



Deres ref.: 25/3377

Vår ref: HSAK202500568

Dato: 28-11-2025

Høring om forslag til endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger - endringer i betalingen for 2026 mv.

Legeforeningen har, etter prosess i våre organisasjonsledd, utarbeidet denne uttalelsen. Våre viktigste innspill kan sammenfattes slik:

- Legeforeningen mener at utvikling, forvaltning og drift av samhandlingsløsningene må finansieres av staten direkte. Fremfor å jobbe videre med finjusteringer av en suboptimal tjenesteprisingsmodell, bør finansieringen overføres til staten som en rammefinansiering.
- Legeforeningen registrerer at departementet vil vurdere ytterligere endring i prismodellen for Norsk helsenett fra 2027 som følge av at Norsk helsenett nå gjennomgår medlemskapstilknytningen for kategorien "øvrige aktører". Legeforeningen vil være tydelig på at vi ikke støtter endringene i medlemskapstilknytningen og tilhørende betalingsplikt som vurderes av Norsk helsenett.
- Legeforeningen støtter plikten til å tilgjengeliggjøre tjenestene e-kontakt og reseptfornyelse på helsenorge.no for næringsdrivende og kommunalt ansatte fastleger.

Dette utdypes nedenfor.

Endringer i betaling for de nasjonale e-helseløsningene

Departementet foreslår, på bakgrunn av endringer i kostnader til forvaltning og drift, endringer i beløpene som virksomheter skal betale for de fire nasjonale e-helseløsningene; helsenettet med grunndata og helseID, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. Når det gjelder betalingen for helsenettet, er det foreslått endringer i prismodellen for kategorien «øvrige aktører» som etter departementets vurdering skal gjøre modellen mer finmasket og mer tilpasset de ulike aktørene.

Primært standpunkt: Nasjonale e-helseløsninger må finansieres fullt ut av staten

Legeforeningen anerkjenner at det er krevende å utforme en rettferdig og bærekraftig modell for fordeling av kostnader knyttet til drift og forvaltning av helsenettet og andre nasjonale samhandlingsløsninger. Med inneværende forslag forsøker departementet å gjøre modellen for betaling for helsenettet mer finmasket og mer tilpasset de ulike aktørene. Dette gjennom endringer i prismodellen for kategorien "øvrige aktører". Legeforeningen mener at dette er feil spor.

Legeforeningen har siden lovhjemmelen i pasientjournalloven § 8 (2) ble sendt på høring, hevdet at de nasjonale samhandlingstjenestene må finansieres av staten direkte. Samhandlingsløsninger er helsetjenestens motorveier. Legeforeningen mener derfor at ansvaret for utvikling, forvaltning og



drift av samhandlingsløsningene, samt kostnadene knyttet til dette, ligger klart innenfor statens ansvarsområde.

Vi opprettholder dette standpunktet, og gjentar våre uttalelser fra vår høringsuttalelse da forskriften første gang var på høring¹:

Samhandlingsløsninger er helsetjenestens motorveier, og utvikling, forvaltning og drift av disse må som utgangspunkt, etter Legeforeningens oppfatning, finansieres av staten direkte. Legeforeningen var i vår høringsuttalelse i 2020 tydelige på at vi ikke støtter forslaget om pålagt finansiering av nasjonale e-helseløsninger. Konsekvensene av et pålegg om finansiering av nasjonale e-helseløsninger vil være at "virksomhetene må omprioritere midler fra utøvende helsetjeneste til å finansiere et voksende byråkrati".

Finansieringsordningen innebærer etter Legeforeningens oppfatning en ineffektiv bruk av fellesskapets midler, hvor det opprettes et slags indre marked basert på internfakturerings. Nasjonal e-helseinfrastruktur vil få mest ut av begrensede ressurser ved å beholde en kort og oversiktlig finansieringskanal. Grunnet knapphetssituasjonen i helsetjenesten, bør omveier som kan unngås, unngås. Å gjøre store prinsipielle endringer i betalingsmodellen for nasjonal e-helseinfrastruktur har dessuten for stor avhengighet til arbeidet med styringsmodellen for slike løsninger, og denne er fremdeles ikke ferdig utviklet.

Dersom vekst i kostnadene til forvaltning og drift medfører økte kostnader for private næringsdrivende med offentlig avtale, mener Legeforeningen at dette må finansieres gjennom økte statlige overføringer til de næringsdrivende. Private aktører i andre sektorer kan dekke inn investeringer og driftskostnader i prisen på de tjenestene som tilbys. Dette er ikke mulig i den offentlige helsetjenesten.

Betalingsmodellen for Norsk helsenett skal sikre en rettferdig fordeling av kostnadene i en svært kompleks og sammensatt helsetjeneste bestående av virksomheter av varierende karakter. Det er et stort spenn mellom disse virksomhetene. Man har fastleger og avtalespesialister, som har en bunden inntektsside (prisregulert) og som er sårbare mot uforutsigbare endringer på kostnadssiden. Videre har man bedriftshelsetjenestene, som ofte kan ha en høy totalomsetning – som etter dagens modell medfører at de må betale høy medlemsavgift for NHN – men som likevel har en svært lav reell bruk av NHN. Til dette kommer helprivate virksomheter/sykehus og kjeder, samt fysioterapeuter, tannleger og psykologer, mv. som har sine måter å organisere tjenestene og virksomhetene på. Det er tilnærmet umulig å komme opp med en modell som treffer denne mangefasetterte tjenesten på en måte som oppleves som god og rimelig for alle aktørene.

Dagens modell er uheldig. Dette dels fordi den, med sin tjenestepricing, impliserer at det i helsetjenesten er markedsmessige fordeler av å bruke samhandlingsløsningene. Det er det ikke. Stort sett vil ikke gevinsten av digitale samhandlingsløsninger kunne medføre innsparinger eller økte inntekter i egen virksomhet. En markedsøkonomisk modell forutsetter fri prissetting i helsetjenesten (takster, egenandeler etc.) og fritt valg av tjenestetilbyder for samhandlingsløsning, slik at virksomhetene stimuleres til å velge beste og billigste løsning for optimalisering av egne resultater. I norsk helsetjeneste er det forskriftsfestet å bruke NHNs løsninger, og inntekten (nivået på takster og

¹ Legeforeningens høringsuttalelse datert 17.08.2021 [hoeringsuttalelse-forslag-til-endringer-i-pasientjournalloven-og-ikt-standardforskriften-tilgjengeliggjoring-av-og-betaling-for-nasjonale-e-helselosninger.pdf](#)



egenandeler) er fastsatt i forskrift. Modellen regulerer betaling for en tjeneste som staten bør finansiere, og dels fordi den medfører unødvendig byråkrati, gjerne kjent som "new public management". Det er allerede brukt betydelige ressurser, både fra myndighetene og aktørene, på å vurdere hvordan modellen treffer tjenestene, hvilke justeringer som kan og bør gjøres. Justeringer i prismodellen har flere ganger vært på høring. Dette er arbeid en ville ha spart seg for ved å beslutte direkte statlig finansiering. Fremfor å jobbe videre med finjustering av en suboptimal modell, bør finansieringen overføres til staten.

Dersom finansieringsmodellen opprettholdes, mener Legeforeningen at det for næringsdrivende leger (fastleger og avtalespesialister) bør vurderes om medlemsavgift til Norsk helsenett kan dekkes ved en kollektiv avsetning årlig i normaltarifforhandlingene, tilsvarende avsetning til utdanningsfond – da primært for å redusere det administrative arbeidet med fakturering. Dette må i så fall utredes.

Selv om Legeforeningen mener staten bør finansiere løsningene, vil vi knytte noen kommentarer til eksisterende prismodell nedenfor.

Nærmere om medlemstilknytning og prismodell for helsenettet

Det fremgår av høringsnotatet at departementet vil vurdere ytterligere endring i prismodellen for helsenettet fra 2027 som følge av at Norsk helsenett nå gjennomgår medlemskapstilknytningen for kategorien "øvrige aktører". Videre fremgår at dette "*vil i all hovedsak gjelde for helsevirksomheter som har fellesfunksjoner i et driftsselskap, men hvor det enkelte helsepersonell tilknyttet driftsselskapet er selvstendig næringsdrivende.*" Hva gjelder økonomiske konsekvenser, fremgår at: "*Endringene innebærer blant annet at priskategorien for virksomheter i kategorien små og mellomstore virksomheter får en betydelig reduksjon før prisjustering*".

I dag inngår alle legekantor (fastleger og avtalespesialister) medlemsavtale med NHN på legekantornivå. Det vil si at avtale inngås med driftsselskapet som legene på legekantoret sammen er eiere av, og som benyttes for å administrere driften av legekantoret. Gjennom driftsselskapet inngår legekantorene de aller fleste avtaler med samarbeidsparter, eksempelvis avtaler om husleie, avtaler med EPJ-leverandører og liknende. Det har også vært fast praksis, helt siden inneværende forskrift ble vedtatt, at det er legekantorene som inngår avtale med NHN. På denne måten sikres alle leger og annet helsepersonell ved driftsselskapet tilknytning til NHN og tilhørende tjenester.

Så lenge modellen med medlemsavtaler på kontornivå består, er det for så vidt riktig at prisen som betales blir lavere når medlemsavgiften reduseres fra kr 1202 til kr 725.

NHN varsler imidlertid en ny fortolkning av regelverket og et krav om at avtaler fremover skal inngås med den enkelte lege, og ikke på kontornivået. Legeforeningen frykter at omleggingen vil virke mot sin hensikt ved at den vil gi uklare og utydelige ansvarsforhold, og et økt byråkrati gjennom svært mange enkeltavtaler og uavklarte løsninger for signering og bruk av NHNs tjenester. Legeforeningen mener at legekantoret er den naturlige avtalepart.

NHN viser til at det med dagens løsning ikke er mulig å se hvor mange aktører som opererer innenfor et medlemskap på legekantornivå. Omleggingen er derfor nødvendig for at det skal fremstå tydeligere hvem som er medlem og hvem som gis tilgang til/tilegner seg taushetsbelagte opplysninger gjennom bruk av nasjonale samhandlingstjenester. Vi er spørrende til om den nye modellen som foreslås vil ivareta disse hensynene. Derimot frykter vi at den nye modellen vil gi et



fragmentert ansvar og svekke oversikten over hvem som omfattes av den enkelte medlemsavtalen. Det er eksempelvis et paradoks at vikarer ikke behøver å inngå egne medlemsavtaler, men arbeider på medlemskapet til hjemmelsinnehaver man vikarierer for. Videre er det i den nye modellen forutsatt at helsesekretærer eller sykepleiere som er ansatt på *legekontoret* skal være omfattet av medlemsavtalen som inngås på legekontornivå (i tillegg til avtalene som inngås for hver enkelt lege) – enda sekretærene jobber på vegne av flere leger i samme praksis i løpet av en dag. En ytterligere utfordring ved den nye modellen er at den forrykker innholdet i avtaler mellom kommuner og såkalte 8.2-leger (kommunal leieavtale). Modellen gir ikke gode løsninger for LIS1 eller introduksjonsleger. For en enkeltlege er dessuten selve signeringsprosessen med NHN arbeidskrevende og man har ikke samme forutsetninger for å forstå og forvalte disse kompliserte avtalene som man har på sykehus og andre større virksomheter.

Dersom medlemstilknytningen endres, vil konsekvensen trolig være at de samlede kostnadene for de næringsdrivende legene går betydelig opp, selv med den reduserte medlemsavgiften for hvert enkeltmedlem. Beregningene er ikke redegjort godt for, og vi vil sterkt poengtere at prismodellen ikke kan endres på en måte som medfører at kostandene for fastlegetjenesten og avtalespesialister øker. Vi minner om at fastleger og avtalespesialister er næringsdrivende med en bunden inntektsside, og derfor er sårbare for endringer på kostnadssiden.

Slik vi tolker departementets redegjørelser, legges det til grunn at en eventuell endring først vil gjelde fra 2027, og skal besluttes etter nærmere vurderinger på et senere tidspunkt. Vi gjør oppmerksom på at våre medlemmer allerede i dag blir presentert med nye medlemsvilkår som NHN forutsetter at skal signeres av den enkelte lege. NHN har sendt ut e-post til fastleger og avtalespesialister hvor det informeres om at NHN har nye vilkår for medlemskap i Helsenettet og at hver enkelt lege (gjennom sitt enkeltpersonforetak eller aksjeselskap) skal være medlem av Helsenettet. Noen av våre medlemmer har allerede signert på nye avtalevilkår. Vi oppfatter med andre ord at dette er en endring som skjer nå, og ikke på et senere tidspunkt.

Bedriftshelsetjenestenes plass i modellen

Bedriftshelsetjenestene er i all hovedsak privat organisert og faller inn under kategorien «øvrige aktører». Store deler av markedet dekkes i dag av fellesordninger som trolig vil bli klassifisert i kategori C eller D, mens interne bedriftshelsetjenester i industrien (egenordninger) antas å falle i kategori G, så lenge denne eksisterer.

Bedriftshelsetjenestesektoren er en lavmarginbransje, uten offentlige tilskudd, og finansieres direkte av virksomhetene som kjøper tjenestene. Bedriftshelsetjenestene leverer et bredt spekter av tjenester – yrkeshygieniske målinger, ergonomiske vurderinger, psykososial rådgivning, kursvirksomhet og medisinske undersøkelser. Den kliniske delen av tjenestene utgjør en relativt liten andel av totalomsetningen, og helsepersonell i bedriftshelsetjenesten benytter NHN i svært begrenset grad. Leger i bedriftshelsetjenesten er likevel avhengige av å være knyttet til de nasjonale, digitale samhandlingsløsningene for å kunne samhandle med andre aktører.

Når dagens og foreslåtte prismodell tar utgangspunkt i total virksomhetsomsetning, må bedriftshelsetjenestene på tross av dette betale en høy avgift for en tjeneste de i liten grad benytter, og hvor nytteverdien per betalt krone er lav.



Flere sentrale e-helseløsninger, som kjernejournal, er i dag ikke tilgjengelige for bedriftshelsetjenestene gjennom de journalløsningene som benyttes i arbeidsmedisinen.

Bedriftslegene ønsker absolutt å være med på den digitale utviklingen, men en årlig avgift for virksomheten på om lag 100 000–150 000 kroner vil for mange bedriftshelsetjenester utgjøre et betydelig økonomisk inngrep, særlig fordi dette i praksis må dekkes inn gjennom økte priser mot kundene. Økte kostnader kan igjen gå utover kvalitetsarbeid, kompetanseutvikling og rekruttering av spesialistkompetanse – forhold som allerede er krevende i bransjen.

Dersom departementet opprettholder en videreføring basert på dagens prismodell, foreslår Legeforeningen at man vurderer en egen, tilpasset modell for bedriftshelsetjenestene som reflekterer faktisk bruk og nytte av e-helseløsningene fremfor en løsning basert på total omsetning.

Plikt til å tilgjengeliggjøre tjenestene "e-kontakt" og "reseptfornyelse" på helsenorge.no

Legeforeningen støtter plikten til å tilgjengeliggjøre tjenestene e-kontakt og reseptfornyelse på helsenorge.no for næringsdrivende og kommunalt ansatte fastleger. Dette er løsninger som allerede er på plass hos de aller fleste fastleger, og alle pasienter bør kunne benytte denne funksjonaliteten hos sin fastlege, gitt at noen forutsetninger er oppfylt.

Helsenorge.no får ved dette en monopolposisjon hos fastlegene. Det er da svært viktig at fastlegenes behov for funksjonalitet blir ivaretatt. Fastlegene ser at det skjer forbedringer, men opplever at disse går langsomt og at arbeidet tar tid. Det er essensielt at løsningene passer legenes arbeidsflyt. Fastlegene ønsker derfor å bli enda mer involvert og prioritert inn i arbeidet med å utvikle funksjonaliteten slik at det blir et godt tilbud både for legene og pasientene.

Legeforeningen er enig i at det er fornuftig å avvente en plikt til skriftlig e-konsultasjon og video. Dette fremstår prematurt da en rekke forhold må avklares først, herunder helsegevinsten av digitale konsultasjoner, retten til å skru av mulighet for e-konsultasjon/video ved ferier og annet fravær, mulighet til å avgrense enkeltpasienter fra å bruke e-konsultasjon, tydeligere grenser mellom enkle pasientkontakter og konsultasjon for å sikre riktig takstbruk, forventet svartid etc. Spesielt viktig er tydelig forventningsstyring til innbyggere om svartider og klare anbefalinger om kritikalitet, noe man opplever i stor grad er løst med klar informasjon i helsenorge-appen i dag.

Løsningen for e-konsultasjon på helsenorge.no fungerer etter hva vi får opplyst fra allmennlegene noenlunde greit, men denne har et stort forbedringspotensial. Dersom HOD mener det skal innføres plikt til videokonsultasjon må dette i så fall tilbys som en integrert løsning i Helsenorge.no, der videoløsningen er integrert i Helsenorge.no og stilles tilgjengelig vederlagsfritt for fastlegene.

Med hilsen
Den norske legeforening
Jus- og arbeidsliv



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
Direktør, Jus og arbeidsliv

Saksbehandler: Mari Garborg Hanto, advokat/rådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk