse kostnadsfordelingsnøkklene.

I arbeidet tar vi utgangspunkt i tre hovedkategorier av kostnadsfordelingsnøkler 1) Kostnadsfordeling basert på økonomi og størrelse, 2) Skjønnsmessig fordeling og 3) Fordeling basert på bruk. Kostnadsfordelingsnøkklene 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 alternative kostnadsfordelingsnøkklene nedenfor.

### 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 primær- og spesialisthelsetjenesten<sup>9</sup>.

#### a. Budsjettstørrelser

- i. Spesialisthelsetjenesten: 128 mrd. kroner **(51%)**
- ii. Kommunal helse- og omsorgstjeneste inkludert fastlegene: 123 mrd.kr **(49%)**

#### b. Pasientgrunnlag:

- i. Spesialisthelsetjenesten: 115 209 **(45%)**
- ii. Kommunal helse- og omsorgstjeneste inkludert fastlegene: 140 698 **(55%)**

---

<sup>9</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 rasjonalet for fordelingsnøkkelen være en lik fordeling av kostnadene mellom kommunene og RHF (etter at apotek/bandasjist 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 NHN 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.

### 4.1. 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 3 nedenfor presenteres fordeler og ulemper ved de ulike kostnadsfordelingsnøkklene.

	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 insentiver 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 for 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>• Leder til sendrektighet</li> <li>• Uforutsigbarhet mtp. kostnadsfordeling</li> <li>• Kan gi uønskede insentiver</li> </ul>

Tabell 3 4: Overordnet vurdering av alternative kostnadsfordelingsnøkler

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

### 5.1. Nasjonale e-helseløsninger i dag og tiden fremover

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>10</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 denne tjenesten. 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. HelseID er en standardkomponent som benyttes på tvers av de nasjonale e-helseløsningene.

<sup>10</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 velferdsteknologisk knutepunkt vil vi eksempelvis gjenbruke løsningsmønsteret fra pasientens prøvesvar. Likeledes for Felles kommunal journal, hvor Norsk helsenett kan 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. 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. Vi gir også en foreløpig anbefaling til justeringer i prismodellene som skal understøtte økt måloppnåelse for helse- og omsorgssektoren. I evaluering starter vi med de eksisterende løsningene e-resept, Helsenorge, KJ og Helsenettet inkl. grunndata og helseID, og så tar vi de tre nye løsningene SFM, pasientens prøvesvar og VKP til slutt.

## 5.2. Alternative prismodeller for nasjonale e-helseløsninger

I dette kapitlet drøfter vi alternative prismodeller for eksisterende nasjonale e-helseløsninger. Nye løsninger og tjenester drøftes i kapittel 5.3.

### 5.2.1. 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 aktørens systemer stiller Norsk helsenett krav til at formatet på meldingene opprettholdes gjennom et test- og godkjenningsregime. 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 godkjenningsregime 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 godkjenningsprosessen 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 godkjenninger 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 Tietoenvry 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 bruker 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 godkjenningssfritak 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>11</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 4: 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 skjønnsmessig fordeling av

<sup>11</sup> 2021-tall



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.

## Kostnadsfordelingsnøkler

### *Dagens prismodell*

Dagens prismodell er en hybrid variant av kostnadsfordelingsnøkler. En kostnadsfordelingsnøkkel relatert til bruk; "teknisk klart til å ta i bruk" fra Norsk helsenett er begrunnelsen for en 50/50 fordeling av kostnadene mellom kommunene og RHF i dag (etter at apotek/bandasjist har betalt sin del). Den skjønnsmessige vurderingen tar nå utgangspunkt i ansvar for pasientene, som i dag er antatt 50/50 mellom kommunene og RHF. Dagens modell tar også utgangspunkt i at apotek skal betale 11% av kostnadene, hvor det enkelte apotek betaler basert på antall utleveringer (M6). Her er en nyttebasert kostnadsfordelingsnøkkel benyttet med henvisning til tidligere samfunnsøkonomisk analyse for e-resept fra 2013. Denne prismodellen ble den gang vurdert å score høyt på forutsigbarhet og kostnadseffektivitet.

### *Alternativ 1: Kostfordeling basert på økonomi og størrelser*

En prismodell for e-resept basert på økonomi og størrelse er en modell som gir liten administrativ kostnad og en slik modell vil være 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, men denne endringen vil først komme senere samordnet med innføringen av Pasientens legemiddelliste.

I dette alternativet anbefaler vi at segmentene som inngår i prismodellen økes til å gjelde også tannleger og øvrige 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 og de øvrige private skal betale i en slik kostnadsfordelingsnøkkel uten å se nærmere på omfang bruk av tjenesten fra disse brukergruppene. Antall e-resepter forskrevet fra tannleger er av et veldig lite omfang, selv om det er vil øke noe fremover. HELFO og SLV sin andel av betalingen for et slik alternativ er heller ikke entydig. Et forslag kan være at disse nye aktørene fordeler 2 - 5% av totalkostnaden seg imellom. I tillegg må apotek sin andel av betalingen ikke baseres på en %-vis 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 her for apotek og bandasjist, basert på denne kostnadsfordelingsnøkkel.

Alt i alt er fremstår denne kostnadsfordelingsnøkkelen som komplisert og vanskelig å forsvare basert på forståelsen av økonomi og størrelse for enkelte av segmentene som bør inngå i prismodellen.

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

I dagens prismodell inngår rekvirent, utleverer og apotek som segmenter i prismodellen (se tabell 5).

Flere segmenter/brukergrupper som private aktører, tannleger, Helfo og SLV bør inkluderes som nye segmenter i dette prisalternativet. Betalingen fra de nye segmentene kan for dette alternativet være basert på en fast årlig pris.

En alternativ modell her kan være å se på de tre hovedsegmentene som er kommunene, RHF og apotek. En ren skjønnsmessig fordeling kan basere seg på at de alle disse hovedsegmentene er likeverdige brukere av tjenesten, og med et likt ansvar for en sikker legemiddelhåndtering. En slik tilnærming kan da for eksempel utgjøre en 30/30/30 %-fordeling. De resterende 10% fordeles da ut på de nye segmentene. En slik modell vil utgjøre en stor endring i kostnadsfordelingen sammenlignet med dagens kostnad. 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. 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.

En skjønnsmessig kostnadsfordeling bør vurderes med mål om en hensiktsmessig fordeling mellom hovedsegmentene. Hva som er underlaget og argumentasjonen for å definere de tre hovedsegmentene som likeverdige brukere av tjenesten, er vanskelig. Skal skjønnsmessig kostnadsfordelingsnøkkel benyttes som prismodell er det mest riktig å vurdere dette i forhold til segmentenes nytte og eventuelt bruk.

**Nyttebasert** – En kostnadsfordelingsnøkkel basert på nytte kan fremstå som en rettferdig 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. For e-resept finnes en god samfunnsøkonomisk analyse fra 2013 hvor det ble gjort konkrete effektmålinger før og etter innføringen av e-resept. Men bruk av denne analysen er vanskelig å forsvare som underlag for kostnadsfordelingsnøkkel basert på nytte, ettersom den ikke inkluderer spesialisthelsetjenesten i analysen. Den dekker kun bruk av e-resept for fastleger/avtalespesialister, apotek/bandasjist, HELFO og pasienten, slik løsningen var breddet i 2013. Analysen er ikke oppdatert med nye segmenter eller med det omfanget av bruk som løsningen har per i dag. Norsk helsenett kan derfor ikke anbefale kostnadsfordelingsnøkler for e-resept basert på skjønnsmessig vurdering av nytte, da tidligere analyser ikke er dekkende for dagens status på segmenter og bruk.

Men denne analysen gjør at det likevel kan vises til at e-reseptløsningen sammenlignet med nullalternativet (papirresept) gir nytte, både prissatte og ikke prissatte. Et hovedformål med e-resept er sikker legemiddelhåndtering, og analysen viser bl.a til store kvalitetsgevinster spesielt for pasient og samfunn. Det er også forventet ytterligere kvalitetsgevinster for sikker legemiddelhåndtering for de multidosepasientene som etter hvert kommer eMD. Blant annet vil



bruk av fax mellom multidoseansvarlig lege og multidoseapotek ikke lenger være i bruk med innføringen av eMD.

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 har vært at brukerne tar løsningene i bruk når de ser at den gir nytte. Påstanden har videre vært at økt forbruk indikerer realisert nytte. Det kan medføre riktighet, men her er det viktig å skille mellom samfunnsøkonomisk nytte og bedriftsøkonomisk nytte. Det kan være slik at løsninger som er samfunnsøkonomisk lønnsomme ikke er bedriftsøkonomisk lønnsomme for alle aktører. Men at realisering av samfunnsnyttens avhenger av at aktørene tar i bruk løsningen. Norsk Helsenett mener en modell basert på reell nytte når løsningen tas i bruk er komplisert, administrativt vanskelig å forvalte, kan skape en spillsituasjon samt gi redusert innføring og bruk av for eksempel eMD og andre nye e-helsetjenester.

Norsk helsenett ser likevel muligheten for å se til nytte i kombinasjon med andre kostnadsfordelingsnøkler der hvor nytten er entydig for et segment. Bruk av nytte i en slik sammenheng forutsetter likevel en forankring og enighet mellom de segmentene dette berører.

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

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

**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
- 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 e-reseptmeldinger per private aktører, tannleger, Helfo og SLV kan fordeles per virksomhet. Men inkludering av disse segmentene må vurderes særskilt da disse ikke inngår i plikt for betaling slik de offentlige helsetjenestene er regulert i Pasientjournalloven

eMD er en e-resepttjeneste som nå innføres for fastleger, kommuner og multidoseapotek. Multidosemeldingen (M25.1) kan vurderes brukt som en kostnadsfordelingsnøkkel, men Norsk helsenett mener en slik modell vil kunne risikere at brukergruppene kan få et økt fokus på kostnaden per melding, noe som kan redusere bruk av denne tjenesten. eMD innføres nå for stadig flere kommuner og priselementet per melding vil måtte justeres jevnlig.

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 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.

**Teknisk klart** – E-resept er i dag teknisk klart til bruk. Det er innført for store deler av helsetjenesten, men ikke for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Med utgangspunkt i dette vil "teknisk klart" fra Norsk helsenett oppleves som noe urimelig for primærhelsetjenesten. 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. Det kan for enkelte segmenter oppleves som urimelig å måtte betale for noe som ikke er tatt i bruk.

**Organisatorisk klart** – Begrepet organisatorisk klar til bruk er et alternativ og kan i prinsippet fremstå som et rettferdige alternativ. For e-resept som er innført for store deler av helsesektoren og hvor over 93% av alle resepter er elektroniske er en slik alternativ lite hensiktsmessig. Det er kun den kommunale pleie og omsorgstjenesten som ikke er organisatorisk klar for bruk for 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 kostnadsfordelingsnøkkelen 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.

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

Hovedsegmentene for e-resept fordeler seg på "rekvirent" og "utleverer" og de benytter e-reseptløsningen ulikt og er helt ulike virksomheter (offentlig og privat). I tillegg skiller hovedsegmentet "rekvirent" også på RHF og kommunene. Alle segmentene og brukergruppene er en del av e-resept sin verdikjede for sikker legemiddelhåndtering. Norsk

helsenett vurderer at dette alltid må hensyntas og skjønnsmessig vurderes før eventuelle andre fordelingsnøkler danner grunnlaget for en hybrid modell. Det vil si at Norsk helsenett anbefaler at bruk av en hybrid kostnadsfordeling må danne grunnlaget for en prismodell for e-reseptløsningen. Alternativene er da mange, men må vurderes ut fra fordelene og ulempene som er nevnt over.

### Foreløpig anbefaling/konklusjon

Det er ikke noe klart og entydig svar på hva som er den beste prismodellen for e-reseptløsningen. Men Norsk helsenett vurderer det som mest hensiktsmessig å tilstrebe en forutsigbar og lite komplisert modell og 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 eMD og PLL.

I dette innspillsnotatet anbefaler Norsk helsenett en hybrid kostnadsfordelingsnøkkel for e-resept med utgangspunkt i følgende prinsipper:

- Prismodellen benytter en skjønnsmessig fordeling mellom de tre hovedsegmentene (RHF, kommunene og apotek/bandasjist) basert på et ansvar for sikker legemiddelbehandling. Man viderefører da dagens prismodell, noe nedjustert til 43% - 43% - 10%.
- De resterende 4% dekkes av private aktører som for eksempel tannleger med flere (1%), HELFO (2%) og SLV (1%).
- Prismodellen justeres ved behov når flere private aktører og pleie- og omsorgssektoren, inkludert PLL, kobles på.
- Et alternativ kan være å skjevfordele kostnaden for "rekvirent" med begrunnelse om at RHF forskriver et mindre antall e-resepter, sammenlignet med kommunene.

## 5.2.2. 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.

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-varslere 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-varslinger.

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.

## Kostnadsfordelingsnøkler

### *Dagens modell*

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 lenger ned som teknisk klart til bruk. Fordelen med dagens modell er at den er administrativt enkel å forvalte og den gir incentiver til å ta bruk Helsenorge.

For å fordele en fastpris kan flere fordelingsnøkler og kombinasjoner av disse benyttes.

#### *Alternativ 1: Kostfordeling basert på økonomi og størrelser*

For Helsenorge kan dette være en nøkkel som tar utgangspunkt i budsjett eller årsverk til betalende aktører. Dette alternativet er administrativt enkelt å håndtere, både for Norsk helsenett og aktører i sektor, 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 bruk sammenlignet med en modell gir betaling ved bruk. Denne fordelingsnøkkelen vil i mindre grad ta høyde for segmenters ulike bruk og tilhørende nytte.

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

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 løsningene fordeles asymmetrisk i helse- og omsorgssektoren samtidig som den kan endre seg, imellom og innad i en sektor, etter hvert som løsninger videreutvikles.

#### *Alternativ 3: Kostfordeling 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. Som en konsekvens at Helsenorge i dag vurderes som teknisk klart til bruk for hele sektoren må andre fordelingsnøkler benyttes til å fordele mellom aktørene.

En oppdeling av Helsenorge i mindre tjenester, for å tilpasse seg teknisk klart til bruk på et lavere nivå, vil 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 incentiver til å ta i bruk løsningen og realisere nytte.

Ved en oppdeling i mindre tjenester øker mulighetene for mer nyansert betaling i tilfeller bare enkelte deler er teknisk klart til bruk. Det kan i midlertidig 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. Det kan også være vanskelig å fastslå hvem som har ansvaret for å avgjøre dette tidspunktet.

Norsk helsenett anser denne nøkkelen som lite aktuell for vår virksomhet, da det kan være utfordrende å fastslå når en tjeneste er organisatorisk klar for bruk innenfor helse- og omsorgssektoren. I tillegg mener vi at en slik modell vil ha begrensninger i å støtte opp om målene om å stimulere til økt bruk.

Selv om en organisatorisk klart for bruk-nøkkel kan være en enkel måte å administrere betaling for tjenester på, kan det være vanskelig å iverksette i praksis, spesielt i sektorer som er såpass komplekse som helsesektoren. Derfor kan det være hensiktsmessig å vurdere andre nøkler som kan være mer effektive og praktiske å iverksette.

**Faktisk innført** – En faktisk innført nøkkel for betaling for Helsenorge vil bety at brukere av tjenesten vil bli belastet for bruken av Helsenorge når de faktisk knytter seg til den. Men med store deler av sektoren og 95% av befolkningen allerede tilknyttet Helsenorge vil en slik modell være lite relevant å vurdere.

Norsk helsenett vurderer at en faktisk innført nøkkel vil være administrativt lite kostnadseffektiv, da det vil kreve betydelig administrasjon for å holde oversikt over hver enkelt bruker. I tillegg vil en slik modell i mindre grad støtte opp under målene som er definert i forutsetningene, da det ikke vil stimulere til økt bruk av 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 til løsningen, noe som igjen vil kunne redusere nytten av løsningen.

Derfor vurderer Norsk helsenett andre nøkler for betaling for Helsenorge som kan være mer kostnadseffektive og stimulere til økt bruk.

**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 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: Kostfordeling 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 ansvar for pasientbehandling for deler. Samtidig vil man åpne opp for muligheten til 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.

Dette alternativet vil sørge for at de som ikke har anledning til å ta i bruk løsningene ikke blir belastet med kostnader. Samtidig vil det være en utfordring å vurdere når en løsning er organisatorisk klar til bruk, noe som kan skape uforutsigbarhet i kostnadsbildet.

Dette alternativet vil være administrativt lite kostnadseffektivt, da det vil kreve mye ressurser og innsats for å vurdere om en løsning er organisatorisk klar til bruk eller ikke. Dette kan være en utfordrende nøkkel å gjennomføre i praksis, da det kan være vanskelig å definere et nøyaktig tidspunkt for når en tjeneste er organisatorisk klar for bruk. Det kan også være vanskelig å fastslå hvem som har ansvaret for å avgjøre dette tidspunktet. Her 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.

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

Norsk Helsenett vurderer en kostnadsfordelingsmodell med ulike nøkler for ulike kostnadsområder. 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. For faste kostnader, og variable kostnader som ikke kan knyttes til handling hos en aktør, som for eksempel innbyggers innlogging, kan en benytte dagens modell.

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.



## Foreløpig anbefaling/konklusjon

Helsenorge er den offentlige helseportalen for innbyggere i Norge, og i dag benyttes den av både primær- og spesialisthelsetjenesten. Målet er at alle innbyggere i Norge skal få tilgang til samme tilbud på Helsenorge uavhengig av hvor de bor i landet og at alle aktørene i den offentlige helsesektoren er påkoblet.

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 den offentlige helsetjenesten.

For Helsenorge anbefaler Norsk helsenett å videreføre *dagens prismodell*. 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. Det innebærer en lik fordeling mellom disse to aktørgruppene. I tillegg mener Norsk helsenett at *alternativ 4b*, som åpner for at aktører belastes for SMS-kostnader, kan være relevant.

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.

## 5.2.3. 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.
- **Besøkhistorikk** - 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/vise 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.

### **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.

## Kostnadsfordelingsnøkler

### *Dagens prismodell*

Dagens prismodell er basert på en skjønnsmessig vurdering. Den forholder seg til KJ som én tjeneste, hvor RHF og kommunene betaler en ulik prosentvis andel av totalprisen, herunder 45% på kommunene og 55% på RHF. Dette er basert ut fra en antagelse om nytte og bruk.

### *Alternativ 1: Kostfordeling basert på økonomi og størrelser*

Denne kostfordelingsnøkkelen kan for eksempel basere seg på hovedsegmentenes budsjett eller inntektsmodeller. En slik modell vil i mindre grad ta høyde for segmenters ulike bruk og tilhørende nytte, men er enkel å administrere.

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. Norsk helsenett anbefaler ikke en kostnadsfordelingsnøkkel basert på dette alternativet da det ikke tar hensyn til segmentenes ulike bruk og nytte. Fremover vil også private aktører være et segment i prismodellen. Norsk helsenett mener det blir vanskelig 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: Kostfordeling basert på skjønnsmessig vurdering*

**Ansvar** – En annen mulighet er å skjønnsmessig fordele kostnadene basert på ansvaret hovedsegmentene har for innbygger/pasienter. For andre nasjonale e-helseløsninger hvor denne fordelingsnøkkelen er benyttet har man landet på en 50/50 fordeling av ansvaret mellom kommune og RHF. En slik fordelingsnøkkel tar mindre hensyn til segmentenes ulike bruk av løsningen. KJ skal primært inneholde viktige helseopplysninger om pasienten, og KJ er vurdert som mest nyttig i akutsituasjoner hvor helsepersonell trenger rask og sikker tilgang til viktige helseopplysninger. Men ettersom også flere behandlingsrettede tjenester er og vil bli

tilgjengeliggjort fra KJ, vil forskjellen i bruk og nytte jevne seg ut mellom brukergruppene. I tillegg er en slik prismodell enkel å administrere.

**Nyttebasert** – 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. Det er tidligere gjort samfunnsøkonomiske analyser for KJ hvor nytten øker i takt med at flere tjenester blir tilgjengeliggjort, men disse er ikke oppdatert tilstrekkelig. I tillegg så gjenbrukes KJ for andre satsninger innen e-helseområdet og er for eksempel en viktig komponent i måloppnåelsen for innføringen av pasientens legemiddelliste (PLL). Men som tidligere oppsummert i denne utredningen, anser Norsk helsenett nytte som en vanskelig kostnadsfordelingsnøkkel. Rent administrativt vil dette være en vanskelig kostnadsmodell for Norsk helsenett å administrere samtidig som at den vil fremstå uforutsigbar for segmentene i takt med at nye tjenester etableres på KJ.

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

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

**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. Samtidig vil en slik modell være uforutsigbar og komplisert da faktorene vil endres hele tiden og nye tjenester etableres på KJ. Det må også etableres rapportuttrekk på det virksomhetsnivået man ønsker betalingen skal ligge på.

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. Helsetjenesten samlet er ikke tjent med at det blir en spillsituasjon i valg av bruk av nye sentrale e-helseløsninger.

**Teknisk klart** – Norsk helsenett er pliktig å tilgjengeliggjøre kjernejournal 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 for helsepersonell.

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 fratrukk 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 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.

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

Når KJ-portalen blir splittet opp i enkelttjenester kan en hybrid kostfordeling vurderes som en alternativ prismodell. 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 vil ikke være aktuell før ved et senere tidspunkt, når arbeidet med å splitte KJ-portalen opp i enkelttjenester er ferdigstilt.

#### **Foreløpig anbefaling/konklusjon**

Det anbefales å fortsette med dagens modell hvor kostnadene prosentvis fordeles mellom kommunene (45%) og RHF (55%). Dette baserer seg på en prismodell med utgangspunkt i at hele KJ samlet vurderes som teknisk klart, med utgangspunkt i nytte og bruk av løsningen. Norsk helsenett anbefaler nå tilsvarende at kostnadene fordeles likt ut på hovedsegmentene, med fratrukk av en fast pris som fordeles på private aktører som benytter tjenesten.

Det må i det videre arbeidet utredes hvor stor andel som skal fordeles på private aktører. I tillegg bør den prosentvise fordelingen mellom kommunene og RHF justeres 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.

## 5.2.4. 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, kundehåndtering, 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.			
	Behandlingsinstitusjoner	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 5: 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 kostnadsfordelingsnøklerne.
- **Hybrid pris** – Man kan se for seg å allokere faste og variable kostnader 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.

## Kostnadsfordelingsnøkler

### *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 og to hovedsegmenter innen betaling av grunndata og helseID. Dagens prismodell dekker følgende kostnader fordelt ut fra de ulike segmentene:

RHF;	betaler 30,3% av Helsenettet og 50% av grunndata og helseID
Kommune:	betaler 29,1 % av Helsenettet og 50% av grunndata og helseID
Øvrige aktører:	betaler 40,5 % av Helsenettet og 0% av grunndata og helseID

En virksomhet blir medlem ut ifra sin oppføring i Enhetsregisteret og en tar dermed ikke hensyn til virksomhetens størrelse eller antall pasienter som behandles. Slik betaler et enkeltmannsforetak med dagens modell samme pris for medlemskapet som en kjede med flere behandlingssteder og mange behandlere. For grunndata og helseID fordeles kostnadene likt på RHF og kommune.



### *Alternativ 1: Kostfordeling 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. Når det gjelder øvrige aktører 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.

For kostnadsfordeling innad i segmentet øvrige aktører, se tabell 5, kan det imidlertid vurderes en modell hvor virksomhetene betaler en fast grunnavgift og i tillegg en avgift per lokasjon. Dette er en mulighet for å kunne skille de store aktørene fra de små. Det finnes eksempelvis medlemmer i dag som har opptil 60-80 lokasjoner. Det vil kunne være en mer hensiktsmessig nøkkel som gjør det enklere å administrere og holde oversikt over enn virksomhetenes budsjettstørrelser og årsverk.

Når det kommer til apotek, bandasjist, private sykehus og behandlingsinstitusjoner, ref. tabell 5, vil det være hensiktsmessig at det betales per lokasjon. Her kan grunnavgiften per virksomhet differensieres i forhold til hvilken kundegruppe virksomheten tilhører.

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 heller ikke treffe alle virksomhetene i denne gruppen og passer best for de virksomhetene som ligger under kundegruppe behandlere i tabell 5 ovenfor. En slik modell vil 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 derfor også her naturlig at hvert fylke betaler ut fra hvor mange tannklinikker og eventuelt behandlere hver av disse har.

### *Alternativ 2: Kostfordeling basert på skjønnsmessig 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 utgjør en større andel. Dette innebærer at RHF og kommuner 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 øvrige aktører. Innad i segmentet øvrige aktører er det blitt gitt tilbakemelding på at det er ønskelig med en mer hensiktsmessig fordeling av kostnadene, slik at terskelen for å bli og være medlem av Helsenettet blir lavere for de små aktørene. 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.

### **Fordeling basert på 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. Per i dag foreligger det heller ikke noen 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: Kostfordeling basert på bruk*

**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 nevnt under variabel prising, som mindre relevant. Det er også 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 noen tilfeller ha mindre nytte av meldingen enn det mottaker har. En øyelege vil eksempelvis 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.

**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 inkl. grunndata og helseID vil en slik modell være lite relevant å vurdere.

**Teknisk klart** - Helsenettet inkl. grunndata og helseID er teknisk klar til bruk. En fordelingsnøkkel som baserer seg på teknisk klart vil stimulere til bruk fordi man betaler uavhengig av bruk og man vil ha insentiver til å realisere nytte fra både basistjenestene og øvrige tjenester som er tilgjengelig i Helsenettet.

**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. NHN mener en slik modell ikke vil stimulere til økt bruk, og den vil også skape høyere administrasjonskostnader.

### **Foreløpig 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 hybrid modell som involverer en skjønnsmessig fordeling basert på ansvar mellom de tre hovedsegmentene

kommune, RHF 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 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 per lokasjon, noe som fordeler kostnadene mer hensiktsmessig med utgangspunkt i størrelse og som samtidig vurderes som enklere å administrere. Dette forutsetter en tillitsbasert modell hvor øvrige aktører selv gjør rede for antall lokasjoner slik at de administrative kostnadene for tjenesteyter holdes på et minimum. Samtidig vil det kunne kreve en del administrasjon ved å legge opp til denne typen innrapportering, herunder oppfølging av aktører som eventuelt ikke rapporterer inn.

### 5.3. Alternative prismodeller for nye løsninger og tjenester

De nye løsningene og 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 løsninger og tjenester ligger utenfor vårt oppdrag. Nedenfor drøfter vi alternative prismodeller for nye løsninger og tjenester.

#### 5.3.1. 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 HelseID, 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.

## Kostnadsfordelingsnøkler

### *Alternativ 1: Kostfordeling basert på økonomi og størrelser*

For tjenesten pasientens prøvesvar er det utfordrende å etablere en fastpris med en kostnadsfordelingsnøkkel basert på segmentenes økonomi og størrelse. Dette er en tjeneste som både private og offentlige virksomheter vil benytte, og Norsk helsenett vurderer denne modellen tilsvarende som for de andre nasjonale e-helseløsningene. Å sammenstille offentlige og private virksomheters inntektsmodeller/budsjetter som underlag for en prismodell basert på økonomi og størrelse er vanskelig og anbefales ikke.

I tillegg tar denne modellen i mindre grad ta høyde for segmenters ulike bruk og tilhørende nytte, men er enkel å administrere.

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

#### **Ansvar**

Å benytte ansvar som fordelingsnøkkel kan basere seg på for eksempel ansvaret overfor innbyggere og pasienter. Men en slik ansvarsfordeling blir igjen utfordrende da de private aktørene ikke har et "sørge for"-ansvar tilsvarende som de offentlige virksomhetene. En slik fordelingsnøkkel forutsetter et likt ansvarsområde, noe det er vanskelig å finne for denne tjenesten.

#### **Nytte**

Det er forventet at pasientens prøvesvar vil gi nytte på flere områder som blant annet reduksjon i rekvirering av antall prøver og frigjort tid for helsepersonell for å etterspørre prøvesvar. Innbygger vil også få tilgang til egne prøvesvar via Helsenorge. Økt bruk er forventet å gi økt nytte og det er derfor svært viktig med valg av en kostnadsfordelingsnøkkel som kan stimulere til bruk. Men 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. Nyttene er også ulik hvorvidt et enkelte segment kun er bruker av tjenesten eller i tillegg produsent.

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

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

**Forbruksbasert** – Det er mulig å logge bruk av pasientens prøvesvar. Men 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. Norsk helsenett anbefaler ikke en volumbasert kostnadsfordelingsnøkkel fra 2024.

En volumbasert kostmodell kan eventuelt være aktuell ved en senere anledning. Om man bruker statistikk fra NHN sin meldingstjener i dag så viser denne at de private laboratorie- og radiologivirksomheter står som produsent av ca 1/3 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, vanskelig å administrere og er ikke en modell Norsk helsenett vil anbefale.

**Teknisk klart** – Pasientens prøvesvar er nå klargjort 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 (som det tross alt betaler for).

Norsk helsenett vurderer ikke "organisatorisk klart" som en reell, alternativ kostnadsnøkkel for pasientens prøvesvar fra 2024. Det vil være ytterst få virksomheter som kommer innenfor denne kategorien og som kostnaden da måtte fordele seg på.

**Faktisk innført** – Det pågår nå begrenset utprøving og test av pasientens prøvesvar og tjenesten er i dag ikke innført i helsetjenesten. 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 være alternativer for endringer i kostnadsfordelingsnøkklene.

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

Det vil være mulig å benytte flere alternative hybrider av kostnadsfordelingsnøkler, men Norsk helsenett mener det er for tidlig å benytte en ren volumbasert modell samt nytte i kombinasjon med andre fordelingsnøkler fra 2024.

En alternativ hybrid modell kan for eksempel være en kombinasjon av en skjønnsmessig fordeling mellom RHF og kommunene basert på ansvar, uavhengig av om tjenesten er tatt i bruk, men fratrukket den fastpris som dekkes av de private laboratorie- og radiologivirksomhetene.



### Foreløpig anbefaling/konklusjon

Med bakgrunn i ståstedet man er i ved inngangen til 2024 (få har tatt tjenesten i bruk, men prosjektfinansieringen er avsluttet), anbefaler Norsk helsenett å starte med følgende hybride prismodell:

- De offentlige virksomhetene betaler for løsningene uavhengig av om virksomhetene har tatt tjenesten i bruk. Det gjøres en skjønnsmessig fordeling mellom RHF og kommunene. Norsk helsenett mener det er grunn til å skjevfordele kostnadsfordelingen mellom disse to partene da RHF er en større bruker, både som produsent og konsument. Dette gir en fordeling som tilsvarer 50% for RHF og 20% for kommunene.
- De resterende 30% fordeles på de private laboratorie- og radiologivirksomhetene som benytter tjenesten. Når tjenesten for Pasientens prøvesvar blir nasjonal og ferdig innført, vil de private som ikke velger å være tilknyttet denne tjenesten kunne risikere å bli irrelevant for klinikerne, som er de som henviser undersøkelser til private lab- og radiologitjenester. Dette fordi tilgangen til svar på disse undersøkelsen ikke vil bli tilgjengelig for helsepersonell på tvers av helse- og omsorgstjenesten.
- Det bør vurderes ved en senere anledning, når løsningen er ferdig innført, hvorvidt andre private virksomheter skal betale for oppslag. Dette bør vurderes med utgangspunkt i omfang og bruk.

## 5.3.2. SFM (inkl. 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 forbruksmaterieil 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 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 er under utvikling og utprøving. Frem til og med 2024 vil det være prosjektmidler fra PLL-programmet som finansierer utviklingen av SFM-funksjonalitet i parallell med 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.

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 Pasientjournalsystemer (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. 10 EPJ leverandører 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 1200 fastlegekontor. Dette tilsvarer i underkant av 11.000 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 alle EPJ-leverandørene er godkjente for utvidet utprøving med økt antall brukere og virksomheter i kommunene, før de går over til innføring av løsningen til alle sine kunder i kommunesektoren.

SFM er også integrert med Helseplattformen og i løpet av 2023 tilgjengelig for ca. 20-25.000 brukere i Midt-Norge. 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 spesielt kommuner hvor 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 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 kostnadsfordelingsnøkler.
- **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.

## Kostnadsfordelingsnøkler

### *Dagens prismodell*

SFM er en ny løsning som per i dag ikke har en prismodell.

### *Alternativ 1: Kostfordeling 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, tannleger med flere, også brukere av SFM og inngår i betalingsplikten. Det kan imidlertid bli administrativt krevende og lite hensiktsmessig å vurdere disse virksomhetene ut ifra økonomi og størrelse.

SFM er også en ny tjeneste, og det vil ikke være mulig for alle virksomheter å ta SFM i bruk 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. Modellen gir forutsigbarhet i kostnadsnivået for kommuner og RHF og gir incentiver til økt bruk og fremme innovasjon og utvikling ved at aktørene betaler for noe som de må ta i bruk for å realisere nytte. Dette i motsetning til forbruksbaserte kostnadsfordelingsnøkler hvor aktørene kan velge å ta i bruk eller ikke.

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

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

En alternativ kostnadsfordeling mellom de to hovedsegmentene (kommunene og RHF) kan være en ren skjønnsmessig fordeling basert på ansvar, herunder at de to segmentene kan anses som likeverdige brukergrupper av tjenesten, og med et likt ansvar for en sikker legemiddelhåndtering. En slik tilnærming kan da utgjøre en lik fordeling mellom kommune og RHF.

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 nye segmentene, private aktører og tannleger, kan for dette alternativet være basert på en fast årlig pris eller en prosentandel av totalen basert på en skjønnsmessig vurdering av bruk og/eller nytte. En mulig fordeling kan være 49/49 %-fordeling til hver av kommune og RHF, hvor de siste 2% kan fordeles på tannleger og andre private aktører.

En skjønnsmessig kostnadsfordeling kan være enkel å benytte dersom vi forutsetter en fordeling basert på likeverdig ansvar mellom hovedsegmentene kommunehelsetjenesten og RHF, samt at private aktører betaler en andel.

**Nyttebasert** - 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: Kostfordeling basert på bruk*

**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.

**Teknisk klart** - SFM er teknisk klart fra Norsk helsenett for innføring fra 2024. 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. For dette alternativet skal også tannleger og andre private aktører inngå som betalere.

**Organisatorisk klart** - En prismodell basert på organisatorisk klart vil gi en skjeverte 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.

### *Alternativ 4: Kostfordeling 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 (ibruktagelse). Her er alternativene mange, men de må vurderes ut fra fordelene og ulempene som er nevnt i de andre alternativene over.

### Foreløpig anbefaling/konklusjon

Norsk helsenett anbefaler en kostnadsfordelingsnøkkel basert på en hybrid modell:

- En skjønnsmessig fordeling mellom segmentene basert på ansvar, samt teknisk klar til bruk. Kommuner og RHF anses som likeverdige brukere (49/49 %-fordeling) og tannleger og andre private aktører betaler 2%.
- Andelen de private aktørene skal betale kan justeres årlig etter 2024 når SFM etter hvert integreres til flere aktuelle EPJ-leverandører.
- Forvaltningskostnaden for FM inkluderes i grunnlaget for SFM for 2024. Dette fordi hovedsegmentene og formålet med FM samstemmer med SFM. FM er planlagt avviklet fra 2025 og vil fra dette året ikke inngå i kostnadsgrunnlaget.

## 5.3.3. 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 (responsentertløsning) til EPJ:
  - Medisindispensere
  - Måledata
  - 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 prisma modell 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 90% av basiskostnadene for basis forvaltning og drift, mens spesialisthelsetjenesten dekker 10%. 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 kostnadsallokeringsmetode er heller ikke hybrid prising en relevant prismetode.

### Kostnadsfordelingsnøkler

#### *Dagens prismodell:*

Dette er en ny løsning og det foreligger ikke noen prismodell for VKP per i dag.

#### *Alternativ 1: Kostfordeling 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: Kostfordeling basert på skjønnsmessig vurdering*

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

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** – Per i dag er det 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: Kostfordeling basert på bruk*

**Forbruksbasert** - En fordelingsnøkkel basert på forbruk (volum) kan som tidligere 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.

**Fordeling basert på 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 tilsa 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 incentiver 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 incentiver 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: Kostfordeling 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 kostnadsfordelingsnøklerne "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 skilles 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.

#### **Foreløpig anbefaling/konklusjon**

Budsjett for drift og forvaltning settes basert på et ambisjonsnivå som er valgt for 2024 (antall nye aktører som skal koble seg på). Det foretas en skjønnsmessig fordeling mellom kommunene og RHF med utgangspunkt i bruk, hvor RHF betaler en fast pris, herunder 5% av den totale kostnaden som er budsjettet 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*.

## 6. Vedlegg

### 6.1. 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 legekontor
- 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.