



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 23/01069-169
Arkivkode: 069
Saksbehandler: Terje Wistner
Deres referanse:
Dato: 28.11.2025

Høringssvar - endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger

Vi viser til høring med HOD ref.: 25/3377 med frist 28.november 2025.

Innledningsvis ønsker KS å påpeke at kommunenes betalingsplikt for statens drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger (jmf. pasientjournalloven) er betydelig underkompensert. Den samlede underdekningen for budsjettåret 2026 kan estimeres til om lag 100 millioner kroner. Siden betalingsplikten ble innført for løsninger uavhengig av om de kan tas i bruk i kommunene eller ikke – og om det er kommunen selv, private med avtale eller innbygger som er målgruppe for tjenestene – er det ikke alltid mulig å realisere nytte for å finne inndekning for betalingsplikten. Konsekvensene er at kommunenes økonomiske handlingsrom svekkes. Underkompensasjonen innebærer at kommunene må finne inndekning i de frie inntektene av kostnadsvekst ut over kommunal deflator for å dekke statlige utgifter. Konsekvensen er at kommunene med andre ord må kutte kostnader i sine øvrige tjenester som får konsekvenser for tilbudet til innbyggerne. Det innebærer også svekket handlingsrom for investeringer i lokal helseteknologi – som nye journaler og velferdsteknologi.

I sitt møte 9. november 2023 fattet KS sitt Hovedstyre i sak 23/01069-41 følgende vedtak, og som danner utgangspunktet for høringssvaret:

1. *Hovedstyret presiserer viktigheten av at nasjonale e-helseløsninger må tilpasses kommunenes behov, gi reelle gevinster og nytte for både helsepersonell og innbygger samt bidra til å sikre økonomisk bærekraft i kommunal sektor.*
2. *KS forutsetter at merkostnader kommunene har med bruk og innføring av nasjonale løsninger kompenseres fullt ut. KS forutsetter videre at gevinster kun kan trekkes inn dersom kommunal sektor får netto kostnadsbesparelser av en løsning og KS og staten er enige om beregningene av dette.*

Oppsummerende tilbakemeldinger

Forskriften er en oppfølging av endringer i pasientjournalloven om plikt til å ta i bruk og betale for nasjonale e-helseløsninger som trådte i kraft 1. januar 2022, hjemlet i Pasientjournalloven § 8 fjerde ledd.

KS har følgende innledende tilbakemeldinger til forskriften:

- KS er fornøyd med at HOD har bidratt til større forutsigbarhet for de budsjettmessige konsekvenser som kommunene får i påfølgende år ved at kostandskonsekvensene kommer på våren og ikke høsten.

- KS er også fornøyd med at kostnadsøkning inn mot 2026 er redusert, men kostnadsveksten over tid har likefullt vært større enn inntektsveksten i helse- og omsorgssektoren. Selv om tiltakene i de nasjonale løsningene er viktige for sektoren, vil kostnadsnivået kunne bidra til å fortrenge annen viktig satsing i helse- og omsorgssektoren.
- Vi er generelt bekymret over at kostnadsnivået for drift- og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene medfører betydelige kostnader for aktørene i sektor. Grunnkompensering har ikke sett vesentlig økning siden 2022. De lokale konsekvensene ved innføring av løsningene er heller ikke kompensert.
- NHN har gjort en gjennomgang av prismodellene, men vi mener det er fortsatt behov for revidering. Fordelingsnøkklene må videreutvikles for å hensynta den reelle fordelingen av kostnader og gevinster mellom stat og kommune i tråd med Stortingets anmodningstak, fremfor å være basert på en sjablongmessig øvelse.
- Forskriftsfesting av spesifikke beløp gir lite handlingsrom. Gitt de kapasitetsutfordringene som vi kjenner til at eksisterer med tanke på innføringskapasitet, så er vi svært usikre på om de insentivvirkningene som staten antar som del av begrunnelse for forskriftsendringen faktisk vil slå til. Det er også en uforutsigbarhet i at et uspesifisert beløp knyttet til kostnadsvekst allerede i første oppdatering ligger an til å overstige ordinær pris- og lønnsvekst. I tillegg ser vi at kostnader knyttet til innføring av nye meldingsstandarder påvirker kostnadsnivået uten at dette kompenseres.

Innspill til forskriften

Kommunal sektor står allerede i betydelige utfordringer, ikke minst i helse- og omsorgstjenesten. Disse forventes å forsterke seg i årene fremover. Slik dagens prinsipper for betalingsplikt er innrettet, med å forutsette at gevinstene tas ut før løsningene er fullt ut innført og uten å kompensere for lokale kostnader ved innføring, bidrar det til å svekke kommunenes allerede pressede økonomiske handlingsrom. Siden kommunene er rammestyrte, vil ukompensert kostnadsvekst i nasjonale e-helsetjenester måtte dekkes inn ved svekket tjenestetilbud til innbyggerne.

Kommunene er fortsatt i en krevende økonomisk situasjon. I 2024 var netto driftsresultat negativt. Det ligger an til å bli svakt også i 2025, og kommunene står overfor store og krevende omstillingsprosesser. Det er derfor viktig at de nasjonale e-helseløsningene bidrar til å avlaste helsepersonell i hverdagen og bidra til den samlede økonomiske og personellmessige bærekraften for kommunene.

Dette er også et premiss som Stortinget fastslo i sin behandling av pasientjournalloven den 14. desember 2021¹, der Regjeringen ble anmodet om å «*sørge for at prismodellene for de nasjonale e-helseløsningene evalueres og justeres basert på erfaringer med ordningene innen 2024, og at kommunenes andel av kostnadsveksten skal ta utgangspunkt i en vurdering av nytten for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*»

KS er glad for at staten lytter til innspill fra kommunal sektor om økt forutsigbarhet for kommunene med en varsling allerede i denne forskriften om plikt for kommunale sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester til å ta i bruk nasjonal kjernejournal fra 1. januar 2026. At Teknisk Beregningsutvalg har begynt med langsiktige prognoser er også et tiltak som bedrer forutsigbarheten.

Samtidig mener KS det er behov for å øke forutsigbarheten ytterligere for kommunene med tydeligere prinsipper for når en løsning skal omfattes av loven og graden av kompensasjon. I hovedsak bør kommunene kompenseres fullt ut for løsninger hvor det foreløpig ikke er mulig å hente ut nytte, enten som følge av at løsningene ikke er godt nok tilpasset kommunale behov, at realisering av nytte forsinkes eller at nytten primært tilfaller innbygger eller andre aktører. KS vil særlig peke på kommunenes betalingsplikt for fastlegetjenestens bruk av løsningene. Som kjent er det staten som har ansvaret for

¹ Prop. 3 L (2021-2022), Innst. 47 L (2021-2022), Lovvedtak 26 (2021-2022)

finansiering av fastlegetjenestens via basistilskuddet (at kommunene over tid i tillegg subsidierer tjenesten via de frie inntektene endrer ikke på dette prinsippet). Siden kommunene ikke er selvstendig finansiert for fastlegetjenesten utover basistilskuddet, følger det av dette prinsippet at kommunene bør kompenseres fullt ut for kostnadene som følger av fastlegetjenestens bruk av de nasjonale løsningene.

For å sikre god og hensiktsmessig utvikling, innføring og gevinstrealisering av nasjonale e-helseløsninger i kommunal sektor, forutsetter vi at arbeidet gjennomføres i tråd med prinsippene for samarbeid om digitalisering mellom stat og kommune. Prinsippene er jmf. digitaliseringsrundskrivet² 1) likeverdighet og innflytelse, 2) representativitet, og 3) involvering hele veien. Prinsippene er også nedfelt i ny nasjonal digitaliseringsstrategi «Fremtidens digitale Norge»

Helse- og omsorgsdepartementet skriver i forslaget til forskrift at dersom en endring i en nasjonal e-helseløsning eller standard kan føre til vesentlige konsekvenser – for eksempel endret struktur eller kostnadsfordeling mellom aktører – skal det gjøres en risiko- og konsekvensvurdering som del av beslutningsgrunnlaget

KS opplever at direktorat og statlige foretak søker å etterleve prinsippet om «involvering hele veien», men at dette ikke alltid skjer i en form som medfører tilstrekkelig innflytelse, spesielt når det gjelder prioritering og rekkefølge.

KS støtter revidering av mandatene til den nasjonale rådsmodellen, men også styringsstrukturer for utvikling, utprøving, drift og forvaltning, fortsatt må videreutvikles for å redusere fragmentering og legge til rette for større grad av kobling mellom hvilke investeringsbeslutninger som tas nasjonalt og hvilke økonomiske konsekvenser dette får for virksomhetene.

Dagens styringsstrukturer for å ivareta nasjonale e-helseløsninger er fortsatt svært omfattende og kan gi uklarhet i roller og ansvar for de ulike aktørene. Kommunesektorens representanter i de ulike nasjonale fora har ikke delegeret fullmakter på vegne av sektor, hvilket forutsetter tydelig og god forankring i samstyringsstrukturen for digitalisering i kommunal sektor, ikke minst en tydelig forståelse av sektorens samlede (politiske) posisjoner. Her må det sikres tilstrekkelig tid til forankring og eierskap i kommunal sektor.

For å ivareta et samlet styrings- og forvaltningsløp er det avgjørende med tydelighet knyttet til roller, formål og myndighet. KS mener at myndighetene må ta utgangspunkt i en nivå-modell som beskriver hvilke typer saker som skal behandles på de ulike nivåene. Helt konkret avklare hva som skal behandles på et operativt, taktisk og et strategisk nivå. Dette må gjelde på tvers av de statlige etatene, og sikre enhetlig tilnærming til prosesser og behandling av de respektive sakene.

Det er sentralt at konsekvenser for kommuneøkonomien synliggjøres i tilknytning til kommuneproposisjonen, slik at kommunene og fylkeskommunene kan innarbeide eventuell ikke-kompensert kostnadsvekst i sine budsjettprosesser.

KS mener at bruk av tjenester for ulike målgrupper, nytte, kostnadskonsekvenser og effekter av de nasjonale e-helseløsningene må dokumenteres tydeligere og at regjeringen må iverksette tiltak for å skaffe til veie tilstrekkelig kunnskaps- og datagrunnlag om både kostnader, bruk og effekter (både økonomiske og kvalitative). Dette vil kunne bidra til mer transparens i diskusjoner om kostnadsfordeling bruk og nytte mellom de respektive helseaktørene, og ikke minst bidra til målrettet videreutvikling av løsningene i tråd med tjenestenes behov slik at de i større grad enn i dag bidrar til en sammenhengende og bærekraftig helsetjeneste.

² [Digitaliseringsrundskrivet - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/dokument/Digitaliseringsrundskrivet)

KS mener videre at prismodellene må videreutvikles for å hensynta fordeling av nytte, i tråd med Stortingets vedtak, og at Regjeringen må prioritere arbeidet med å synliggjøre gevinst- og kostnadsfordeling mellom aktørene, jfr. Stortingets vedtak om at kommunene (sammen med andre helseaktører, primært sykehus) skal pålegges gevinstuttak tilsvarende statens kostnader for digitale samhandlingsløsninger tilsvarende 1,25 mrd kroner.

Det bør være et mål i seg selv at en prismodell og grunnlaget for denne må være transparent og basert på dokumentert kunnskap som er forankret i objektive størrelser. Prismodeller rettet mot kommuner som kunder bør være tett koblet mot leverte tjenester og synliggjøre nytte. Dette vil også være et virkemiddel for å styrke legitimiteten til de nasjonale tjenestene.

KS mener fortsatt at Norsk helsenett må gis oppdrag om utvikling av datagrunnlag om reell bruk av de ulike tjenestene i ulike målgrupper, og hvilke datasett som gir mest nytte for ulike brukergrupper. Med utgangspunkt i slike kunnskapsgrunnlag bør løsningene videreutvikles og tilpasses slik at de reelt understøtter og avlaster arbeidshverdagen i kommunene for alle målgrupper av helsepersonell som vil kunne ha nytte av dem. Slik vil de i større grad enn i dag kunne tas i bruk som en integrert del av tjenesten og dermed realisere nyttepotensiale. Ikke minst er det viktig å gå opp roller og ansvar mellom statlige foretak og etater sett inn mot kommunal sektors arbeid med samordning og samstyring av kommuner og fylkeskommuner.

Kostnadsveksten for kommunal sektor som konsekvens av pasientjournalloven

Enhver prisøkning av det kommunene skal betale ut over kommunal deflator må dekkes av kommunenes frie inntekter og svekker dermed det kommunale handlingsrommet. Kostnadsveksten for de nasjonale e-helseløsningene har vært betydelige frem til 2024. Samtidig ser veksten i kostnadsnivå ut til å ha avtatt etter dette. Dersom prisjusteringen blir omtrent på nivå med deflatoren, så vil den samlede effekten av kostnadsreduksjoner, samt justeringer av prisen som følge av mindreforbruk i NHN medføre at beløpet som kommunene må dekke av sine frie midler vil være om lag på nivå med summen kommunene betalte i fjor. Dette er et steg i riktig retning, og KS forventer at kostnadsnivået nå stabiliserer seg og at man gir kommunene og fylkeskommunene mulighet til å beholde noen av de anslåtte gevinstene slik at de faktisk kommer brukere og helsepersonell til gode.

Kommunal sektor står overfor betydelige utfordringer på mange områder. Kommunenes og fylkeskommunenes økonomiske situasjon er fortsatt krevende, ikke minst i kommunale helse- og omsorgstjenester, som i tillegg har betydelige bemanningsutfordringer. KS vil derfor understreke at det er viktig at de nasjonale e-helseløsningene bidrar til å reelt avlaste helsepersonell i hverdagen og dermed bidrar til å bedre hverdagen for innbyggere og helsepersonell kommunene.

Tabell 1 – utvikling av kommunenes utgiftsandel i NHN og kompensasjon (avrundet til nærmeste mill.)

	2022	2023	2024	2025*
Kommunal "faktura"	341	386	470	479
Total kompensasjon til kommunerammen	330	353	368	365
Innlemming (estimert realverdi) *	322	336	350	365
ekstra kompensasjon	8	17	18	
Utgift som må dekkes av frie inntekter	11	33	101	114

**Kompensasjon og beregning for 2025 er foreløpige estimater basert på foreliggende informasjon i forslaget til statsbudsjett for 2025*

KS forventer en konsekvensjustering av kompensasjonen som følge av justeringer i prismodellen

KS har videre følgende kommentarer

KS mener det er viktig at man i oppfølgingen av Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 legger vekt på utvikling av finansieringsmodeller og finansielle incentiver som understøtter utbredelse og gevinstrealisering samt bærekraftig drift og forvaltning for kommunene for de nasjonale e-helseløsningene.

- En sentral barriere for kommunene er økonomi. Når kommunene sammen med andre helseaktører blir pålagt gevinstuttak tilsvarende statens kostnader for investering i nyutvikling av de statlige nasjonale digitale samhandlingsløsningene, samtidig som de også skal betale statens kostnader til drift og forvaltning av nasjonale e-helseløsninger så bidrar dette til å redusere handlingsrommet i kommunal sektor. Tilstrekkelig handlingsrom er en sentral forutsetning for å realisere gevinster på en god måte.
- Før en tjeneste skal omfattes av kommunenes betalingsplikt, bør den som minimum være ferdig utprøvet og helsefaglig godkjent for bruk i kommunenes egne helse- og omsorgstjenester.
- Det må bli et tydeligere skille mellom en løsning som har forvaltningskostnader, men som fortsatt er i utvikling eller utprøving, og forvaltningskostnader for løsninger som er tilgjengeliggjort og tilpasset for kommunenes bruk. Betalingsplikt bør ikke innføres før løsningen faktisk kan tas i bruk og integreres som en del av tjenestenes virke, uten forbehold. KS mener det ikke kan innføres betalingsplikt for tjenesten pasientens prøvesvar i kjernejournal fordi tjenesten ikke er tilstrekkelig utprøvd for kommunal sektor. KS legger til grunn at slik betalingsplikt ikke inntreffer før tjenesten er klar til bruk i kommunene. KS ber om å bli involvert i departementets vurdering før det besluttes å legge inn prøvesvar i betalingsplikten. Et minimum er at tjenesten er prøvet ut i kommunene (ikke bare hos private fastleger med avtale) og vurderes klar.
- Diskusjonen om statens bidrag til finansiering av nasjonale e-helseløsninger – både utvikling, drift og forvaltning – bør gjenopptas og revurderes. Dette er nasjonal infrastruktur som styres av staten og som staten dermed bør ha hovedansvaret for å finansiere i likhet med annen nasjonal infrastruktur. Staten bør ta utviklingskostnadene frem til løsningen er tilpasset og klar til bruk i de respektive virksomhetene. Staten bør også ta en andel av kostnadsveksten ved vanlig drift og forvaltning – dette gjelder ikke minst innbyggernes og privates bruk av løsningene, mao. tydeligere prinsipper om økt kompensasjon og andel.
- Det er avgjørende at regjeringen har fokus på å utvikle finansieringsmodeller som gir rettferdig fordeling, basert på faktisk bruk og nytte. Et førende prinsipp må være at kommunene kompenseres fullt ut for eventuelle netto merkostnader for statlige utgifter ved nasjonale e-helseløsninger
- Prinsippet om at det ikke skal tas hensyn til bruk ved fordeling av betalingsplikten må gjelde alle tjenester. Fordelingen av Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) viser at departementet praktiserer andre regler for RHF, enn for kommunene. Dette har også blitt tungt drøftet og reagert på i nasjonalt e-helseråd.
- Det er viktig at løsningene som brukes (og betales for) gir reell merverdi og nytteeffekter i virksomhetene. Innføring forutsetter kapasitet og kompetanse i de respektive kommunene og ikke minst at leverandørene har innført funksjonaliteten. Ved å støtte opp om tiltaket felles samlet leverandørdialog med tilhørende virkemidler for kommunal sektor kan de statlige aktørene bidra til at leverandørene kan få levert. Noe som vil kunne gi stor merverdi for kommunal sektor. Innretningen kan være et risikoreduserende tiltak opp mot lav endringstakt i EPJ-markedet.

- KS forutsetter at kommunene fullt ut kompenseres for betalingen til NHN frem til de ulike løsningene er tilrettelagt slik at det faktisk er mulig å ta dem i bruk og dermed realisere gevinster og nytte. Av dette følger også at kommunene og fylkeskommunene kompenseres fullt ut for innbyggernes og private aktørs bruk av løsningene der regningen for slik bruk sendes kommunene.
- Inntil en stor nok andel av kommunene kan realisere reelle gevinster fra de nasjonale e-helseløsningene, må kommunene og fylkeskommunene kompenseres fullt ut for sine netto merkostnader.

Kommunenes merkostnader for fastlegenes bruk av løsningene må kompenseres, som formidlet i tidligere høringsvar til forskriften

- Kommunene er ikke selvstendig finansiert for bruken til private fastleger med avtale, det er en tjeneste direkte finansiert av staten over basistilskuddet. Økningen i deres bruk - som er den største økningen - må derfor kompenseres.
- Underlaget bør inneholde statistikk for bruk for av de ulike tjenestene for ulike grupper, slik at vi ser hvilken andel av økningen som er knyttet til private fastleger med avtale.
- Stortinget har vedtatt av kommunene skal betale for fastlegenes bruk av nasjonale e-helseløsninger. Kommunene har ansvaret for å knytte til seg fastleger som en viktig del av de kommunale helsetjenestene. Basistilskuddet kommunene mottar går i dag direkte til fastlegene selv, kommunene er dermed ikke selvstendig finansiert for fastlegetjenesten. Situasjonen i dag er at svært mange kommuner subsidierer fastlegetjenesten via kommunenes frie inntekter som er ment til å dekke kommunenes oppgaver på andre tjenesteområder.
- Kommunene er ikke satt i stand til å legge til rette for utbredelse og innføring av nasjonale e-helseløsninger til selvstendig næringsdrivende fastleger. Regjeringen (Meld. St. 23) vil legge til rette for å øke takten i utvikling og innføring av digitale løsninger i allmennlegetjenesten gjennom følgende tiltak; 1) videreutvikle helseteknologiordningen i samarbeid med KS og helsenæringen, 2) utrede, i samarbeid med KS, om og på hvilken måte kommunal sektors modeller og nettverk for digitalisering kan benyttes og videreutvikles. Kommunen er ansvarlig for å tilby fastlegetjeneste til sine innbyggere, og KS er enig i at nasjonal modell for utprøving og innføring av digitale løsninger i kommunal sektor kan gjenbrukes. KS mener en utredning bør også involvere legeforeningen og/eller allmennlegeforeningen og kommuner. Spesielt må det vurderes roller og ansvarsfordeling, prinsipielle ansvarsforhold i fastlegeordningen, kommunenes plikt til å betale for næringsdrivende fastlegers bruk av nasjonale e-helseløsninger og behov for virkemidler og incentiver.
- Fastlegetjenesten er en sentral og svært viktig del av primærhelsetjenesten, men det er ikke en tjeneste som kommunene er finansiert for utover basistilskuddet. Resultatet av dagens betalingsordning er at kommunene er pålagt betalingsplikt for fastlegenes bruk av de nasjonale e-helseløsninger. Det kan også være at man ved bruk av noen av løsningene også utløser takster. Dette kan med fordel undersøkes nærmere. Løsningene som det betales for er i mange tilfeller noe kommunen ikke kan bruke selv, og dette bidrar dermed til å forsterke kommunenes allerede betydelige subsidiering av fastlegetjenesten på bekostning av andre tjenester i kommunen. Siden fastlegene i de fleste tilfeller er næringsdrivende, er det heller ikke mulig for kommunene å realisere gevinster av disse løsningene.
- KS anerkjenner at Stortinget har vedtatt av kommunene skal betale for fastlegenes bruk av nasjonale e-helseløsninger. Utgangspunktet bør imidlertid være at når kommunene får merkostnader grunnet andres bruk av løsningene, bør disse merkostnadene kompenseres fullt ut av staten. Stortinget har også anmodet regjeringen om at vesentlig merkostnader for kommunene kompenseres. Når kommunene pålegges betalingsplikt for tjenester som ikke engang er klaggjort

for bruk i kommunene selv, mener KS at full kompensasjon er det eneste logiske for at kommunene ikke må kutte i andre tjenesteområder.

Forutsetninger for å benytte «plikt til betaling»

- Plikt til betaling forutsetter etablerte og fungerende modeller (og insentiver) for strategisk leverandørdialog i regi av kommunal sektor selv, gjennom en felles og samlet leverandørdialog. Dette vil bidra til å øke forutsigbarheten for at leverandørene leverer ihht. kommunal sektors prioriterte portefølje (som vektlegger kommunenes behov, men selvsagt tar utgangspunkt også i det nasjonale veikartet). I dag er det en betydelig utfordring av leverandørene henger etter. Det er viktig å drøfte formålet med plikt og hvordan det kan tilrettelegges insentiver overfor leverandørmarkedet. Her kan tidspunkt for innføring vurderes, avhengig av løsning og rekkefølgebehov. KS er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementet støtter tiltaket felles og samlet leverandørdialog med tilhørende virkemidler. Et tiltak som vil kunne gi stor merverdi for kommunal sektor. Innretningen kan være et risikoreduserende tiltak opp mot lav endringstakt i EPJ-markedet. Behovene samordnes og koordineres av en samlet kommunal sektor, og bidrar til å styrke kravstillingen til leverandørene. Samtidig som innretningen kan bidra til å sikre leveranse av ønsket funksjonalitet ved å skape insentiver for leverandørene. Ved å legge inn en bestemmelse om at tredjepart kan bestille funksjonalitet på vegne av kommunene i nye kontrakter, vil det være med på å sikre gjennomføring av innretningen ved at ordningen vil være kontraktsfestet.
- Plikt til betaling forutsetter at de nasjonale e-helseløsningene oppfyller grunnleggende behov og krav fra de kommunale og fylkeskommunale helsetjenestene, og understøtter formål med å levere forsvarlige helsetjenester. Det forutsettes at de nasjonale løsningene er tilstrekkelig verifisert i henhold til omforente krav før utbredelse kan iverksettes.
- Plikt til betaling bør i prinsippet ikke tre i kraft før funksjonaliteten er tilgjengeliggjort for virksomhetene og nytte/gevinster er dokumentert. Dette kan gjerne gjøres i parallell med teknisk utprøving og forutsettes å skje i samarbeid med berørte aktører fra brukersiden (KS/kommuner, RHF/helseforetak). Et eksempel på det motsatte er at plikt til betaling inntreffer før alle de nye delene av kjernejournal er innført og at det fortsatt er usikkerhet i kommunehelsetjenesten om nytten av løsningen.
- Plikt til betaling forutsetter at forvaltningsmodeller og finansiering er omforent mellom aktørene, inklusive avklaring av roller og ansvar mellom virksomhetene

Forutsetninger for å benytte «plikt til bruk»

KS mener videre det er en rekke forutsetninger som må ligge til grunn for at plikt til bruk skal kunne innføres for *andre* løsninger, utover kjernejournal:

- Det må i prosjekt-/programfasen utarbeides materiell (kost/nyttevurderinger, 80 % ferdig ROS/DPIA, informasjons- og opplæringsmateriell m.m.), som kan gjenbrukes og effektivisere innføringsprosessen i kommunene.
- For å møte erkjente kapasitets- og kompetanseutfordringer i kommunene, er det en viktig forutsetning for plikt til bruk at det tilbys tilstrekkelig statlig støtte og virkemidler til utbredelse og innføring slik at løsningene tas i bruk og med god effekt i tjenestene.
- Prioriteringen av innføring av nasjonale e-helseløsninger må sees i sammenheng med kommunal sektors ambisjoner på eHelseområdet, inklusive prioriteringer og rekkefølge, med statlige incentiver og tiltak som stimulerer til innføring og at løsningene reelt tas i bruk.

- Begrepet «vesentlig andel» bør drøftes i fellesskap. Det er ikke gitt at dette kan fastsettes som en generell grense for alle, men at det må vurderes fra løsning til løsning, og er avhengig av status, ambisjoner og behov for virkemidler.
- Det er viktig at det gjennomføres økonomiske og administrative konsekvenser, herunder teknologiske forutsetninger og avhengigheter, før plikt kan inntreffe. Dette må kunne presenteres som et «business case» for den enkelte kommunens vurdering ved innføring.

KS' posisjoner er som tidligere:

- KS presiserer viktigheten av at nasjonale e-helseløsninger må tilpasses kommunenes behov, gi reelle gevinster og nytte for både helsepersonell og innbygger samt bidra til å sikre økonomisk bærekraft i kommunal sektor.
- KS forutsetter at merkostnader kommunene har med bruk og innføring av nasjonale løsninger kompenseres fullt ut. KS forutsetter videre at gevinster kun kan trekkes inn dersom kommunal sektor får netto kostnadsbesparelser av en løsning og KS og staten er enige om beregningene av dette.
- Nasjonal infrastruktur er i utgangspunktet et statlig ansvar som burde vært finansiert av staten i tråd med annen nasjonal infrastruktur.
- Når pasientjournalloven har endret dette grunnleggende hovedprinsippet, må sektoren uansett oppleve at dette er en god, transparent og forutsigbar modell som gir incentiver om å ta i bruk nasjonale løsninger – samtidig som det ikke skjer en kostnadsoverveltning fra stat til kommune som kommunene ikke kan hente inn gjennom gevinster i tjenesten.
- Likebehandling, forutsigbarhet, etterprøvbarhet og transparens må ivaretas som grunnleggende forvaltningsprinsipper.
- Staten beskriver i høringsnotatet at betalingen baseres på en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale e-helseløsninger som kommer pasientene til gode og som i tillegg tar hensyn til virksomhetenes bruk og nytte av løsningene. KS mener derfor det er viktig at Helsedirektoratet viderefører arbeidet med evaluering av nytte, for alle nasjonale e-helseløsninger.
- Staten legger vekt på at betalingsmodellen bør være enkel å forvalte, stabil over tid, reflektere mulige gevinster og stimulere til bruk av fellesløsninger. Kostnadsfordelingen bør videre gi en relativt rettferdig fordeling av den økonomiske byrden og i rimelig grad reflektere fordelingen av gevinster mellom aktørene. KS mener dette er gode ambisjoner, men det utøves ikke slik i dag. KS mener at NHN (evt Helsedirektoratet) bør få oppdrag om å dokumentere faktisk bruk og nytte som grunnlag for betalingsmodell.
- KS mener at de mulige gevinstene som beskrives i utprøvingen av løsningene med fordel kunne vært målt jevnlig og fulgt opp fra Helsedirektoratets side.

Med hilsen

Kristin Weidemann Wieland
Områdedirektør FID

Terje Wistner
Avdelingsdirektør eHelse

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur