

**Høring**

Endringer i pasientjournalloven og forskrift om IKT-standarder i helse og omsorgstjenesten  
(tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger mv.)

# Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	2
1 Sammenheng .....	4
2 Bakgrunn for lov- og forskriftsforslagene .....	5
2.1 Nasjonale mål for digitalisering av helse- og omsorgssektoren .....	5
2.2 Organisering og styring av e-helseutviklingen .....	7
2.2.1 Direktoratet for e-helse som myndighetsorgan .....	7
2.2.2 Norsk helsenett SF som leverandør av nasjonale e-helseløsninger.....	8
2.2.3 Nasjonal styringsmodell for e-helse og nasjonal e-helseportefølje.....	8
2.2.4 Teknisk beregningsutvalg .....	10
2.3 Eksisterende nasjonale e-helseløsninger .....	11
2.3.1 Helsenettet, inkludert grunndata og helseID .....	11
2.3.2 Nasjonal kjernejournal .....	13
2.3.3 E-resept (reseptformidleren mv.) .....	14
2.3.4 Helsenorge.no.....	15
2.4 Innføring av e-helseløsningene i kommunal helse- og omsorgstjeneste.....	17
2.5 Dagens finansieringsmodell for forvaltning og drift.....	18
2.6 Lovmedvirkningsprosess med KS .....	19
3 Gjeldende rett .....	21
3.1 Pasientjournalloven.....	21
3.1.1 Pasientjournalloven § 12 og reseptformidlerforskriften.....	21
3.1.2 Pasientjournalloven § 13 og kjernejournalforskriften.....	23
3.2 Helseregisterloven.....	24
3.3 Helse- og omsorgstjenesteloven .....	24
3.4 Spesialisthelsetjenesteloven.....	25
4 Departementets vurderinger og forslag til lov- og forskriftsbestemmelser .....	25
4.1 Behov for å styrke virkemidlene.....	26
4.2 Pliktene til Norske helsenett SF .....	28
4.3 Virksomhetenes plikt til å gjøre løsningene tilgjengelige for personellet .....	29
4.3.1 Tilgjengeliggjøring av helsenettet, inkludert grunndata og helseID .....	32
4.3.2 Tilgjengeliggjøring av kjernejournal.....	34
4.3.3 Tilgjengeliggjøring av e-resept .....	37

4.3.4	Tilgjengeliggjøring av tjenester på helsenorge.no .....	38
4.4	Virksomhetenes plikt til å betale for forvaltning og drift .....	42
4.4.1	Beregning av kostnader og fastsetting av betalingen .....	45
4.4.2	Betaling for helsenettet.....	48
4.4.3	Betaling for kjernejournal, e-resept og helsenorge.no .....	50
4.5	Norsk helsenett SFs tilgang til folkeregisteropplysninger .....	56
5	Departementets vurdering av forholdet til annen lovgivning.....	56
5.1	Forholdet til kommuneloven.....	56
5.2	Forholdet til EØS-retten.....	57
5.2.1	Forholdet til reglene om fri bevegelse.....	57
5.2.2	Forholdet til anskaffelsesreglene.....	60
5.2.3	Forholdet til statsstøttereglene .....	61
5.3	Svalbard og Jan Mayen .....	62
6	Administrative og økonomiske konsekvenser .....	62
6.1	Tilgjengeliggjøring og bruk av løsningene .....	63
6.2	Betaling for kostnadene til forvaltning og drift .....	65
7	Merknader til de enkelte lovbestemmelsene .....	68
8	Utkast til lov- og forskriftsendringer .....	70
	Forslag til endringer i pasientjournalloven.....	70
	Forslag til endringer i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.....	71

# 1 Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i dette høringsnotatet endringer i pasientjournalloven §§ 8 og 21. Videre foreslår departementet endringer i forskrift om IKT-standarder i helse og omsorgstjenesten med nye §§ 9 til 19.

Forslaget pålegger virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å gjøre tilgjengelig og ta i bruk fire bestemte nasjonale e-helseløsninger i sin virksomhet. Forslaget omfatter løsningen for elektroniske resepter (e-resept), Nasjonal kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet, inkludert grunndata. Forslaget pålegger også virksomhetene å betale for forvaltning og drift av løsningene. Norsk helsenett SF skal ha plikt til å tilby de nasjonale e-helseløsningene til helse- og omsorgssektoren.

Departementet foreslår også at Norsk helsenett SF gis hjemmel til å innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt og til å etablere en kopi av Folkeregisteret, som også kan sammenstilles med andre nødvendige opplysninger. Folkeregisteropplysningene kan benyttes av virksomheter i helsesektoren, som selv har hjemmel til å motta slike opplysninger. Dette forslaget er uavhengig av forslaget til plikten til å tilgjengeliggjøre og betale for de nasjonale e-helseløsningene.

Formålet med lov- og forskriftsendringene er å styrke og legge til rette for digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å bidra til gode og effektive helse- og omsorgstjenester. Endringene skal også legge til rette for bedre nasjonal samordning og samhandling mellom forvaltningsnivåene. De nasjonale e-helseløsningene er nødvendige for å levere gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne og for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet, personvern og effektiv bruk av offentlige ressurser.

At relevante og nødvendige opplysninger følger den enkelte pasienten og er tilgjengelige for helsepersonellet, kan være avgjørende for å yte forsvarlig helsehjelp. I enkelte tilfeller kan tilgang til relevante helseopplysninger hindre vesentlig helseskade og handle om liv og død. For at de nasjonale e-helseløsningene skal bli mest mulig effektive, er det viktig at de brukes av alle relevante aktører i sektoren.

Både spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for å levere helse- og omsorgstjenester til pasientene som de nasjonale e-helseløsningene skal understøtte. Pasientene har nytte av løsningene i form av bedre helse- og omsorgstjenester og tidsbesparelser. Nyten for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kommer i form av spart tid, økt pasientsikkerhet og redusert antall feilbehandlinger.

Når det gjelder helsenettet, innebærer forslaget om plikt til betaling en forskriftsfesting av eksisterende praksis med at brukerne betaler medlemsavgift. I tillegg gjeninnføres medlemsavgift for kommunene. For regionale helseforetak og kommuner inkluderer plikten til å betale for forvaltning og drift av helsenettet, betaling for grunndata og helseID. Regionale helseforetak og kommuner vil i tillegg få plikt til å betale for e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. Betalingsplikten for regionale helseforetak omfatter avtalespesialistene som del av spesialisthelsetjenesten, og for kommunene fastlegene som

en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Apotek og bandasjist får plikt til å betale for e-resept.

Betalingsplikten for regionale helseforetak og kommuner er knyttet til ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester. Nasjonale e-helseløsninger må være en integrert del av helse- og omsorgstjenesten og kostnadene til forvaltning og drift av løsningene en del av de ordinære kostnadene ved å tilby tjenestene. Regionale helseforetak og kommuner vil bli kompensert for eksisterende kostnader til forvaltning og drift som i dag er bevilget over statsbudsjettet. I tillegg vil kommunene vil bli kompensert for betalingen av medlemsavgift til helsenettet i 2022, jf. bevilgningen til kommunenes andel av medlemsavgiften over statsbudsjettet.

Departementet viser til det pågående arbeidet med å videreutvikle den nasjonale styringsmodellen for e-helse og etablere en mer helhetlig og forutsigbar oversikt over framtidige kostnader til forvaltning og drift. Dette er også etterspurt av teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger som mener at det er behov for en tydeligere kobling mellom investeringsbeslutningene som tas i styringsmodellen og konsekvenser for nivået på kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

Departementets forslag er en oppfølging av Meld. St. 6 (2020-2021) som trakk tilbake forslaget om ny e-helselov fra behandling i Stortinget. I debatten og høringen i Stortinget etter at Prop. 65 L (2019-2020) Lov om e-helse (e-helseloven) ble fremmet for Stortinget 3. april 2020, kom det vesentlige innvendinger mot deler av lovforslaget.

## **2 Bakgrunn for lov- og forskriftsforslagene**

### **2.1 Nasjonale mål for digitalisering av helse- og omsorgssektoren**

Forslagene i dette høringsnotatet må ses i sammenheng med de langsiktige målene for digitalisering av helse- og omsorgssektoren og Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025. I Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 har regjeringen satt tydelige mål for digitaliseringen de neste fire årene. I meldingen presiseres det at målet nedfelt i Meld. St. nr. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal ligger fast. Realisering av arbeidet med én innbygger - én journal er delt opp i fire overordnede tiltak:

1. Helseplattformen i Midt-Norge,
2. samordnet utvikling av de øvrige helseregionenes journalløsninger,
3. felles kommunal journalløsning utenfor helseregionen Midt-Norge,
4. videreutvikling og styrking av de nasjonale løsningene for samhandling.

Behov for å styrke og videreutvikle de nasjonale e-helseløsningene er bakgrunnen for forslaget om lov- og forskriftsendringer i dette høringsnotatet. Innføring av de nasjonale e-helseløsningene vil legge til rette for bedre samhandling og pasientinvolvering på kort-

og mellomlang sikt, og være viktige forberedelser for å kunne realisere målene på lengre sikt. For eksempel vil innføring av kjernejournal både gi nye grupper av helsepersonell bedre tilgang til viktig pasientinformasjon og bidra til at aktørene innfører nødvendig IKT- og sikkerhetsinfrastruktur samt endrer egne arbeidsprosesser. Dette er nyttige steg på veien mot de langsiktige målene.

Digitalisering er et sentralt virkemiddel for å effektivisere og videreutvikle helse- og omsorgstjenesten. For å sikre bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og mer effektiv bruk av offentlige ressurser, er det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i teknologi på en bedre måte. Digital transformasjon er i regjeringens Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025 beskrevet som å endre de grunnleggende måtene virksomhetene løser oppgavene på ved hjelp av teknologi.

Aktørbildet i helse- og omsorgssektoren er komplekst og består av flere tusen selvstendige virksomheter. Gjennom lokale, regionale og nasjonale beslutninger er det skapt et fragmentert IKT-landskap, hvor det er krevende for aktørene å dele og få tilgang til nødvendige opplysninger på tvers av ulike tjenester, systemer og nivåer. I tillegg forholder de ulike aktørene seg til ulike styringslinjer, noe som gjør det utfordrende å få til nasjonal koordinering av digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren.

Helsehjelp til den enkelte pasient ytes i stor grad i et tett samarbeid mellom helsepersonell i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. For å kunne gi best mulig helsehjelp er det en forutsetning at relevante og nødvendige helseopplysninger følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. Mangelfull tilgang til helseopplysninger om pasientene medfører at helsepersonellet må foreta helsefaglige vurderinger basert på ufullstendig informasjon. Flere helsevirksomheter enn tidligere er involvert i behandling og oppfølging av samme pasient. Eksisterende IKT-systemer understøtter ikke godt nok helhetlige pasientforløp og informasjonsdeling mellom virksomheter og omsorgs- og tjenestenivå. Pasienter må ofte selv være "bærer" av informasjon som er kritisk for deres behandling. Det er derfor et økende behov for å utveksle informasjon mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Nasjonal digital infrastruktur og de nasjonale samhandlingsløsningene blir følgelig en stadig mer integrert del av helse- og omsorgstjenesten.

OECD peker i rapporten Helse i det 21. århundre på at helse- og omsorgssektoren ligger 10-15 år bak andre sektorer når det gjelder å utnytte potensialet i digitalisering. Rapporten peker på de samme utfordringene som departementet ser i Norge. Leverandørene må forholde seg til mange små aktører som hver for seg bestiller løsninger og endringer i disse. Dette bidrar til et fragmentert IKT-landskap hvor informasjon om pasienten er lagret i mange forskjellige systemer hos mange ulike aktører. Helsepersonell og pasienter har mangelfulloverikt over viktige helseopplysninger. Dette er en fare for pasientsikkerheten og kan gå ut over helsepersonells plikt til å yte forsvarlig helsehjelp og helse- og omsorgstjenestens sørge-for-ansvar.

OECD trekker fram strukturer som ble etablert i den "før-digitale tiden" som forklaring på at digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren går sakte. Regelverk, organisering og finansierings- og styringsmodeller er ikke tilpasset en digital virkelighet. I Norge brukes et bredt sett av virkemidler for å videreutvikle helse- og omsorgssektoren.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) peker på to overordnede grep for å øke digitaliseringstakten i sektoren:

- Tydeligere mål for digitaliseringen: Verdien av digitaliseringen ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene. I planen presenterer regjeringen et målbilde for pasientbehandlingen de neste årene. Dette målbildet skal være førende for gjennomføringen av digitaliseringstiltak.
- Tydeligere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen: Regjeringen vil ta et større ansvar for å sette retning og rammer for IKT-utviklingen – både gjennom styring av etater og helseregioner, samarbeid med kommunesektoren, bruk av regulering og helsefaglig normering, og budsjettforslag. Det betyr ikke at alt skal bestemmes nasjonalt, men at rammen for det lokale handlingsrommet og oppdraget til både tjenesten og forvaltningen må bli tydeligere.

Det er behov for nasjonal samordning for å sikre en e-helseutvikling som understøtter hele pasientforløpet i alle ledd av tjenesten. Alle som deltar i behandling og oppfølging av pasientene skal ha tilgang til nødvendig helseinformasjon om pasientene. Helhetlige systemer gir bedre kommunikasjon om pasientene, bedre mulighet til å forebygge og oppdage sykdom og mer effektiv helsehjelp.

## **2.2 Organisering og styring av e-helseutviklingen**

### **2.2.1 Direktoratet for e-helse som myndighetsorgan**

En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste forutsetter økt nasjonal koordinering, styring av e-helseutviklingen og felles innsats om nasjonale digitaliseringstiltak. Et strategisk grep for å oppnå dette er tydeligere roller og oppgaver i digitaliseringsarbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Direktoratet for e-helse mandat om å samordne og koordinere den nasjonale e-helseutviklingen.

Direktoratet for e-helse ble etablert i 2016 for å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren. Målet er at digitaliseringen skal understøtte effektive og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Direktoratets oppgaver og roller er beskrevet i instruks fra 16. januar 2020.

Som nasjonal myndighet på e-helseområdet skal direktoratet legge til rette for nasjonal samordning og en helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling basert på sektorens behov. Direktoratet er faglig rådgiver og pådriver for digitalisering i sektoren og setter retning for IKT-utviklingen gjennom nasjonal e-helsestrategi. Direktoratet skal ivareta helheten på e-helseområdet og har ansvaret for effektiv og helhetlig styring av nasjonal e-helseportefølje og felles veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. Felles veikart skal gi sektoren en samlet oversikt over utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene. Direktoratets normerende rolle innebærer å legge premissene og å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale veiledere og retningslinjer om standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv.

### **2.2.2 Norsk helsenett SF som leverandør av nasjonale e-helseløsninger**

Norsk helsenett SF skal innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk ivareta nasjonale interesser knyttet til utvikling, drift og forvaltning av IKT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren. Statsforetaket har som nasjonal tjenesteleverandør til helse- og omsorgssektoren ansvaret for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene e-resept, nasjonal kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet, inkludert grunndata og helseID. Dette inkluderer behandling og beslutning av endringsønsker og prioritering av innhold i leveranser for den enkelte e-helseløsning i tråd med etablerte prosesser, og i dialog med sektoren i etablerte utvalg.

Forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene innebærer også at løsningene videreutvikles kontinuerlig med mål om å utvikle forbedringer og verdiøkende tjenester for både helsepersonell og innbyggere. Norsk helsenett SF skal til enhver tid legge til rette for og forenkle informasjonsflyten mellom aktørene i sektoren. Foretakets samfunnsansvar innebærer at de skal etablere gode og trygge digitale tjenester og at statsforetaket legger til rette for at aktørene kan knytte seg til løsningene. Videre skal Norsk helsenett SF legge til rette for innovasjon og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling.

KS har både i sammenheng med arbeidet med felles kommunal journal og lov- og forskriftsarbeidet om nasjonale e-helseløsninger, tatt opp et ønske om å utrede modeller med delt statlig og kommunalt eierskap i Norsk helsenett. Departementet viser til at ulike selskapsmodeller og ulike former for delt eierskap har vært vurdert i sammenheng med etablering av et selskap for å forvalte felles kommunal journal. Modeller med delt eierskap er krevende både organisatorisk og juridisk, og er etter departementets vurdering ikke et alternativ til lov- og forskriftsregulering for å løse dagens behov for å sikre innføring og forvaltning av eksisterende e-helseløsninger.

### **2.2.3 Nasjonal styringsmodell for e-helse og nasjonal e-helseportefølje**

Nasjonal styringsmodell for e-helse er etablert for å styrke IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren og for å bidra til sterkere nasjonal styring. Styringsmodellen skal sikre sterk forankring av nasjonale valg innen e-helse i helse- og omsorgssektoren gjennom felles prioriteringer. Videre skal styringsmodellen gi bedre samhandling mellom de ulike helseaktørene og med innbyggere. Den skal også bidra til en koordinert gjennomføring slik at gevinster i større grad kan hentes ut.

Styringsmodellen har tre nasjonale utvalg; Nasjonalt e-helsestyre, prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA). Utvalgene har en rådgivende funksjon overfor Direktoratet for e-helse.



**Figur 2.1 Nasjonal styringsmodell for e-helse**



Nasjonalt e-helsestyre har representanter fra kommuner og KS, regionale helseforetak, Nasjonalforeningen for folkehelsen, FFO, Sykepleierforbundet, Legeforeningene, Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Digitaliseringsdirektoratet. Norsk helsenett SF er representert som observatør. I NUIT er i tillegg Apotekforeningen representert, og NUFA er også Diabetesforbundet representert.

Nasjonal porteføljestyling er et virkemiddel for realisering av nasjonal e-helsestrategi og helsepolitiske mål. Sektoren skal samles om hvilke tiltak som er de riktige og hvordan de skal følges opp. Direktoratet har ansvar for nasjonal e-helseportefølje og skal føre en systematisk og offentlig oversikt over e-helsetiltak med nasjonal betydning (e-helseportefølje) og legge til rette for nasjonal samordning og prioritering.

Aktørene i sektoren skal ta hensyn til nasjonal samordning og den nasjonale e-helseutviklingen i digitaliseringsarbeidet. Alle e-helsetiltak med nasjonal betydning skal meldes til nasjonal e-helseportefølje og avhengigheter og prioriteringsrekkefølge synliggjøres i nasjonal styringsmodell. Kriteriene for tiltak av nasjonal betydning er a) digitalisering er vesentlig for å oppnå tiltakets formål og tiltaket omhandler kjernevirksomheten i helse- og omsorgstjenesten og b) tiltaket krever koordinering eller samordning mellom flere aktører for å lykkes. Begge kriteriene må være oppfylt for at tiltaket skal inngå i nasjonal e-helseportefølje.

Direktoratet for e-helse skal i 2021 levere forslag til hvordan styringsmodellen kan videreutvikles for å ivareta helhetlig og en i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling. Arbeidet skal baseres på en evaluering av dagens styringsmodell og gjøres i tett samarbeid med, og forankres hos, aktørene i sektoren. Direktoratet for e-helse arbeider med å etablere en mer helhetlig og forutsigbar oversikt over kostnader til forvaltning og drift som kommer som konsekvens av tiltak i nasjonal e-helseportefølje og som skal forankres i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Dette er også etterspurt av teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger som mener det er behov for en tydeligere kobling mellom investeringsbeslutningene som tas i styringsmodellen og

konsekvenser for nivået på kostnadene til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

#### **2.2.4 Teknisk beregningsutvalg**

Departementet har etablert et teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger og foreslår at utvalget blir nærmere regulert i forskrift. Beregningsutvalget skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenettet inklusive grunndata og helseID. Utvalget består av aktører som betaler for de nasjonale e-helseløsningene. Utvalget skal gjennom arbeidet med å vurdere og kvalitetssikre tallmaterialet, bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen og til størst mulig grad av konsensus om nivå på og fordeling av kostnadene. Utvalgets oppgave er å:

- legge fram best mulig vurdering av tallgrunnlaget for beregnede kostnader til forvaltning og drift av eksisterende nasjonale e-helseløsninger og helsenettet
- presentere tallmaterialet på en slik måte at det bidrar til transparens både når det gjelder kostnadsanslag og fordeling av kostnader mellom aktørene
- legge fram vurderingen av tallmaterialet for Helse- og omsorgsdepartementet på et tidspunkt som er tilpasset statsbudsjettprosessen
- gjøre vurderinger av tallgrunnlaget etter initiativ fra kommunesektoren/KS, regionale helseforetak og andre aktører som betaler for de nasjonale e-helseløsningene.

I tillegg kan utvalget ta initiativ til å vurdere estimater av framtidige kostnader til forvaltning og drift av nye planlagte e-helseløsninger.

Utvalgets vurderinger skal inngå som en sentral del av beslutningsgrunnlaget når departementet fastsetter betalingen. Direktoratet for e-helse legger fram resultatet av utvalgets arbeid for Helse- og omsorgsdepartementet. Norsk helsenett SF skal levere grunnlagsmaterialet til utvalget. Beregning av kostnadene skal baseres på en bærekraftig forvaltning og drift som tar høyde for verdibevarende oppdatering og vedlikehold av løsningene. Utvalget og sekretariatet skal få tilgang til det materialet som er nødvendig for å vurdere tallgrunnlaget. Utvalgets arbeid skal legges opp på en slik måte at representantene for aktører som betaler for løsningene, får tilstrekkelig tid til forankring i egen virksomhet og/eller sektor.

Utvalget er satt ned av Helse- og omsorgsdepartementet etter innspill fra aktørene som skal være representert i utvalget. Utvalget har representasjon fra KS og kommunesektoren, de regionale helseforetakene, Den Norske legeforening, Apotekforeningen, Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse har fått i oppgave å lede utvalget og ivareta sekretariatsfunksjonen. Norsk helsenett SF deltar i sekretariatet.

Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger kommer i tillegg til og vil supplere den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Sektorens forslag til prioriteringer vil gjøres gjennom den nasjonale styringsmodellen, mens beregningsutvalget vil vurdere og kvalitetssikre kostnader knyttet til forvaltning og drift av disse prioriteringene. Mandatet til det tekniske beregningsutvalget fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet og er

avgrenset til å vurdere kostnadene til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Vurdering og kvalitetssikring av investeringskostnadene til planlagte, nye e-helseløsninger håndteres gjennom den nasjonale styringsmodellen. Se også omtale under punkt 4.4.1 Beregning av kostnader og fastsetting av betalingen.

## **2.3 Eksisterende nasjonale e-helseløsninger**

Nasjonale e-helseløsninger gir innbyggerne og helsepersonell muligheten til å få tilgang til, se, bruke og dele helseinformasjon digitalt. Helsepersonellens adgang til informasjon om pasientene er knyttet til tjenstlig behov og regulert i eget regelverk. Departementet foreslår ingen endringer i dette regelverket. De nasjonale e-helseløsningene er viktige for at helse- og omsorgstjenesten kan oppfylle sitt sørge-for-ansvar som følger av spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Løsningene bør benyttes av alle relevante aktører i tjenesten for å gi best mulig effekt. Løsningene gir nytte for innbyggerne, helseforetak, kommunene og private aktører i sektoren, og de ivaretar nasjonale hensyn som det ikke er mulig eller hensiktsmessig å ivareta på annen måte.

### **2.3.1 Helsenettet, inkludert grunndata og helseID**

Alle delene av helse- og omsorgstjenesten er i dag avhengig av å kunne kommunisere elektronisk med hverandre for å kunne yte effektive og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Helsenettet brukes i dag av de fleste aktører i sektoren, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Helsenettet ble i utgangspunktet etablert som en fysisk nettverksinfrastruktur. Nettverket har over tid utviklet seg til en kommunikasjonsløsning som inkluderer nasjonal infrastruktur, fellestjenester og felleskomponenter for utveksling av opplysninger med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Helsenettet er forbeholdt medlemmer og ivaretar høy grad av sikkerhet og tilgjengelighet. Helsenettet er ikke én løsning, men består av flere elementer som samlet muliggjør sikker utveksling av informasjon. I lov- og forskriftsforslagene omtales likevel helsenettet som én nasjonal e-helseløsning.

Informasjonen i helsenettet formidles i en sikker infrastruktur som består av de samme fysiske linjene som benyttes av alle andre aktører som sender informasjon over internett. Norsk helsenett SF avholder konkurranse for å anskaffe linjekapasitet og nettverksutstyr i markedet. Informasjonen formidles over denne fysiske infrastrukturen i et eget logisk nett som eies, konfigureres og kontrolleres av Norsk helsenett SF. Medlemmene gis lokal tilknytning gjennom såkalte aksessnett som ulike operatører tilbyr, enten direkte til medlemmene eller formidlet via Norsk helsenett SF.

For å bli medlem av helsenettet må virksomhetene forplikte seg til å oppfylle kravene i Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen). Dette bidrar til å sikre at alle medlemmene oppfyller minimumskrav til informasjonssikkerhet og personvern, og behovet for bilaterale avtaler mellom partene reduseres. Helsenettet er dermed også en juridisk og avtalemessig konstruksjon som legger til rette for enkel, sikker, enhetlig og effektiv informasjonsutveksling og medlemsforvaltning.

Helsenettet skal bidra til sikker og effektiv elektronisk samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Staten, offentlig eid spesialisthelsetjeneste, kommunene, fastleger, fysioterapeuter og andre med refusjonsavtaler står for over 90 prosent av kommunikasjonen i helsenettet. Ti prosent av bruken gjelder kommunikasjon til og fra apotek og private sykehus med eller uten avtale med det offentlige. Om lag 300 kommersielle leverandører benytter infrastrukturen til å levere ulike tjenester til virksomheter som er tilkoblet helsenettet. Dette er for eksempel journalsystemer og andre fagsystemer, betalingsløsninger og ordinære IKT-løsninger.

## Grunndata og helseID

Grunndata er en tjeneste for å tilgjengeliggjøre og presentere ulike administrative registerdata, og en felleskomponent i helsenettet som tilgjengeliggjøres for aktørene i helsenettet. Grunndata omfatter informasjon om personer, personell og virksomheter og består i dag av registre som Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF har ansvar for. Dette er informasjon som er nødvendig for sikker og helhetlig samhandling mellom alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten. Grunndata benyttes av aktørene i sektoren; spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, helseforvaltningen, nasjonale løsninger som kjernejournal, helsenorge.no, e-resept og NAV. Totalt er 13000 virksomheter integrert med grunndata. I 2020 ble det gjort om lag 5.9 mrd. oppslag i grunndataløsningen.

Grunndataløsningen har per 2020 følgende informasjonskilder:

- Om personer: personregisteret, felles hjelpenummer og fastlegeregisteret.
- Om virksomheter: adresseregisteret, bedriftsregisteret, register over enheter i spesialisthelsetjenesten, helsetjenestekatalogen og fastlegeregisteret.
- Om personell: helsepersonellregisteret, legestillingsregistre og fastlegeregisteret.

HelseID er en sikkerhetskomponent som understøtter identitets- og tilgangsstyring mellom aktørene i helsesektoren. Gjennom en teknisk prosess hvor helsepersonell autentiseres, kan aktørene vurdere forespørsler om tilgang til helseopplysninger. HelseID legger til rette for at aktørene skal ha tilstrekkelig tillit for å kunne dele data og dokumenter mellom seg. HelseID legger videre til rette for at helsepersonell kan få engangspålogging (Single Sign-On). Personell som er autentisert med tilstrekkelig sikkerhetsnivå (e-ID) lokalt, vil ved bruk av helseID kunne få tilgang til nasjonale e-helseløsninger, og data og dokumenter som deles fra andre helsevirksomheter, via én sikker pålogging. HelseID vil også kunne viderefremme informasjon fra brukerens fagsystemer for å bekrefte brukerens autorisasjon, herunder om brukeren er helsepersonell. HelseID benyttes i dag for å få effektiv og sikker tilgang til utvalgte nasjonale e-helseløsninger, nasjonale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre. Det er stor pågang fra aktørene i sektoren om å ta i bruk helseID og flere av prosjektene som inngår i den nasjonale e-helseporteføljen vil etter planen ta i bruk helseID framover.

### 2.3.2 Nasjonal kjernejournal

Nasjonal kjernejournal er etablert for å øke pasientsikkerheten. I den enkeltes kjernejournal er et utvalg viktige opplysninger gjort tilgjengelige for helsepersonell med tjenstlig behov, uavhengig av hvor pasienten tidligere har mottatt helsehjelp. Dette bidrar til økt pasientsikkerhet i tilfeller der helsepersonellet mangler oppdaterte opplysninger i eget journalsystem, og særlig i situasjoner der pasienten får akutt helsehjelp.

Nasjonal kjernejournal er et nasjonalt behandlingsrettet helseregister hjemlet i pasientjournalloven § 13 og nærmere regulert i kjernejournalforskriften. Formålet med forskriften er angitt i § 1: "Forskriften etablerer en nasjonal kjernejournal som sammenstiller vesentlige helseopplysninger om den registrerte og gjør opplysningene tilgjengelige for helsepersonell som trenger dem for å yte forsvarlig helsehjelp. Formålet med kjernejournal er å øke pasientsikkerheten ved å bidra til rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten".

Kjernejournal er en nasjonal e-helseløsning som gjør at helsepersonell uavhengig av om de arbeider ved sykehus, på legevakt, i hjemmesykepleien, på sykehjem, på helsestasjon eller som fastlege, skal kunne få tilgang til nødvendig informasjon om pasientene de skal gi helsehjelp til. Kjernejournalen inneholder informasjon om personalia, familierelasjoner med kontaktinformasjon og informasjon om hvem som er personens fastlege. Videre inneholder kjernejournalen viktige opplysninger om helsen til den enkelte innbyggeren, som for eksempel sykdomshistorikk, informasjon om alvorlige allergier eller overfølsomhetsreaksjoner, implantater, viktige behandlinger, sjeldne alvorlige tilstander og lignende. Kjernejournalen inneholder også informasjon om alle legemidler som er utlevert på resept i norske apotek.

Det meste av informasjonen i kjernejournalen hentes automatisk fra offentlige registre. I tillegg kan helsepersonell, i samråd med pasienten, registrere kritisk informasjon og spesielt viktige helseopplysninger, for eksempel allergier. Innbyggerne kan også selv legge inn opplysninger i kjernejournalen via innbyggerportalen [helsenorge.no](https://helsenorge.no). Videre kan innbyggere reservere seg mot å ha kjernejournal og begrense tilgang til informasjon.

Kjernejournal er tilrettelagt for dokumentdeling og vil kunne inneholde oversikt over pasientens tilgjengeliggjorte journaldokumenter fra kilder som deltar i løsningen og tillater deling av disse. Løsningen er prøvd ut i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF. Utvalgte virksomheter og helsepersonell fra legevakt, kommunal akutt døgnenhet, pleie- og omsorg, fastleger og sykehus som har tilgang til kjernejournal og som har tjenstlig behov, har deltatt under utprøvingen og har da hatt mulighet til å søke opp og lese journaldokumenter som er tilgjengeliggjort gjennom kjernejournal. Det pågår arbeid med å utarbeide innføringsplaner. Foreløpig er det ikke utarbeidet planer for deling av journaldokumenter fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikt til å tilgjengeliggjøre kjernejournal i virksomheten etter foreliggende forskriftsutkast, omfatter ikke plikt til å tilgjengeliggjøre journaldokumenter.

Nasjonal kjernejournal er innført ved sykehus, legevakter og fastlegekontor. I tillegg har alle innbyggere fått tilgang til egen kjernejournal via [helsenorge.no](https://helsenorge.no).

Norsk helsenett SF samarbeider med KS og utvalgte kommuner om utprøving og innføring i sykehjem og i hjemmetjenestene. To av de tre store journalleverandørene til kommunene har gjennomført utprøvsperioden og er nå over i et innføringsløp i de kommuner som bruker disse journalsystemene. Den tredje leverandøren er i en utprøvsfase. Alle tre leverandører har fått godkjent og tatt i bruk helseID. Bruken av kjernejournal øker. Per juni 2021 har om lag 50 kommuner startet med å bruke kjernejournal.

Direktoratet for e-helse har i tett samarbeid med KS og Norsk helsenett SF utarbeidet en plan for videre innføring i kommunene. Direktoratet anslår at kjernejournal vil være tilgjengelig i 90 prosent av kommunene innen utgangen av 2023. Innføringsplanen beskriver forutsetninger og risiko knyttet til gjennomføringen. I tillegg inneholder planen en omtale av økonomiske og administrative konsekvenser for sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Før kjernejournal kan tas i bruk, må kommunen ha innført løsninger for pålogging på høyt sikkerhetsnivå og kommunens journalleverandør må ha integrert kjernejournal i journalløsningen. Når det gjelder kjernejournal i skolehelsetjeneste og helsestasjon anbefaler direktoratet at det startes en utredning for å kartlegge økonomiske og administrative konsekvenser.

### **2.3.3 E-resept (reseptformidleren mv.)**

E-resept er en elektronisk kommunikasjonskjede for sikker overføring av reseptinformasjon. Løsningen reduserer risikoen for feil i rekvirering og utlevering av legemidler.

E-resept er etablert med hjemmel i pasientjournalloven § 12 og nærmere regulert i reseptformidlerforskriften. Resept og legemiddelopplysninger går gjennom den nasjonale databasen for elektroniske resepter (reseptformidleren). Formålet med reseptformidleren følger av reseptformidlerforskriften § 1-2 og er å:

"sørge for sikker og effektiv elektronisk formidling av resepter og reseptopplysninger mellom de aktører i helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen, samt bandasjister, som har et legitimt og tjenstlig behov for slik informasjon, for å bidra til at pasienten gis helsehjelp på en forsvarlig og effektiv måte. Det er også et formål å overføre informasjon til den nasjonale kjernejournalen og til Legemiddelregisteret. Formidlingen skal ivareta hensynet til pasientens personvern og frie apotek- og bandasjistvalg".

E-resept er en nasjonal e-helseløsning som sørger for at den som rekvirerer resepten sender en elektronisk resept til reseptformidleren. Pasienten som har fått forskrevet reseptpliktige legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler, kan deretter henvende seg til hvilket som helst apotek for å få dette utlevert. E-reseptløsningen omfatter alle virksomheter som har en rolle ved elektronisk formidling av resepter og legemiddelopplysninger, og de systemene disse virksomhetene benytter. Løsningen omfatter rekvirenter (for eksempel fastleger, legevakter, sykehus), apotek, bandasjister, Statens legemiddelverk og Helfo.

Det er obligatorisk for rekvirenter å melde resepter til reseptformidleren ved rekvirering av legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler. Meldeplikten gjelder ikke dersom rekvirenten, ved rekvirering, ikke har tilgang til et datasystem som gir rekvirenten mulighet til å sende elektroniske resepter jf. reseptformidlerforskriften § 2-1.

Apotekansatte er forpliktet til å melde opplysninger om utlevering mv. til Reseptformidleren i henhold til § 2-2.

E-resept bidrar til at helsepersonell har oversikt over pasientens gyldige resepter og får bedre oversikt over pasientenes medisinbruk, slik at risikoen for feil i forskrivning og utlevering reduseres. Pasienter får oversikt over sine resepter via helsenorge.no, og kan selv velge fra hvilket apotek de ønsker å hente sine medisiner. E-resept er tatt i bruk av fastleger, legevakt, apotek, bandasjist og alle sykehus, og det arbeides med innføring for flere rekvirentgrupper. I 2020 var det 28,4 millioner rekvirerte e-resepter og solgte pakninger på e-resept var om lag 92,3 prosent. Innføring for tannleger pågår. Det største journalsystemet for tannleger, Opus, er godkjent for e-resept funksjonalitet gjennom Forskrivningsmodulen. Utprøving pågår på et kontor. Det er planlagt å utvide utprøvingen med ytterligere to kontorer i løpet av 2021. Det gjenstår fortsatt utvikling i andre journalsystemer for tannleger før løsningen kan innføres for alle. Det samme gjelder for jordmødre og helsesykepleiere. Når det gjelder kommunene benytter legevakt og akuttberedskapen e-resept. I øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste er e-resept foreløpig kun tatt i bruk i Larvik kommune. Det gjenstår fortsatt arbeid for å legge til rette for at sykehjem og hjemmebaserte tjenester, jordmødre og helsesykepleiere skal få tilgang til e-resept. Utvikling av funksjonalitet som er nødvendig for at e-resept skal kunne tas i bruk av alle kommuner, er en prioritert oppgave i Direktoratet for e-helse og ses i sammenheng med arbeidet med Pasientens legemiddelliste som etter planen skal prøves ut i 2021.

### **2.3.4 Helsenorge.no**

Helsenorge.no er en nasjonal innbyggerportal med kvalitetssikret helseinformasjon, kombinert med digitale helsetilbud, selvbetjening og en infrastruktur som muliggjør sikker kommunikasjon mellom innbyggerne og aktørene i helse- og omsorgssektoren. Helsenorge.no er en felles inngangsport for innbyggere til offentlige helse- og omsorgstjenester på internett, men er ikke særskilt regulert i lov eller forskrift. Virksomheter i den offentlige helse- og omsorgstjenesten, aktører med offentlig avtale, for eksempel fastleger, avtalespesialister og private sykehus, og statlig helseforvaltning kan benytte og tilby tjenester på helsenorge.no. Helsenorge.no er tilgjengelig for alle innbyggere i Norge og per april 2021 er det 4,4 millioner innbyggere som har et aktivt samtykke til bruk av innloggede tjenester på helsenorge.no.

Innholdsmessig kan tjenestene på helsenorge.no kategoriseres i

- Rene informasjonstjenester på åpne sider som formidler helserelatert informasjon til innbyggerne. Dette omfatter generelle råd om helse og livsstil samt kvalitetssikret informasjon om sykdom/diagnose, helsehjelp og pasientrettigheter.

- Digitale tjenester som krever innlogging. Dette omfatter tjenester for digital dialog, administrasjon av helsehjelp, selvbetjeningsløsninger og innsyn i egne helseopplysninger som den enkelte kan benytte for å følge opp egen helse og behandling.

Tjenester som reseptfornyelse, timebestilling og dialog mellom pasient og helsepersonell er tatt i bruk av mange fastleger, kommuner og helseforetak. Videre er det dialogtjenester knyttet til forvaltning av helseregistre på helsenorge.no. og innbyggere kan få innsyn i egne opplysninger i noen helseregistre som for eksempel Medisinsk fødselsregister og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK. Det arbeides med sikte på at tjenesten vil bli utvidet med flere registre og nye tjenester.

Helsenorge.no som nettløsning og den tekniske plattformen som den er en del av, inngår i den offentlige infrastrukturen for kommunikasjon med innbyggerne. Formålet med innbyggerportalen er å gjøre det enkelt og sikkert for innbyggerne å ha kontakt med helse- og omsorgstjenesten på internett. Tjenestene legger til rette for at innbyggerne kan medvirke, få informasjon og innsyn i journalen sin etter pasient- og brukerrettighetsloven. Andre pasientrettigheter kan også oppfylles via helsenorge.no. Eksempler er refusjon for pasientreiser i henhold til pasientreiseforskriften og tjenester som egenandeler og frikort. I 2020 var det totalt 72,9 millioner besøk på helsenorge.no. Av disse var 43 millioner innlogginger på selvbetjeningsløsninger. Under koronapandemien har helsenorge.no vært en viktig kanal for informasjon til innbyggerne og bare i mars 2020 var det 10 millioner besøk på helsenorge.no. Videre var helsenorge.no en viktig kanal for innsyn i Covid-19 testresultat, noe som ga en mer effektiv ressursbruk i kommunene.

Helsenorge.no legger også til rette for at helse- og omsorgstjenesten mer effektivt kan kommunisere med innbyggere og pasienter gjennom tjenester som for eksempel "digital dialog fastlege" som fastlegen kan benytte for blant annet å oppfylle forpliktelsen i fastlegeforskriften § 21 om å kunne motta timebestilling elektronisk.

I både primær- og spesialisthelsetjenesten er en rekke digitale innbyggertjenester tatt i bruk via helsenorge.no. Utvikling og innføring av tjenestene har i stor grad vært organisert gjennom fire prosjekter og programmer; Digital dialog fastlege, DigiHelse og DigiHelsestasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste og Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten. DigiHelse og DigiHelsestasjon er utviklet i samarbeid mellom KS, kommuner og nasjonale helsemyndigheter. Gjennom disse prosjektene har stadig flere innbyggere de siste årene fått tilgang til nye tjenester via helsenorge.no, men det er fortsatt variasjoner i hvilke tjenester som er tilgjengelig for den enkelte innbygger, avhengig av hvor de bor og hvilke helseaktører de har kontakt med. Under koronapandemien er det gjort en rekke endringer i løsningene for kommuner, fastleger og helseforetak. Endringene omfatter bedre tilrettelegging for videokonsultasjoner, veiledere og kartleggingsverktøy, timebestilling og kartlegging ved koronatesting, veiledere og timeadministrasjon for å gjennomføre vaksinerings, og egenrapportering ved selvtesting.

Tilbudet av tjenester på helsenorge.no utvikles fortløpende. Det er et mål at det digitale tjenestetilbudet skal være likt, uavhengig av hvor i landet pasienten bor og hvilke helse-



og omsorgstjenester vedkommende benytter. Det er videre et mål at helsenorge.no skal tilrettelegges med grensesnitt som åpner for at ulike aktører og leverandører kan gjøre sine løsninger tilgjengelige på portalen.

Helsenorge.no brukes av innbyggerne, statlig helseforvaltning, spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Over 48 prosent av befolkningen bor per april 2021 i en av de 93 kommunene som har innført tjenester som gir mulighet for digital kontakt med hjemmebaserte tjenester i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Videre har over 50 prosent av fastlegene (i overkant av 2600 fastleger) tatt i bruk tjenester for digital dialog på helsenorge.no. Det pågår arbeid med å utvikle funksjonalitet for å kunne bruke helsenorge.no for dialog med helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Løsningene er i pilotbruk for alle innbyggere i Oslo, Bergen og Haugesund i samarbeid med de tre journallosningene som brukes i helsestasjoner og skolehelsetjenestene. Det pågår videreutvikling av løsningene for at de under 16 år skal få en tilpasset inngang til informasjon fra skolehelsetjenesten og kontakt med helsesykepleier ved sin skole. Alle regionale helseforetak har minst ett digitalt selvbetjeningstilbud på helsenorge.no.

## **2.4 Innføring av e-helseløsningene i kommunal helse- og omsorgstjeneste**

Det er et mål at de nasjonale e-helseløsningene skal innføres og tas i bruk av alle relevante aktører i helse- og omsorgstjenesten. De nasjonale e-helseløsningene er i stor grad tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten, av fastleger, legevakter og apotek. Så langt er løsningene i mindre grad innført i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten.

En av årsakene til at innføring i kommunene har tatt tid, er at det forutsetter tilpasninger i aktørenes IKT-systemer og etablering av nødvendig infrastruktur og sikkerhetsløsninger. Nasjonal kjernejournal og e-resept forutsetter for eksempel at brukerne kan identifisere seg med e-ID med et tilfredsstillende sikkerhetsnivå. Det er et begrenset antall kommuner som har lagt til rette for at de ansatte i helse- og omsorgstjenesten kan benytte egnet e-ID. Det har også vært utfordringer med leverandørenes kapasitet og evne til å utvikle nødvendige tilpasninger i journalsystemene. I tillegg er ikke alle e-helseløsningene etablert eller utviklet på en slik måte at de er godt tilrettelagt for bruk i de kommunale tjenestene i dag. For noen av løsningene vil det derfor være nødvendig med tilpasnings- og utviklingsarbeid som vil gjøre det mulig for kommunene og deres journalleverandører å integrere med de nasjonale e-helseløsningene.

Det er krevende for kommunene å gjøre nødvendige forberedelser og investeringer hver for seg. Kommunal sektor samarbeider derfor i økende grad på digitaliseringsområdet, gjennom ulike nettverkssamarbeid regionalt og nasjonalt. KS har en viktig rolle i arbeidet med å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor. Det er også etablert en samstyringsmodell for digitalisering i kommunal sektor – KommIT-rådet med underliggende utvalg.

I henhold til regjeringens digitaliseringsstrategi *En digital offentlig sektor (2019-2025)* vil regjeringen i samarbeid med KS utarbeide retningslinjer med felles prinsipper for når og hvordan kommunal sektor skal involveres i statlige beslutninger som omhandler

digitalisering og som berører kommunesektoren. Regjeringen vil videre etablere arenaer innenfor konsultasjonsordningen for å følge opp digitaliseringstiltak som berører kommunal sektor, inkludert tiltak i digitaliseringsstrategien.

Det er også inngått en samarbeidsavtale mellom departementet og KS om innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunene. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren og i oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan (2020), Meld. St. 7 (2019-2020). Direktoratet har utarbeidet et felles veikart som skal gi sektoren en samlet oversikt over utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene. Videre har direktoratet i samarbeid med kommunesektoren og Norsk helsenett SF utarbeidet en innføringsplan for kjernejournal i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet for e-helse vil også i samarbeid med kommunesektoren utarbeide en innføringsplan for tjenester på helsenorge.no. Det er nylig etablert et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, KS, Digitaliseringsdirektoratet og Norsk helsenett SF om å utarbeide veiledningsmateriell om bruk av e-ID i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Videre bidrar departementet med økonomisk støtte til de kommunale nettverkene for innføring av nasjonale e-helseløsninger. Kompetansenettverket hjelper kommunesektoren med å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og er et viktig virkemiddel for å styrke innføringsarbeidet.

## **2.5 Dagens finansieringsmodell for forvaltning og drift**

Forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene finansieres delvis over statsbudsjettet gjennom bevilgningene til Norsk helsenett SF, delvis gjennom medlemsavgiften til helsenettet og delvis gjennom frivillig bidrag fra aktørene i sektoren. De regionale helseforetakene har over tid bidratt med betydelige ressurser i den nasjonale e-helseutviklingen. Kommunene har bidratt finansielt til enkelte tjenester, men også gjennom ressursinnsats til tjenesteutvikling. Løsningene er gratis for innbyggerne.

Forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal finansieres over statsbudsjettet gjennom bevilgningene til Norsk helsenett SF. Den enkelte helsevirksomhet dekker imidlertid egne kostnader til utvikling og drift av journalløsningene som benyttes for å gi helsepersonell tilgang til kjernejournalløsningen.

Forvaltning og drift av e-resept finansieres også over statsbudsjettet. Utvikling av e-resept har også langt på vei vært finansiert over statsbudsjettet. Lokal tilpasning til fastlegenes journalsystemer har vært finansiert gjennom EPJ-løftet, som er et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, Den norske legeförening og journalleverandører for å forbedre pasientjournalssystemene. Utover dette er det den enkelte journalleverandør, helsevirksomhet og apotek og/eller bandasjist som dekker kostnader knyttet til utvikling og drift av egen journalløsning som benyttes i kommunikasjon med reseptformidleren.

Forvaltning og drift av helsenorge.no finansieres gjennom en kombinasjon av bevilgninger over statsbudsjettet og finansiering fra aktørene i sektoren. Finansiering avklares årlig gjennom avtaler med de virksomhetene som benytter helsenorge.no, og med enkeltorganisasjoner som ønsker å etablere nye løsninger på plattformen. Det er de

regionale helseforetakene som er den største bidragsyteren til finansiering av helsenorge.no og som i dag har flest tjenester på plattformen.

Helsenettet finansieres gjennom medlemsavgiften for virksomhetene som bruker helsenettet. Unntaket fra dette er kommunenes bidrag som siden 2018 har vært finansiert over statsbudsjettet gjennom en bevilgning til Norsk helsenett SF. Medlemsavgiften er basert på hvilke tjenester som tilbys og ikke på hvilke deler av tjenestetilbudet som faktisk benyttes. I dag opererer Norsk helsenett SF med fem ulike kategorier av medlemmer: Regionale helseforetak, kommuner, fylkeskommuner, private sykehus og øvrige medlemmer. Det er tre forskjellige prismodeller: én for fakturering av regionale helseforetak, én for kommunene over statsbudsjettet, og én modell for fakturering av fylkeskommuner, private sykehus m.fl. og øvrige medlemmer.

Forvaltning og drift av helseID finansieres delvis gjennom medlemsavgiften for helsenettet og delvis gjennom bevilgninger over statsbudsjettet til Norsk helsenett SF. Forvaltning og drift av grunndata er finansiert på tilsvarende måte. I tillegg har grunndata også mottatt bidrag fra Helsedirektorat og fra de regionale helseforetakene til forvaltningen av enkelte registre.

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2020 innførte regjeringen et prinsipp om obligatorisk samfinansiering av kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger. Samtidig ble bevilgningen til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene styrket. Målet var å bidra til økt bruk og til bedre og mer driftssikre nasjonale e-helseløsninger gjennom å utvikle ny funksjonalitet, redusere teknisk gjeld og hente inn vedlikeholdsetterslep. Helse- og omsorgsdepartementet etablerte også teknisk beregningsutvalg for å sikre legitimitet til tallgrunnlaget og transparens i beregning av kostnadene, se nærmere omtale i punkt 2.2.4.

## 2.6 Lovmedvirkningsprosess med KS

Departementet har som en del av konsultasjonsordningen mellom staten og kommunesektoren gjennomført en lovmedvirkningsprosess sammen med KS om innholdet i høringsnotatet. KS har basert på denne prosessen gitt følgende innspill til høringsnotatet:

*"Departementet har under ordningen for lovmedvirkning involvert KS i arbeidet med endringene i pasientjournalloven og endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger.*

*KS har fremholdt at for kommunenes del er høringsutkastet i liten grad endret sammenlignet med forslagene i Prop 65 L (2019-2020) Lov om e-helse, som senere ble trukket. KS er enig med departementet i målsetningen om at det er behov for sterkere samhandling på e-helseområdet, og at de nasjonale ehelseløsningene må styrkes og videreutvikles. KS mener at konsekvensene for kommunene av lovforslaget ikke er tilstrekkelig utredet. Det gjelder både kostnads- og gevinstbilde, men også flere andre forhold. KS mener videre at virkemiddelet i form av lovpålegg i dag heller ikke er det mest effektive for å nå målene.*

*KS mener at departementet foreslår et systemskifte for finansiering av lovpålagte kommunale oppgaver, som krever nærmere utredning. KS forstår det slik at kommunene må dekke all fremtidig kostnadsvekst og fulle innføringskostnader selv, utover de kostnadene til sentral forvaltning og drift av nasjonale ehelseløsninger, som dekkes gjennom i statsbudsjettet for 2021. Det foreslås videre at kommunen pålegges å betale for en skjønnsmessig andel av alle tjenester på de nasjonale løsningsplattformene, selv om kommunene bare bruker og er målgruppe for enkelte av tjenestene. Kommunene forutsettes også å dekke fastlegenes bruk av tjenester. Dette vil forsterke kommunenes merkostnader til fastlegetjenestene ut over det som er kompensert i kommunerammene for basistilskuddet. KS er særlig kritisk til at sykehus og kommuner skal pålegges å betale for innbyggertjenester og informasjonsløsninger fra den statlige helseforvaltningen, uten å være bruker av disse. KS vurderer i sum risiko for at forslaget vil svekke kommunenes økonomiske handlingsrom i framtiden som betydelig.*

*Kommunene pålegges ansvar for finansieringen også før løsningene er tilrettelagt for bruk i kommunenes egne tjenester i vesentlig omfang, jf. forslag om å betaling for eResept allerede fra 1.1.2022. Den fremtidige kostnadsveksten av etablerte løsninger gir særlig grunnlag for bekymring gitt teknisk gjeld og de betydelige ambisjonene for videreutvikling og økt bruk. For at Stortinget skal ha et tilstrekkelig grunnlag for å ta stilling til den foreslått finansieringsmodellen, mener KS at det er behov for en nærmere fremstilling og utredning av hvilke finansieringsprinsipp som normalt legges til grunn ved nye lovpålegg, hva som her foreslås, konsekvensene av forslaget for kommunesektoren, og en nærmere begrunnelsen for finansieringsmodell i denne saken.*

*KS er enig i at det for digital transformasjon og omstilling med innbyggers behov i sentrum, er det særskilt behov for standardisering og felles løsninger. Det vises her til regjeringens Digitaliseringsstrategi som fastsetter prinsippene likeverdighet og reell innflytelse, tidlig involvering samt representativitet på samarbeidet mellom stat og kommunal sektor. Lovforslaget innebærer at det legges svært stor makt til statlige organer, noe som vanskelig kan sees å være i tråd med Digitaliseringsstrategiens prinsipper. KS har foreslått at det utredes en ordning innen konsultasjonsordningen mellom Regjeringen og KS, hvor intensjonen med ordningen er å oppnå enighet mellom stat og kommunal sektor både på utvikling, drift, og kostnadsfordeling mellom stat og kommune, men hvor det ikke er et krav om at det oppnås enighet. Det foreslås at prosess, utvalg av deltakere, saksbehandling, mv nærmere beskrives i lov.*

*KS mener at pålegg og tvang i dag for å ta i bruk e-helseløsninger heller ikke er en effektiv måte å nå målene på. KS ønsker derfor at staten i første omgang må legge til rette for frivillig implementering av nasjonale tjenester på de ulike plattformene, og kun bruke tvang gjennom lov eller forskrift for å ta «etternølerne» for den enkelte tjeneste når alle forhold ligger til rette for bruk. KS mener at argumentet om at et lovpålegg er nødvendig for at kommuner skal ta i bruk løsningene ikke er faktabasert. Det er vist til at kommunesektoren ikke minst de seneste årene har vist sterk vilje til å frivillig ta i bruk og betale for nasjonale digitale tjenester som kommunen selv opplever nytte av i form av gevinster eller bedre tjenester for innbyggerne. Eksempelvis er nytt folkeregister tatt i bruk av snart 250 kommuner bare siden nyttår. Andre konkrete eksempler på rask*

*utbredelse av nødvendige løsninger, er ordningen for bekymringsmelding innenfor barnevern, digisos, elektronisk melding om dødsfall og dødsårsak, digihelse, digihelsestasjon og ikke minst en rekke løsninger utviklet for å håndtere pandemien.*

*Dersom NHN omgjøres til særlovselskap der kommuner inviteres inn på eiersiden, så vil videre unntaket for utvidet egenregi i anskaffelsesforskriften § 3-1 flg. kunne oppfylles. Dette vil også kunne åpne for mer fleksible modeller for samarbeid mellom stat og kommune på andre ehelse-områder, eksempelvis i realiseringen av felles kommunal journal, velferdsteknologisk knutepunkt og andre tiltak som bør sikres stor utbredelse. Anskaffelsesregelverket vil da ikke stå i veien for et stat–kommune samarbeid. KS har også av den grunn ønsket utredet en alternativ modell til et lovpålegg."*

## **3 Gjeldende rett**

### **3.1 Pasientjournalloven**

Pasientjournalloven gjelder behandling av helseopplysninger som er nødvendige for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner. Av pasientjournalloven § 7 om krav til behandlingsrettede helseregistre (pasientjournaler mv.) følger at behandlingsrettede helseregistre skal understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være lett å bruke og å finne fram i. De skal også være utformet og organisert slik at krav fastsatt i eller i medhold av lov kan oppfylles. Etter siste ledd kan departementet gi forskrift om plikt til å ha elektroniske systemer, om godkjenning av programvare og sertifisering og om bruk av standarder, standardsystemer, kodeverk og klassifikasjonssystemer. Av § 8 om virksomheters plikt til å sørge for behandlingsrettede helseregistre, følger at virksomheter som yter helsehjelp skal sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt, jf. helsepersonelloven § 39.

Videre følger det av pasientjournalloven § 10 anledning til å etablere nasjonale behandlingsrettede helseregistre ved forskrift. Slike helseregistre skal gjelde på bestemte områder og komme i stedet for virksomhetsinterne pasientjournaler. Dette sikter til løsninger som for eksempel legemiddelregister, bilderegister eller epikriseregister. Eventuelle forskrifter skal gi nærmere bestemmelser om drift, behandling og sikring av helseopplysningene, om dataansvar, om tilgangskontroll og om hvordan rettighetene til pasienten eller brukeren skal ivaretas. I forskrifter etter bestemmelsen kan det bestemmes at løsningene skal benyttes av alle aktører i helse- og omsorgstjenesten.

Pasientjournalloven er oppdatert 20. juli 2018 og i samsvar med ny personopplysningslov og EUs personvernforordning.

#### **3.1.1 Pasientjournalloven § 12 og reseptformidlerforskriften**

Pasientjournalloven § 12 gir hjemmel til å gi forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for resepter (reseptformidleren). Forskrift 21. desember 2007 nr. 1610 om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for

elektroniske resepter (reseptformidlerforskriften) er videreført med hjemmel i denne bestemmelsen.

Av lovbestemmelsen følger at opplysningene kan behandles uten samtykke fra pasienten.

Reseptformidlerforskriften regulerer reseptformidleren. Forskriften gir regler for innsamling, behandling og utlevering av helseopplysninger i registeret, om formålet og om hvem som er dataansvarlig for opplysningene.

Formålet med reseptformidleren er beskrevet i forskriften § 1-2. Formålet er å sørge for sikker og effektiv elektronisk formidling av resepter og reseptopplysninger mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten og statlig helseforvaltning, samt bandasjister, som har et legitimt og tjenstlig behov for slik informasjon, og for å bidra til at pasienten gis helsehjelp på en forsvarlig og effektiv måte. Dette omfatter også videreformidling av informasjon til den nasjonale kjernejournalen. Formidlingen skal ivareta hensynet til pasientens personvern og frie apotek- og bandasjistvalg.

Norsk helsenett SF er dataansvarlig for Reseptformidleren, jf. § 1-5.

Av § 1-4 følger at opplysningene i reseptformidleren ikke kan anvendes til andre formål enn de som er nevnt i § 1-2. Videre følger at opplysninger ikke kan utleveres til arbeidsgivere, i forsikringsøyemed, til påtalemyndighet eller domstol, eller til forskning, selv om den registrerte samtykker.

I § 1-7 er det regulert hvilke typer opplysninger reseptformidleren kan inneholde. Innholdet er knyttet til personer som har fått rekvirert legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler ved resept og innholdet i reseptene. I tillegg registreres enkelte administrative opplysninger.

Av §§ 2-1 og 2-2 følger at rekvirenter ved rekvirering av legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler, og ansatte i apotek og bandasjist skal melde resepten eller opplysninger om behandling av denne til reseptformidleren. Det samme gjelder notifisering eller søknad om unntak fra kravet om markedsføringstillatelse. Melding skjer uten hinder av taushetsplikt. Meldeplikten gjelder ikke dersom rekvirenten, ved rekvirering, ikke har tilgang til et datasystem som gir rekvirenten mulighet til å sende elektroniske resepter. Meldeplikten gjelder heller ikke dersom pasienten ønsker å få utlevert legemidler i utlandet. Også Statens legemiddelverk har meldeplikt til reseptformidleren, jf. § 2-3.

Melding av opplysninger som nevnt i §§ 2-1 til 2-3 skal skje elektronisk på et meldingsformat fastsatt av den dataansvarlige.

Dette følger av § 2-4. Alle meldinger skal være elektronisk signert. Resepter skal være signert av autorisert helsepersonell med rekvireringsrett.

Virksomheter hvor det rekvireres legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler på resept, samt apotek, bandasjist og Statens legemiddelverk har ansvar for at pliktene som nevnt i § 2-1 til § 2-3 oppfylles, og skal sørge for at det finnes rutiner som sikrer dette, jf. § 2-5.

Den dataansvarlige skal sikre at opplysningene som blir meldt inn og behandlet i Reseptformidleren er relevante og nødvendige for bruk til formidlerens formål, jf. § 2-6. Dersom de innsendte opplysningene ikke er meldt i henhold til kravene, skal ikke opplysningene tas inn i reseptformidleren. Dersom reseptformidleren ved kontroll av resepter ikke kan konstatere om avsender er autorisert helsepersonell med rekvireringsrett, skal opplysningene ikke tas inn i reseptformidleren. Reseptformidleren skal sende varsel til avsender om dette.

### **3.1.2 Pasientjournalloven § 13 og kjernejournalforskriften**

Pasientjournalloven § 13 gir hjemmel til forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal kjernejournal. Nasjonal kjernejournal er et sentralt virksomhetsovergrepene behandlingsrettet helseregister. Journalen skal inneholde et begrenset sett relevante helseopplysninger som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp.

Opplysninger kan registreres og på annen måte behandles uten samtykke fra pasienten. Den registrerte har imidlertid rett til å motsette seg at helseopplysninger behandles i registeret. Kjernejournal vil da ikke bli etablert for vedkommende.

Det er gitt forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften). Etter § 1 er formålet med kjernejournalen å øke pasientsikkerheten ved å bidra til rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten.

Norsk helsenett SF er dataansvarlig for den nasjonale kjernejournalen, jf. § 2.

Av § 3 følger at nasjonal kjernejournal kan opprettes for alle personer som omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 og som har fødselsnummer eller D-nummer. Den registrerte har rett til å reservere seg mot behandling av helseopplysninger.

Videre følger av § 4 hva en nasjonal kjernejournal kan inneholde. Dette omfatter blant annet alvorlige allergiske reaksjoner, implantater, andre kritiske opplysninger, kontakt med helsetjenesten og oversikt over legemidler og annet rekvirert på resept.

Melding av opplysninger til kjernejournalen kan skje uten hinder av taushetsplikt, jf. § 5.

Den registrerte har rett til innsyn i egne opplysninger i kjernejournalen, og i opplysninger om hvem som har gjort oppslag i denne, jf. § 6. Den registrerte skal videre informeres om oppslag i kjernejournalen. Krav om retting eller sletting av opplysninger skal framsettes overfor primærkilden for opplysningene, med mindre feilen oppstod ved registreringen i kjernejournalen. Den registrerte kan kreve at tilgangen til opplysningene i kjernejournalen blir sperret.

Helsepersonell med tjenstlig behov ved ytelse av helsehjelp kan etter samtykke fra den registrerte gis tilgang til nødvendige og relevante helseopplysninger fra nasjonal kjernejournal. Kravet om samtykke gjelder ikke i akutsituasjoner der det er alvorlig fare for pasientens liv, når det ikke er tid til å innhente pasientens samtykke eller dersom pasienten på grunn av sin fysiske eller psykiske tilstand ikke er i stand til å samtykke, jf. forskriften § 7 første ledd. Det skal registreres i kjernejournalen hvorfor samtykke ikke er innhentet. Videre er det fastsatt unntak fra samtykkekravet i § 7 andre ledd. Når det er

nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten, kan fastlegen, helsepersonell med legemiddelansvar i sykehjem og i hjemmesykepleien og lege og sykepleier i spesialisthelsetjenesten og den akuttmedisinske kjeden gis tilgang til helseopplysninger i den nasjonale kjernejournalen uten pasientens samtykke.

Trekker den registrerte tilbake sitt samtykke til registrering av opplysninger, følger at opplysningene da skal slettes, jf. § 8.

Av § 9 følger at tilgang til kjernejournalen skal skje gjennom autorisasjons- og autentiseringsløsningen i egen virksomhet. Hver virksomhet skal etablere nødvendige organisatoriske og tekniske tiltak for tildeling, administrasjon og kontroll av autorisasjoner for tilgang til helseopplysninger i nasjonal kjernejournal. En autorisasjon skal knyttes til en entydig identifisert person i en bestemt rolle og være tidsbegrenset. Den som gis elektronisk tilgang til helseopplysninger i nasjonal kjernejournal skal autentiseres på et høyt sikkerhetsnivå.

Opplysninger i kjernejournalen skal slettes når de ikke lenger er nødvendige for formålet med behandlingen av dem, jf. § 10.

## **3.2 Helseregisterloven**

Helseregisterloven gjelder for behandling av helseopplysninger til statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap i helse- og omsorgsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten. Lovens formål er å legge til rette for innsamling og annen behandling av helseopplysninger, for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Loven skal sikre at behandlingen foretas på en etisk forsvarlig måte, ivaretar den enkeltes personvern og brukes til individets og samfunnets beste.

Etter helseregisterloven § 6 tredje ledd kan departementet gi forskrift om godkjenning av programvare, sertifisering og om bruk av standarder, klassifikasjonssystemer og kodeverk, samt hvilke nasjonale eller internasjonale standardssystemer som skal følges ved behandling av helseopplysninger etter denne loven.

Helseregisterloven er oppdatert 20. juli 2018 og i samsvar med ny personopplysningslov og EUs personvernforordning.

## **3.3 Helse- og omsorgstjenesteloven**

Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. Dette følger av § 5-10. Videre er det presisert at de skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. I Prop. 91 L (2010-2011) er det i merknadene til bestemmelsen presisert at kravet forutsetter at virksomheter som samarbeider med hverandre har dialog og effektivt samarbeid om journal- og informasjonssystemenes utvikling. Tilsvarende forpliktelse følger for spesialisthelsetjenesten av spesialisthelsetjenesteloven 3-2, se punkt 3.4.



### **3.4 Spesialisthelsetjenesteloven**

Helseinstitusjon som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Den skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Dette følger av § 3-2. I Prop. 91 L (2010-2011) er det i merknadene til bestemmelsen presisert at kravet forutsetter at virksomheter som samarbeider med hverandre har dialog og effektivt samarbeid om journal- og informasjonssystemenes utvikling. Videre følger at virksomhetene derfor bør søke kunnskap om samarbeidende virksomheters journal- og informasjonssystemer. Kravet innebærer blant annet at man tar i bruk nasjonale standarder og funksjonskrav der disse er omforent eller fastsatt av myndighetene. Dette innebærer at funksjonskrav og krav til standardisering bør inngå allerede i planleggingsfasen av og i anskaffelsesgrunnlaget for en nyanskaffelse eller videreutvikling. Videre følger at departementet kan gi forskrift om drift, innhold og opprettelse av journal- og informasjonssystemer.

## **4 Departementets vurderinger og forslag til lov- og forskriftsbestemmelser**

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår endringer i pasientjournalloven § 8 med nytt andre, tredje og fjerde ledd som gir departementet hjemmel til i forskrift å kunne pålegge virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å betale for og ta i bruk eller gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelig i virksomheten. De nasjonale e-helseløsningene er kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenettet. Når det gjelder helsenorge.no, omfatter plikten til å tilgjengeliggjøre spesifikke tjenester via plattformen.

Departementet sender også på høring forslag til endringer i forskrift om IKT-standarder i helse og omsorgstjenesten som pålegger virksomheter å ta i bruk eller gjøre tilgjengelig og betale for forvaltning og drift av de fire nasjonale e-helseløsningene.

Departementet foreslår at Norsk helsenett SFs plikt til å gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, reguleres i forskrift.

Departementet foreslår i tillegg et nytt andre og tredje ledd i pasientjournalloven § 21 som gjør det mulig for Norsk helsenett SF å innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt, etablere en kopi av Folkeregisteret, og dele opplysningene med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen.

Som det framkommer av Meld. St. 6 (2020-2021) trakk Regjeringen tilbake forslaget om ny e-helselov fra behandling i Stortinget. I debatten og høringen i Stortinget etter at Prop. 65 L (2019-2020) Lov om e-helse (e-helseloven) ble fremmet for Stortinget 3. april 2020, kom det vesentlige innvendinger mot deler av lovforslaget. For å kunne ta hensyn til flere av disse, var det behov for vesentlige endringer. Dette er bakgrunnen for departementets forslag til enkelte endringer i pasientjournalloven og flere endringer i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.

## 4.1 Behov for å styrke virkemidlene

I helse- og omsorgstjenesten er normalsituasjonen at pasientene og brukerne får behandling og oppfølging ved flere ulike virksomheter, og skifte mellom virksomhetene kan skje raskt og hyppig. For å kunne ivareta pasientene på en god måte, må nødvendige helseopplysninger til enhver tid følge den enkelte gjennom hele pasientforløpet. Dette gir særlig behov for effektiv samhandling og sikker formidling av pasientinformasjon.

Med samhandling mener departementet all form for kontakt, samarbeid og informasjonsutveksling i en virksomhet eller mellom flere virksomheter, som inngår i eller støtter opp under oppfølging av en pasient eller bruker eller inngår i et pasientforløp.

Erfaringsmessig er det mangler ved informasjonsutvekslingen og kommunikasjonen mellom de ulike nivåene og mellom de ulike virksomhetene som deltar i behandling og oppfølging av pasientene. Pasientene blir i for stor grad selv "bærer" av nødvendig informasjon. Dette skaper økt risiko for feil og mangler i helsehjelpen. Moderne helsetjenester, spesialisering og digitalisering har skapt en ny virkelighet, med nye tekniske muligheter og tydeligere behov for tettere integrerte løsninger. Dette krever sterkere virkemidler og er bakgrunnen for lovforslaget.

Lov- og forskriftsendringene skal bidra til effektive og trygge pasientforløp og helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, ved å styrke og legge til rette for digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren. Lov- og forskriftsforslagene vil legge grunnlaget for å innføre mer fleksible og bærekraftige finansieringsmodeller og til at eksisterende nasjonale e-helseløsninger tas i bruk av hele helse- og omsorgstjenesten.

Ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester ligger til kommuner, helseforetak og andre som er involvert i pasientbehandlingen. Enten om tjenestene ytes ved fysisk møte eller via elektroniske kommunikasjonsmedier. Forslaget til endringer i pasientjournalloven endrer ikke på dette ansvaret. Endringene i pasientjournalloven vil legge til rette for bedre nasjonal samordning og samhandling mellom forvaltningsnivåene, blant annet ved å gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelige i virksomhetene.

Den norske helse- og omsorgstjenesten er fragmentert og består av mange ulike enheter. Frivillighet i valg av IKT-verktøy og få konkrete krav til elektronisk samhandling, har bidratt til at vi i dag har et "digitalt lappetepp" av løsninger som delvis er av eldre dato og heller ikke kan "snakke sammen". Utveksling av data mellom løsningene og aktørene er utfordrende. Departementet mener derfor det nå er behov for nye virkemidler.

Departementet foreslår å innføre plikt for aktørene til å tilgjengeliggjøre og ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene (helsenettet, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no).

Departementet legger vekt på at løsningene er nødvendige for å levere gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne og for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet, personvern og effektiv bruk av offentlige ressurser. De nasjonale e-helseløsningene har vært i bruk i flere år og bidrar hver dag til mer effektiv samhandling og tilgang til informasjon for både helsepersonell, pasienter og innbyggere.

Utviklingen i helse- og omsorgstjenesten har ført til at flere aktører enn tidligere er involvert i behandling og oppfølging av samme pasient. Det er derfor økt behov for å

utveksle informasjon mellom ulike deler av tjenesten og at informasjonen følger pasienten gjennom hele forløpet. Dette innebærer at pasientinformasjon må kunne deles effektivt og sikkert mellom ulike tjenesteledd.

Departementet mener derfor det er nødvendig at relevante aktører i helse- og omsorgstjenesten benytter de nasjonale e-helseløsningene. Dette gir bedre pasientsikkerhet og bedre helse- og omsorgstjenester. Videre er det viktig for at løsningene skal være mest mulig effektive, at de gir nytte for innbyggere, helseforetak, kommuner og private aktører i sektoren, og at løsningene ivaretar nasjonale hensyn som det ikke er hensiktsmessig å løse på annen måte.

Departementet foreslår videre at regionale helseforetak og kommuner blir pålagt å betale for forvaltning og drift av e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. I tillegg innebærer forslaget at apotek og bandasjist blir pålagt å betale for e-resept. Forslaget omfatter ikke kostnader til utvikling av nye løsninger. Statlige aktører som for eksempel Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet betaler medlemsavgift til helsenettet. Videre betaler statlige aktører for tjenester på helsenorge.no, men dette reguleres ikke i lov og forskrift.

Både spesialisthelsetjenesten og kommunene har et ansvar for å levere helse- og omsorgstjenester til pasientene, som de nasjonale e-helseløsningene understøtter. Det er pasientene som har størst nytte av de nasjonale e-helseløsningene i form av bedre helse- og omsorgstjenester og tidsbesparelser. Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil også ha nytte av løsningene i form av spart tid for å få opplysninger som er relevante og nødvendige for pasientbehandlingen, økt pasientsikkerhet og redusert antall feilbehandlinger.

Videre kan helsetjenesten få frigjort tid, ved at innbygger benytter selvbetjeningsløsninger som for eksempel innsyn i egne helseopplysninger. I koronapandemien har innbyggernes innsyn i prøveresultater fra covid-19 tester vært svært tidsbesparende for kommunene. Inntil selvbetjeningsløsningen kom på plass, kontaktet kommunen den enkelte innbygger på telefon for å orientere om testresultatet.

Det er departementets oppfatning at en modell der aktørene betaler for løsningene er mer hensiktsmessig enn dagens ordning med finansiering over en egen post på statsbudsjettet. Dette er en mer fleksibel modell som gir sektoren større innflytelse og vil bidra til at løsningene blir bedre tilpasset sektorens behov. Når sektoren selv må betale for løsningene, vil det også bidra til større vekt på gevinstrealisering samt kostnadseffektiv forvaltning og drift av løsningene. Samlet sett mener departementet dette vil fremme innføring av nasjonale e-helseløsninger til nye grupper og til utvikling av nye tjenester og ny funksjonalitet. Departementet har etablert et teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger som skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

Sektorens innflytelse på den strategiske utviklingen skjer gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Investeringer i utvikling av nye tiltak og ny funksjonalitet behandles i denne styringsmodellen og konsekvenser i form av framtidige kostnader til

forvaltning og drift skal inngå i beslutningsgrunnlaget. Departementet viser til det pågående arbeidet med å videreutvikle styringsmodellen. Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å evaluere og foreslå hvordan den kan videreutvikles for å ivareta helhetlig og i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling i tett samarbeid med aktørene i sektoren.

Departementet viser til at forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger, med unntak av medlemsavgiften til helsenettet, i dag er finansiert som en egen bevilgning på statsbudsjettet. Bevilgningene til forvaltning og drift av løsningene ble betydelig styrket gjennom statsbudsjettene i 2019 og 2020. Samtidig ble det understreket at kommuner og regionale helseforetak framover vil bli belastet for veksten i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger, med deltakelse blant annet fra kommunesektoren og regionale helseforetak, skal bidra til å sikre legitimitet til tallgrunnlaget og transparenns i beregning av kostnadene.

Økte bevilgninger og etablering av det tekniske beregningsutvalget legger et godt grunnlag for å etablere en modell der sektoren i større grad overtar ansvaret for finansieringen av forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Når regionale helseforetak og kommuner blir pålagt å betale for løsningene, vil bevilgningene til forvaltning og drift av løsningene over kapittel 701 post 70 og 72 på statsbudsjettet bli overført til kommune- og sykehusrammen. Dette innebærer at det kun er vekst i kostnadene ut over den overførte budsjettammen, som virksomhetene må dekke. Se også kapittel 6 om administrative og økonomiske konsekvenser.

Departementet foreslår at den eksisterende medlemsavgiften for helsenettet videreføres med enkelte endringer. De viktigste endringene er at kommunenes plikt til å betale medlemsavgift gjeninnføres, og at kostnadene til forvaltning og drift av grunndata og helseID legges inn i medlemsavgiften til kommuner og regionale helseforetakene. Medlemsavgiften omfatter alle brukere av helsenettet, inkludert offentlige etater og private aktører som ikke er pålagt plikt om tilgjengeliggjøring og betaling.

## **4.2 Pliktene til Norske helsenett SF**

Departementet foreslår at det fastsettes en hjemmel til nærmere å regulere i forskrift statlige foretaks ansvar for å tilby de nasjonale e-helseløsningene for helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen, se forslaget til pasientjournalloven § 8 fjerde ledd bokstav d).

Departementet foreslår videre å forskriftsfeste at Norsk helsenett SF skal ha plikt til å gjøre løsningene for elektroniske resepter (e-resept), nasjonal kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet, inkludert grunndata og helseID, tilgjengelige for virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten. Se forskriftsforslaget § 19.

Forslagene synliggjør at det er en statlig oppgave å tilby en grunnleggende felles og sikker nasjonal infrastruktur for digital kommunikasjon mellom helse- og omsorgstjenesten og pasientene, og mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette er en infrastruktur som regionale helseforetak og kommuner ikke selv har forutsetninger for å etablere.

Departementets forslag innebærer at Norsk helsenett SF pålegges å gjøre disse løsningene tilgjengelige for virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesten er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d. Dette omfatter den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester.

Plikten til å gjøre løsningene tilgjengelige omfatter ikke bare virksomheter som er en del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten eller som leverer tjenester etter avtale med det offentlige, men også virksomheter som leverer fullt ut privatfinansierte tilbud av helse- og omsorgstjenester. Begrunnelsen for et så vidt nedslagsfelt er hensynet til å tilrettelegge for effektiv kommunikasjon av helseopplysninger i en enhetlig nasjonal infrastruktur, uavhengig av hvor pasienter- og brukere mottar helse- og omsorgstjenester.

Med tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger menes at virksomhetene i målgruppen etter avtale skal gis anledning til å ta løsningene i bruk i sin virksomhet, forutsatt at de oppfyller felles krav til informasjonssikkerhet og aksepterer bruksvilkår. Forslaget om å regulere plikter for Norsk helsenett SF er en nødvendig speiling av forslaget omtalt i punkt 4.3 om å pålegge virksomheter å gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige i virksomhetene. En plikt til å ta i bruk en nasjonal løsning forutsetter at noen har en plikt til å gjøre den tilgjengelig.

Norsk helsenett SF er i dag ansvarlig for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene e-resept, nasjonal kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet, inkludert grunndata og helseID. Forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene innebærer også at løsningene videreutvikles kontinuerlig med mål om å utvikle forbedringer og verdiøkende tjenester for både helsepersonell og innbyggere.

### **4.3 Virksomhetenes plikt til å gjøre løsningene tilgjengelige for personellet**

Departementet fremmer et lovforslag som gir departementet hjemmel til i forskrift å bestemme at regionale helseforetak, kommuner, fylkeskommuner og andre virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og apotekloven skal ta i bruk og gjøre tilgjengelig kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenettet i virksomheten. Departementet fremmer også forslag til forskriftsbestemmelser hvor virksomheter i helse- og omsorgssektoren plikter å gjøre tilgjengelig eller ta i bruk en eller flere av disse nasjonale e-helseløsningene.

Bestemmelsene omfatter også private virksomheter, blant annet virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med regionale helseforetak, helseforetak, kommuner eller fylkeskommuner samt virksomheter som er godkjent for fritt behandlingsvalg etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Lovforslaget gir også departementet hjemmel til å bestemme at apotek og bandasjister skal gjøre helsenettet og e-resept tilgjengelige i virksomheten.

Løsningene anses gjort tilgjengelige i virksomheten når de kan tas i bruk av personell som har tjenstlige behov for, og rett til, å ta løsningene i bruk. Videre må virksomhetene sørge for at relevant personell har fått nødvendig opplæring og for øvrig er satt i stand til å ta den aktuelle løsningen i bruk. Lovforslaget gir ikke hjemmel til å pålegge kommuner eller andre virksomheter plikter som bryter med andre lovkrav til helse- og omsorgstjenestens virksomhet.

Bakgrunnen for departementets forslag er at løsningene er viktige for den enkelte pasient og for å oppfylle helse- og omsorgstjenestens sørge-for-ansvar, understøtte helsepersonells plikt til å yte forsvarlig helsehjelp og bidra til å ivareta pasientsikkerheten i helsetjenesten. Løsningene bør derfor i størst mulig grad benyttes av alle relevante aktører i tjenesten for å gi ønsket effekt.

### Avgrensning til konkrete nasjonale e-helseløsninger

Departementet mener det er viktig å avgrense forslagene til å gjelde konkrete nasjonale e-helseløsninger. Dette gir klarhet i hjemmelsgrunlaget for å pålegge regionale helseforetak, kommuner og andre plikter med økonomiske konsekvenser. Løsningene e-resept og nasjonal kjernejournal er allerede regulert i pasientjournalloven §§ 12 og 13 med tilhørende forskrifter. Det er derfor tilstrekkelig med en henvisning til disse bestemmelsene. Departementet har videre valgt å beskrive hovedfunksjonene som ivaretas av helsenetten og helsenorge.no i lovbestemmelsen. Beskrivelsen gir rom for utvikling og tilpasning til nye behov, men med den begrensning at utvikling av funksjoner med andre formål enn dem som framkommer av lovbestemmelsen ikke vil være omfattet.

De fire løsningene som omfattes av lovforslaget har eksistert i flere år og vil være en grunnleggende del av den teknologiske infrastrukturen i helsetjenesten i lang tid fremover. Lovforslaget er for øvrig ikke til hinder for at det utvikles og tas i bruk også andre løsninger som ikke er omfattet av lovbestemmelsen. Dette vil følgelig baseres på frivillig deltakelse fra aktørene i sektoren. Dersom det oppstår behov for å regulere nye løsninger vil dette bli underlagt ordinær lovprosess.

### Rammene for innføring av plikt

Departementet viser til at lovforslaget åpner for at departementet i forskrift kan bestemme at virksomhetenes plikt til å gjøre de ulike løsningene tilgjengelige og ta i bruk kan gjelde fra ulik tid for ulike grupper av virksomheter og ulike grupper av personell, avhengig av hva som kreves av lokale tiltak og nasjonal utvikling før løsningene kan tas i bruk. Det er i hovedsak hensynet til innføring i kommunene og tjenestene på helsenorge.no som er bakgrunnen for at det er åpnet for denne muligheten. Departementet understreker at kommunenes plikt til å ta i bruk kjernejournal og e-resept og gjøre tjenester tilgjengelig på helsenorge.no forutsetter at

- økonomiske og administrative konsekvenser er utredet, herunder teknologiske forutsetninger og avhengigheter,
- det skal være utarbeidet nasjonale innføringsplaner basert på erfaring fra utprøving av løsningene i kommunene,

- Norsk helsenett SF har nødvendig kapasitet til test og godkjenning og at det skal være gjennomført tekniske tilpasninger i de nasjonale løsningene og
- innføring av plikt har vært drøftet i konsultasjonsordningen mellom KS og regjeringen.

Dette innebærer at, med unntak for legevakt og fastleger, vil denne plikten ikke bli innført for den kommunale helse- og omsorgstjenesten før fra 1. januar 2024, og at plikten i første omgang kun vil omfatte sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Tabell 4.1 nedenfor gir en oversikt over hvilke løsninger og aktører som foreslås omfattet av plikten fra hhv 1. januar 2022, 1. januar 2023, 1. januar 2024, og hvilke plikter som høres og hvilke plikter som foreløpig ikke foreslås omfattet av plikten.

Tilgjengeliggjøring av tjenester på helsenorge.no er for helseforetak foreslått avgrenset til tjenester for innsyn, selvbetjening og digital dialog. For hjemmebaserte tjenester foreslås tjenestene avgrenset til tjenester for selvbetjening og digital dialog. Når det gjelder innføring av plikt for avtalespesialister til å ta i bruk kjernejournal, og for private sykehus, avtalespesialister og tannleger til å ta i bruk e-resept, ber departementet om en særskilt vurdering fra høringsinstansene. Tidspunkt for innføring av plikt til tilgjengeliggjøring av kjernejournal, e-resept og tjenester på helsenorge.no er drøftet nærmere under punkt 4.3.2 til 4.3.4.

**Tabell 4.1 Oversikt over forslag til tidspunkt for innføring av plikt til tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger**

<b>Aktør</b>	<b>kjernejournal</b>	<b>e-resept</b>	<b>Helsenorge.no</b>
Helseforetak	1.1.2022	1.1.2022	1.1.2023
Private sykehus	1.1.2022	plikt høres	ikke vurdert
Avtalespesialister	plikt høres	plikt høres	ikke vurdert
Legevakt	1.1.2022	1.1.2022	ikke vurdert
Fastleger	1.1.2022	1.1.2022	framtidig
Sykehjem	1.1.2024	framtidig	ikke vurdert
Hjemmebaserte tjenester	1.1.2024	ikke vurdert	1.1.2024
Skolehelsetjenester	framtidig	framtidig	framtidig
Helsestasjoner	framtidig	framtidig	framtidig
Tannleger	framtidig	plikt høres	ikke vurdert
Apotek og bandasjister	ikke vurdert	1.1.2022	ikke vurdert

## Forslag til forskriftsbestemmelser om plikt til tilgjengeliggjøring

Departementet foreslår forskriftsbestemmelser som definerer nærmere hva plikten til å tilgjengeliggjøre og ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene innebærer, hvilke virksomheter som omfattes av plikten og fra hvilket tidspunkt plikten skal gjelde.

Departementet viser til at forutsetningene for å ta i bruk løsningene varierer i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten og at tidspunktet for iverksetting derfor ikke kan være likt for alle løsningene og for alle deler av tjenesten.

Helsenettet brukes i dag av de fleste helseforetak, kommuner og fylkeskommuner, og av private virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester. Det samme gjelder apotek og bandasjister. Videre brukes elementer av grunndata i dag av de aller fleste virksomheter både i spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Grunndata understøtter blant annet elektronisk meldingsutveksling og benyttes som informasjonskilde til de nasjonale e-helseløsningene. HelseID benyttes i dag i utvalgte nasjonale e-helseløsninger, nasjonale helseregistre og kvalitetsregistre. Det er stor pågang fra aktørene i sektoren om å ta i bruk helseID, og flere av prosjektene som inngår i den nasjonale e-helseporteføljen vil ta i bruk helseID framover.

Kjernejournal er innført i alle helseforetak, alle legevakter og ved samtlige av landets fastlegekontor. Innføring i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste pågår, og bruken av kjernejournal i kommunal sektor øker. I juni 2021 hadde om lag 50 kommuner tatt i bruk kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

E-resept er tatt i bruk av så godt som alle apotek og fastleger som rekvirerer legemidler samt i regionale helseforetak. Rekvirenter og apotek har etter reseptformidlerforskriften §§ 2-1 og 2-2 plikt til å benytte reseptformidleren. I den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten er e-resept i svært begrenset grad tatt i bruk.

Helsenorge.no er etablert som en del av det generelle helsetjenestetilbudet til befolkningen og har tjenester og informasjon som er tilgjengelig for alle innbyggere. I tillegg har både spesialisthelsetjenesten, halvparten av fastlegene og over 90 kommuner gjort tilgjengelig tjenester for selvbetjening, dialog eller innsyn på helsenorge.no.

### **4.3.1 Tilgjengeliggjøring av helsenettet, inkludert grunndata og helseID**

Som det framkommer av forslag til ny bestemmelse i forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg § 9, foreslår departementet at plikten for tilgjengeliggjøring av helsenettet innføres for alle virksomheter som omfattes av forslag til pasientjournalloven § 8 andre ledd. Denne plikten innføres fra 1. januar 2022. Plikten omfatter også grunndata.

Med plikt til å gjøre tilgjengelig menes at virksomheten er medlem av helsenettet og at personell med tjenstlig behov kan kommunisere og utveksle opplysninger ved bruk av meldingsutveksling og andre relevante tjenester i helsenettet. Med meldingsutveksling menes utveksling av elektroniske meldinger som henvisning, epikrise, vaksinasjon, dialog, behandlerkrav etc. med bruk av tjenestene EDI eller andre kommunikasjontjenester som tilbys av Norsk helsenett SF.



For å sikre at virksomheter som er tilknyttet helsenettet skal kunne kommunisere og utveksle opplysninger med hverandre, er det krav om at informasjon om virksomhetens kontaktinformasjon, samt elektroniske adresser for egne kommunikasjonsparter, er oppdatert i adresseregisteret i helsenettet. Dette følger av forskrift om IKT-standarder i helse og omsorgstjenesten § 4.

Plikten kan innføres uten større økonomiske og administrative konsekvenser for sektoren som helhet, fordi de fleste som vil bli omfattet av plikten allerede bruker helsenettet.

Grunndata er en tjeneste for å tilgjengeliggjøre og presentere ulike administrative registerdata, og en viktig felleskomponent i helsenettet. Grunndata understøtter elektronisk meldingsutveksling og benyttes som informasjonskilde til de nasjonale e-helseløsningene. Departementet viser til at elementer av grunndata i dag brukes av de aller fleste virksomheter både i spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I 2020 ble det gjort om lag 5,9 mrd. oppslag mot informasjonstjenestene helsepersonell, person og virksomhet gjennom grunndata. Totalt øker antall oppslag med godt over 34 prosent fra 2019 til 2020. Oppslag om virksomheter var den desidert mest brukte informasjonstjenesten med 5,1 mrd. i 2020 som utgjør 86 oppslag av alle oppslag. Grunndata om virksomheter og personell er under utvikling og vil få nye tjenester. Persontjenesten, som etableres i sammenheng med moderniseringen av folkeregisteret, er et eksempel på en ny tjeneste som vil sikre lik informasjon på tvers av virksomheter og aktører. Persontjenesten vil være klar for nasjonal innføring i løpet av 2022, men det må gjøres tekniske tilpasninger i fagsystemene hos virksomhetene i sektoren. Sektorens tilpasning til moderniseringen av Folkeregisteret ivaretas ved etableringen av persontjenesten. Eksisterende kilde til folkeregisterinformasjon i helsesektoren (PREG) planlegges avvirket 1. januar 2024.

Nasjonale innføringsplaner for persontjenesten i kommunene baseres på erfaringer med utprøving hos et utvalg pilotkommuner og på metodikken og innføringsnettverket som KS i samarbeid med ressurser i kommunene har etablert. Innføringskostnadene vil være avhengig av omfanget av nødvendige endringer i de enkelte fagsystemene som må integreres med den nye persontjenesten, og hvor mange slike fagsystemer kommunen har. Endringskostnadene inkluderes normalt i vedlikeholdsavgiften for det enkelte fagsystemet som skal integreres med persontjenesten. For noen kommunale fagsystemer innenfor områdene legevakt, hjemmebaserte tjenester og sykehjem, fastleger og helsestasjon- og skolehelsetjenesten dekkes deler av utviklingskostnaden av utviklingsprosjektet for persontjenesten, for å initiere tidlig integrasjon mot persontjenesten. Resten av utviklingskostnaden må dekkes innenfor kommunenes vedlikeholds- og oppgraderingsregime for det enkelte fagsystem.

HelseID benyttes i dag i utvalgte nasjonale e-helseløsninger, nasjonale helseregistre og kvalitetsregistre. HelseID vil være en forutsetning for å ta kjernejournal og e-resept i bruk, og det er derfor ikke behov for å pålegge virksomheter i sektoren å tilgjengeliggjøre helseID som en separat funksjon. I sammenheng med innføring av kjernejournal i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil for eksempel kommunene måtte ta i bruk helseID for at helsepersonell på en effektiv måte skal få tilgang til løsningen.

Departementet foreslår ikke å forskriftsfeste tilgjengeliggjøring av tilleggstenester som brukes av kun enkelte virksomheter, for eksempel videostudio.

### **4.3.2 Tilgjengeliggjøring av kjernejournal**

Som det framkommer av forslag til ny § 10 i forskrift om IKT-standarder i helse og omsorg, foreslår departementet at helseforetak, private sykehus, legevakt og fastleger, som er omfattet av forslag til pasientjournalloven § 8 andre ledd, pålegges å gjøre kjernejournal tilgjengelig i virksomheten fra 1. januar 2022.

Kjernejournal er i utstrakt bruk i disse virksomhetene i dag og derfor mener departementet at det er hensiktsmessig å ilegge disse virksomhetene en plikt til å tilgjengeliggjøre kjernejournal allerede fra 1. januar 2022.

Når det gjelder sykehjem og hjemmebaserte tjenester, viser departementet til at innføringsarbeidet med kjernejournal er kommet godt i gang, og basert på nasjonale innføringsplaner foreslår departementet atplikten innføres fra 1. januar 2024.

Det er et mål at både personell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og tannlegene på sikt skal ta i bruk kjernejournal, men det foreligger foreløpig ikke konkrete planer som gir grunnlag for å innføre en plikt til tilgjengeliggjøring nå.

Kjernejournal er et nasjonalt behandlingsrettet helseregister som samler informasjon fra flere kilder og gjør den tilgjengelig for innbyggere og helsepersonell med tjenstlig behov. Formålet med kjernejournal er angitt i kjernejournalforskriften i § 1: «Forskriften etablerer en nasjonal kjernejournal som sammenstiller vesentlige helseopplysninger om den registrerte og gjør opplysningene tilgjengelige for helsepersonell som trenger dem for å yte forsvarlig helsehjelp. Formålet med kjernejournal er å øke pasientsikkerheten ved å bidra til rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten».

Plikten til tilgjengeliggjøring av kjernejournal innebærer at kjernejournal er integrert med journalsystemet eller annet relevant fagsystem som benyttes i den aktuelle virksomhet, og at personell i virksomheten med tjenstlig behov og rett til å benytte kjernejournal, blir satt i stand til å ta løsningen i bruk. Virksomheten må være tilknyttet helsenetten og ha en journalleverandør (eller annen fagsystemleverandør) som har integrert kjernejournal og helseID i løsningen. Dette må være godkjent i Norsk helsennett SFs test- og godkjenningsspross. Innføring av kjernejournal bør reflekteres i arbeidsprosesser og rutiner og noe opplæring vil være nødvendig. Brukerne må kunne identifisere seg med e-ID på høyt sikkerhetsnivå, som betyr at virksomheten må sørge for at ansatte som skal bruke kjernejournal også kan benytte egnet e-ID. Direktoratet for e-helse utarbeider nå i samarbeid med KS, Digitaliseringsdirektoratet og Norsk helsennett SF veiledningsmateriell til kommunene om bruk av e-ID i helse- og omsorgstjenesten.

Kjernejournal er innført ved alle helseforetak og innføring av en plikt til å gjøre kjernejournal tilgjengelig i virksomheten, vil derfor ha begrensede økonomiske og administrative konsekvenser. Det enkelte sykehus må ta stilling til personellens tjenstlige behov og tildele tilgangsrettigheter i journalsystemet, personellet må ta i bruk e-ID på høyt sikkerhetsnivå, og det vil være behov for opplæring i bruk av løsningen.

Private sykehus har i stor grad innført kjernejournal i virksomheten. For avtalespesialister er bildet mer sammensatt. Spesialister innen indremedisin og gynekologi benytter samme type journalsystemer som fastlegene, og har tilgang til kjernejournal gjennom disse. Det er imidlertid en del øyeleger og psykiatere som ikke benytter ordinære journalsystemer, men spesialløsninger som i varierende grad er integrert med kjernejournal.

Avtalespesialistene har ikke vært prioritert ved innføring av kjernejournal så langt, og det foreligger ikke nasjonale innføringsplaner. Samtidig er dette helsepersonell som vil ha stor nytte av å få enkel tilgang til sentral informasjon om pasienter de behandler fra kjernejournal. Teknisk sett er integrasjon fra journalsystem eller annet fagsystem til kjernejournal lite komplisert, og Norsk helsenett SF har kapasitet til å bistå ved test og ved å gjennomføre nødvendige godkjenninger av integrasjon med kjernejournal og helseID. Det er grunn til å tro at en del helsepersonell i disse virksomhetene allerede har e-ID på høyt sikkerhetsnivå, blant annet for bruk til e-resept.

Departementet ber på bakgrunn av dette om høringsinstansenes syn på om det er hensiktsmessig å pålegge avtalespesialister plikt til å gjøre kjernejournal tilgjengelig i virksomheten allerede fra 1. januar 2022.

Når det gjelder den kommunale helse- og omsorgstjenesten, benyttes kjernejournal av legevakt og andre kommunale aktører omfattet av den akuttmedisinske kjede. Kjernejournal benyttes også i stor utstrekning av fastlegene, både av fastleger som er ansatt i en kommune og av fastleger som er private virksomheter med fastlegeavtale med kommunen. Etablerte journalleverandører for fastlegene har integrert med kjernejournal, så de teknologiske forutsetningene er på plass. Fastlegene har også e-ID på høyt sikkerhetsnivå, som de benytter til blant annet e-resept. Nye journalleverandører vil ha tid på seg fram til forskriftsendringenes ikrafttredelse med å få implementert og godkjent integrasjon med kjernejournal hos Norsk helsenett SF. Norsk helsenett SF har nødvendig kapasitet til å bistå med testing og med å gjennomføre godkjenning av systemer. Tidligere måtte helsepersonell gjennom en godkjenningsprøve for å ta i bruk kjernejournal. Denne er nå erstattet av veiledningsmateriell. Det er således ingen teknologiske hindringer eller andre forhold som tilsier at fastlegene ikke skal omfattes av plikten til å tilgjengeliggjøre kjernejournal fra 1. januar 2022.

Det er etablert et samarbeid mellom KS, Norsk helsenett SF, Direktoratet for e-helse, kommunene og journalleverandørene om innføring av kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. To av de tre store journalleverandørene til kommunene har gjennomført utprøvningsperioden og er nå over i et innføringsløp i kommuner som bruker disse journalsystemene. Den tredje leverandøren er i en utprøvningsfase. Alle tre leverandører har fått godkjent og tatt i bruk helseID selvbetjeningsløsning.. Bruken av kjernejournal i kommunal sektor øker. Per juni 2021 har om lag 50 kommuner startet med å bruke kjernejournal.

Erfaringene fra kommunene som har tatt i bruk kjernejournal i sykehjem og hjemmebasert tjeneste er gode. Kjernejournal gir mer effektiv tilgang til viktig informasjon for helsepersonell. Helsepersonell i sykehjem og hjemmebaserte tjenester sparer tid på å innhente sentrale opplysninger om pasienten, slik som legemidler, pårørende, kritisk

informasjon og fastlegeinformasjon. Kjernejournal er viktig for at opplysninger om pasienter som følges opp av helsepersonell i sykehjem og hjemmebasert tjeneste, på en sikker måte kan deles med pasientenes primære behandlere.

Samlet sett gir innføring av kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester både positive helseeffekter, og positive økonomiske effekter spesielt knyttet til tidsbesparelser i helsepersonells arbeidshverdag. Norsk helsenett har publisert informasjon om gevinstene med kjernejournal: <https://www.nhn.no/nyheter/effektivt-med-kjernejournal-i-sykehjem-og-hjemmetjenester>

I tillegg har KS fått gjennomført en kunnskapsoppsummering av nasjonale e-helseløsninger som inkluderer en samfunnsøkonomisk analyse av kjernejournal.<sup>1</sup>

Basert på erfaringer fra utprøving i kommuner som har innført kjernejournal er de viktigste gevinstene vurdert til å være:

- Bedre tilgang for helsepersonell til oppdaterte opplysninger om pasientenes legemidler
- Færre pasientskader som følge av uheldig bruk av legemidler
- Mulighet for helsepersonell i sykehjem og hjemmebaserte tjenester til å dele kritiske og viktige opplysninger om sine pasienter med øvrige helsetjeneste
- Trygghet for pasienter som følges opp av helsepersonell i sykehjem og hjemmebaserte tjenester for at viktige opplysninger om dem også deles med deres primære behandlere
- Trygg deling av person- og helseopplysninger som i dag deles ved utskrift av dokumentasjon eller sendes på faks, via kjernejournal
- Spart tid for helsepersonell på å innhente og kvalitetssikre opplysninger om pasienten.

Innføringsprosjektet har i samarbeid med utprøvkommuner laget en oversikt over hvem som antas å ha mest nytte av kjernejournal, som ligger til grunn for en anbefalt rekkefølge i utrulling av kjernejournal i den enkelte kommune:

- 1) Alle sykehjemsleger
- 2) Alt helsepersonell med legemiddelansvar på avdelinger som ofte tar imot pasienter de ikke kjenner, for eksempel kommunal akutt døgnenhet (KAD)/øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/intermediær, eller andre korttidsavdelinger
- 3) Hjemmesykepleien og tjenestekontor. For disse kan det planlegges for en trinnvis innføring.

Norsk helsenett SF har anslått kostnadene for kommunene ved innføring av kjernejournal i samarbeid med utprøvkommunene. Estimaten tar utgangspunkt i tre alternativer basert på hvor mange som skal ha tilgang til kjernejournal i kommunen. Kostnadene omfatter innføringsaktiviteter, kostnader til e-ID og helseID, og kostnader til oppdatering av journalsystemene. Det er anslått et behov på mellom 80 og 200 timer til planlegging og gjennomføring av innføringsaktiviteter avhengig av omfang, og mellom 40 og 500 timer til opplæring. Kostnadene til e-ID og helseID vil i stor grad avhengig av om kommunen

---

<sup>1</sup> Vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene av ny e-helselov. Kunnskapsoppsummering av nasjonale e-helseløsninger. Utarbeidet av BearingPoint på oppdrag fra KS 2. april 2020, og med tilføyelser fra KS den 2. september 2020.

velger en løsning med PKI-kort eller en løsning der ansatte bruker egen e-ID og personlig mobil. PKI-kort gir betydelig høyre kostnader enn alternativet med BankID på mobil. Se mer informasjon på nettsidene til Norsk helsenett SF: [Brev til kommuner ved oppstart av kjernejournal \(nhn.no\)](#)

Erfaringene med innføring av kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester og de positive effektene av at helsepersonell med tjenstlig behov raskt og enkelt får tilgang til helt sentrale opplysninger om pasientene, er bakgrunnen for at departementet anbefaler at plikten til å gjøre kjernejournal tilgjengelig for disse tjenestene innføres fra 1. januar 2024.

Personell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en framtidig målgruppe for utbredelse av kjernejournal, men det er foreløpig ikke konkrete planer for etablering av kjernejournal i disse tjenestene.

### **4.3.3 Tilgjengeliggjøring av e-resept**

Departementet foreslår at helseforetak, legevakt, fastleger, og apotek og bandasjist, omfattet av pasientjournallovens § 8 andre ledd, pålegges å gjøre e-resept tilgjengelig i virksomhetene fra 1. januar 2022. Se forslag til forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten § 11. I tillegg ber departementet særskilt om høringsinstansenes syn på om denne plikten også bør omfatte private sykehus, avtalespesialister og tannleger fra samme tidspunkt.

Det foreslås ikke innført plikt for sykehjem og helsestasjons- og skolehelsetjenesten i denne omgang. Det er foreløpig ikke lagt til rette for innføring av e-resept i sykehjem, og dette må ses i sammenheng med arbeidet med pasientens legemiddelliste. Når det gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenesten, gjenstår det utvikling i journalsystemene før jordmødre og helsesykepleiere kan ta i bruk e-resept og at journalleverandørene oppfyller de funksjonelle og tekniske kravene og får integrert systemløsninger med e-reseptkjeden.

Rekvirenter, apotekansatte og bandasjistansatte har i dag meldeplikt til reseptformidleren etter reseptformidlerforskriften §§ 2-1 og 2-2. Virksomheter hvor det rekvireres legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler på resept, samt apotek og bandasjist har som virksomhet ansvar for at meldeplikten kan oppfylles og skal sørge for at det finnes rutiner som sikrer dette, se reseptformidlerforskriften § 2-5.

Alle helseforetak benytter e-resept og et pålegg til helseforetakene om å gjøre e-resept tilgjengelig vil derfor ikke ha økonomiske og administrative konsekvenser av betydning. Når det gjelder rekvirenter i private sykehus og avtalespesialister, mangler departementet god oversikt over bruken av e-resept, og det er bakgrunnen for at høringsinstansene særskilt bes om innspill på om det ligger til rette for innføring av plikt om tilgjengeliggjøring fra 1. januar 2022.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten benytter også e-resept. Dette gjelder blant annet fastlege og legevakt. Reseptformidlerforskriften § 2-1 fjerde ledd gjør et unntak fra meldeplikten. Dette er et snevert unntak. Innføring av plikt til å tilgjengeliggjøre e-resept i virksomheten vil derfor ikke ha ytterligere økonomiske konsekvenser for fastlegene.

Tannlegene er en gruppe som lenge har ønsket e-resept. men det gjenstår fortsatt noe utvikling i tannlegenes journalsystemer før løsningen kan innføres for alle tannleger. Av denne grunn ber departementet særskilt høringsinstansene om innspill på en innføring av plikt om tilgjengeliggjøring fra 1. januar 2022.

Apotek og bandasjist bruker e-resept, og en plikt til tilgjengeliggjøring i disse virksomhetene vil ikke ha nevneverdige økonomiske og administrative konsekvenser.

Plikten til tilgjengeliggjøring av e-resept innebærer at e-resept er integrert med journalsystemet eller annet relevant fagsystem som benyttes i den aktuelle virksomhet, og at personell i virksomheten med tjenstlig behov og rett til å benytte e-resept, blir satt i stand til å ta løsningen i bruk. Det er rekvirenter i virksomhetene og ansatte hos apotek og bandasjist som er de aktuelle brukergruppene. Virksomheten må for å tilgjengeliggjøre e-resept implementere IKT-støtte i egne systemer. Det betyr at virksomheten må være tilknyttet helsenettet og ha en journalleverandør og/eller fagsystemleverandør som har integrert e-resept i løsningen, og dette må være godkjent i Norsk helsenett SFs test- og godkjenningsprosess.

Plikten til tilgjengeliggjøring av e-resept innebærer også at personell i virksomheten som har tjenstlig behov og rett til å benytte e-resept, blir satt i stand til å ta løsningen i bruk. Innføring av e-resept krever omlegging av arbeidsprosesser fra bruk av papirresepter, og opplæring og klare rutiner er nødvendig. Det er strenge sikkerhetskrav for bruk av e-resept, blant annet er det krav til både identifikasjon og verifikasjon av behandlingssted og rekvirent. Rekvirenten må kunne identifisere seg med e-ID på høyt sikkerhetsnivå, som betyr at virksomheten må sørge for at ansatte som skal bruke e-resept også kan benytte egnet e-ID.

#### **4.3.4 Tilgjengeliggjøring av tjenester på helsenorge.no**

Departementet foreslår at det fra 1. januar 2023 innføres en plikt for helseforetak til å gjøre tjenester for selvbetjening, dialog og innsyn tilgjengelig for pasienter og brukere på helsenorge.no. Det foreslås også en tilsvarende plikt for kommuner til å gjøre tjenester for selvbetjening og dialog tilgjengelig for brukere av kommunale hjemmebaserte tjenester fra 1. januar 2024. Dette framkommer av forslag til ny § 12 i forskrift om IKT-standarder i helse og omsorgstjenesten.

Departementet har i oppdragsbrev til de regionale helseforetakene for 2020 satt som mål at de regionale helseforetakene innen 2023 har gjort digitale innbyggertjenester for innsyn, dialog og selvbetjening tilgjengelig på helsenorge.no. Kommunene er godt i gang med innføringen av denne typen tjenester, og 93 kommuner tilbyr allerede tjenester for dialog og selvbetjening for hjemmebaserte tjenester. Helsami i Midt-Norge er et supplerende tilbud for innbyggerne i regionen og det pågår arbeid for å avklare hvordan tjenesten skal fungere sammen med helsenorge.no. Innføring skal etter planen starte i 2022.

For øvrige virksomheter omfattet av hjemmelen i pasientjournalloven § 8 tredje ledd, foreslås det ikke pålegg om å gjøre tjenester tilgjengelig på helsenorge.no på nåværende tidspunkt. Departementet ber imidlertid om høringsinstansenes foreløpige syn på om det

bør vurderes å forskriftsfeste en plikt for fastleger til å gjøre tjenester for selvbetjening og dialog tilgjengelig på helsenorge.no og eventuelt tidspunktet for innføring av en slik plikt.

Når det gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenesten ber departementet også om høringsinstansenes foreløpige syn på når det kan være aktuelt å innføre plikt til å tilby digitale tjenester. Status på tjenestene er at hele løsningen er tatt i bruk i alle bydeler i Oslo og er under utprøving i Bergen og Haugesund. Det er stor interesse for tjenestene og det jobbes nå med plan for utvidet utprøving.

Helsenorge.no muliggjør enkel og sikker kontakt mellom innbyggere og helse- og omsorgstjenestene og innføring av en slik plikt skal bidra til å realisere målet om at portalen skal være innbyggernes hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett. Virksomheter i den offentlige helse- og omsorgstjenesten, aktører med offentlig avtale, for eksempel fastleger, avtalespesialister og private sykehus, og statlig helseforvaltning kan i dag benytte og tilby tjenester på helsenorge.no. Helsenorge.no skal ved bruk av felleskomponenter knytte aktørene sammen, og gi innbygger en mulighet til å enkelt kunne ha dialogtjenester og full oversikt over timeavtaler, meldinger og helsekontakter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Departementet er opptatt av at alle pasienter skal motta helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester av god kvalitet uavhengig av hvor i landet de bor og hvem som yter tjenestene. For at de digitale tjenestene skal oppleves som likeverdige, har departementet et mål om at helseaktørene i primær- og spesialisthelsetjenesten kan tilby sine innbyggere digitale innbyggertjenester for *selvbetjening*, *dialog* og *innsyn* på helsenorge.no, som skal være innbyggernes hovedinngang til offentlige helsetjenester på nett:

- *Selvbetjeningsløsninger* hjelper innbygger å forstå og følge sine behandlingsforløp. Oversikt over henvisninger med rettigheter samt timeoversikt og timeadministrasjon inngår her. Målet med å tilby administrative tjenester er at det skal bli enklere for innbyggerne å få oversikt over, og følge opp, sine behandlingsforløp. Dette omfatter å bestille time, se tid og sted, og å avbestille timeavtaler med helse- og omsorgstjenesten. Helsetjenesten skal også kunne endre eller avlyse timeavtaler.
- *Dialogtjenester* ivaretar muligheten for å ta kontakt med helse- og omsorgstjenesten og ha en digital dialog gjennom meldinger eller videosamtale. Målet med å tilby dialogtjenester er at det skal være mulig for helse- og omsorgstjenesten å ha tettere kontakt med innbygger på en trygg måte hvor personvern og datasikkerhet ivaretas.
- *Innsynstjenester* gir innbygger innsyn i sine egne helseopplysninger hos helseaktørene. Innsyn i pasientjournal og prøvesvar inngår her. Målet med innsynstjenestene er at innbyggerne selv skal kunne være mer involvert i oppfølgingen av egen helse og kunne få svar på spørsmål uten å måtte kontakte tjenestene. Innbygger skal også kunne se hvem som har vært involvert i oppfølgingen gjennom innsyn i tilgangsløgg i helseforetak og kunne se svar på

prøver uten å måtte kontakte helsetjenesten.

En stor del av tjenestene på helsenorge.no er tilgjengelig for alle innbyggere, og portalen er en del av det generelle helsetjenestetilbudet som støtter både regionale helseforetak og kommuner i å oppfylle sørge-for-ansvaret.

Både spesialisthelsetjenesten og flere kommuner tilbyr tjenester for selvbetjening, dialog eller innsyn på helsenorge.no i dag. Av ulike årsaker tilbyr ikke alle aktørene de samme deltjenestene innen dialog, selvbetjening og innsyn. Det skyldes blant annet at aktørene har ulike behov knyttet til funksjonalitet, den nasjonale tilretteleggingen gjennomføres stegvis mot ulike aktørgrupper, og det kan være at journalleverandørene er på ulike stadier i tilrettelegging for at helse- og omsorgstjenestene skal kunne ta i bruk funksjonaliteten. For å stimulere til tilgjengeliggjøring av flere tjenester foreslår departementet som nevnt at:

- Helseforetak skal gjøre tjenester for selvbetjening, dialog og innsyn tilgjengelig for pasienter og brukere på helsenorge.no
- Kommuner skal gjøre tjenester for dialog og selvbetjening tilgjengelig for brukere av kommunale hjemmebaserte tjenester på helsenorge.no

Forpliktelsen vil innebære:

- *Selvbetjening*: Tjenester for administrasjon av avtaler og kontakt med helse- og omsorgstjenesten.
- *Dialog*: Informasjon om innbyggers kontaktpunkter i helsetjenesten og mulighet for digital dialog med helse- og omsorgstjenesten.
- *Innsyn*: Innsyn i de deler av pasientjournalen dataansvarlig har gjort tilgjengelig

Ved helseforetakene er tjenester for timeadministrasjon tilgjengelig i alle helseregionene med unntak av Helse Sør-Øst, men det pågår arbeid med dette i denne regionen.

Henvisningsstatus tilbys i Helse Nord, Helse Vest og i Helse Sør-Øst. Dialog er i bruk i alle regionene ved timeavtaler, brev, skjema eller helsekontakter. Et pågående prosjekt for alle helseregionene skal tilrettelegge for dialog med behandlende enhet. Innsyn i utvalgte deler av pasientjournalen er i bruk ved alle helseforetak, med unntak av helseforetakene i Helse Midt-Norge, og to private ideelle foretak. Lovisenberg Diakonale Sykehus åpnet for innsyn i pasientjournal høsten 2020 og Diakonhjemmet Sykehus åpner for innsyn i pasientjournal i 2021.

I Helse Midt-Norge skal det innføres ny, felles pasientjournal ved sykehus og kommuner i hele regionen gjennom Helseplattformen. Helseplattformen vil også ha en egen innbyggerportal som vil gi innbyggere tilgang til innsyn, selvbetjening og dialog med behandlere som bruker Helseplattformen. Denne vil fungere som et supplement til helsenorge.no, men vil ikke erstatte det nasjonale tjenestetilbudet for dialog, selvbetjening og innsyn på helsenorge.no. Ut fra tidsplanen for drifts-setting av Helseplattformen må



helseforetakene i Helse Midt-Norge tilbyr et minimum av innbyggertjenester på [helsenorge.no](https://helsenorge.no) basert på dagens journalsystem.

For kommuner vil plikten i første omgang omfatte å gjøre tjenester for dialog og selvbetjening tilgjengelig på [helsenorge.no](https://helsenorge.no) for kommunale hjemmebaserte tjenester. Dette betyr at kommunene skal tilby dialog med utvalgte helsekontakter innenfor helse- og omsorgstjenesten. Videre skal det tilbys oversikt over besøk i hjemmesykepleien med mulighet til å avbestille besøk. Disse tjenestene skal gi mulighet for at helsepersonell og innbyggere kan kommunisere om timeavtaler, planlagte og gjennomførte besøk og gi varsler om besøk.

Digihelse som er tjenester for dialog og selvbetjening med hjemmebaserte tjenester er tatt i bruk av 93 kommuner (etter kommunesammenslåing), som dekker i overkant av 48 prosent av befolkningen. Digihelse er resultat av at flere kommuner tok initiativ til et samarbeidsprosjekt med Direktoratet for e-helse og KS om å etablere tjenesten. Prosjektet ble også delvis finansiert av kommunesektoren. Tekniske tilpasninger for integrasjon med de tre aktuelle journalsystemene i kommunal pleie- og omsorgstjeneste er gjennomført i samarbeid med leverandørene og Norsk helsenett SF. Norsk helsenett SF har kapasitet til å bistå ved test og gjennomføre nødvendige godkjenninger av integrasjoner for å gjøre kommunenes tjenester tilgjengelige via [helsenorge.no](https://helsenorge.no). Kommunene har også etablert og sørget for finansiering av prosjektet Digihelsestasjon som har tilsvarende tjenester for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Innføring av tjenestene i helsestasjon og skolehelsetjenesten piloteres i 2021. Departementets vurdering er foreløpig at det er tidlig å foreslå innføring av plikt til tilgjengeliggjøring av denne typen tjenester for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Før oppstart av digitale tjenester i hjemmetjenester (DigiHelse) og helsestasjons- og skolehelsetjeneste (DigiHelsestasjon), ble det gjennomført en forenklet samfunnsøkonomisk analyse av investeringskostnader (inkludert både IT-investeringer, opplæring og vedlikeholdsbehov) og nytteeffekter<sup>2,3</sup>. Resultatet av analysene viste at utvikling og innføring av tjenester for dialog og selvbetjening på [helsenorge.no](https://helsenorge.no) i kommunene har en betydelig positiv netto nåverdi basert på prissatt nytteverdi veid mot kostnader. Det kan imidlertid være krevende og ta tid å hente ut de økonomiske gevinstene av tjenestene. På nyttesiden kommer i tillegg flere viktige ikke-prissatte nytteeffekter i både tjenestene, for innbygger og samfunn. Det ble vurdert at alle nytteeffektene støtter opp om sentrale målsettinger innenfor de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

KS etablerte et nasjonalt prosjekt med finansiering fra DigiFin som i tett samarbeid med kommunene i pilotprosjektet, leverandørene av journalsystemene, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett, har tatt ansvar for innføring og videreutvikling av Digihelse. Plan for innføring innebærer at kommuner selv planlegger tidspunkt og bestiller fra journalleverandøren. Norsk helsenett SF mottar bestilling om aktivering av tjenester og

---

<sup>2</sup> Direktoratet for e-helse 2017, Forenklet samfunnsøkonomisk analyse for hjemmebaserte tjenester

<sup>3</sup> Direktoratet for e-helse 2017 Forenklet samfunnsøkonomisk analyse for helsestasjon og skolehelsetjenesten

bistår med informasjon. KS har som del av det nasjonale prosjektet tatt ansvar for å bistå med erfaringer og opplæringsmateriell som alle kommuner kan bruke.

I april 2021 er det over 2600 fastleger som bruker helsenorge.no for dialog med pasienter. Det utgjør i overkant av 50 prosent av alle fastlegene. Det er stadig flere fastleger som tar i bruk helsenorge.no, men noen fastleger benytter andre løsninger for pasientkontakt. Antallet fastleger som benytter helsenorge.no vokser raskt. Alle nye versjoner av journalsystemer som benyttes hos fastleger i Norge har støtte for at helsenorge.no kan benyttes i pasientkontakten. Noen fastleger som bruker eldre journalløsninger har ikke slik støtte i dag, men der er journalleverandørene i gang med å fase brukere over på nye løsninger. Det er ikke laget en nasjonal innføringsplan for fastlegetjenestene, og fastlegene bestemmer selv når de vil ta i bruk helsenorge.no. De bestiller tjenester fra journalleverandøren som tilbyr opplæringsressurser. Norsk helsenett SF mottar bestilling om oppkobling, og har informasjons- og veiledningsmateriell om tjenestene på helsenorge.no.

Det er ikke etablert teknisk støtte for digitalt innsyn i journaldokumenter eller andre helseopplysninger i journalløsningene som benyttes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Innsyn foreslås derfor foreløpig ikke omfattet av kommunenes plikt til tilgjengeliggjøring på helsenorge.no.

Departementet legger vekt på at Norsk helsenett SF skal tilrettelegge helsenorge.no med grensesnitt som åpner for at ulike aktører og leverandører kan levere nye tjenester til innbyggerne. Norsk helsenett SF har i foretaksprotokoll og oppdragsbrev fått i oppdrag å videreføre dette arbeidet. Åpne grensesnitt skal bidra til innovasjon og næringsutvikling, og raskere innføring av digitale tjenester til innbyggerne.

Direktoratet for e-helse vil som forberedelse til innføring av plikt om å tilby nærmere bestemte tjenester på helsenorge.no, etablere et samarbeid med kommunesektoren om å få på plass nødvendige innføringsplaner for å forberede innføring av plikt fra 1. januar 2024.

#### **4.4 Virksomhetenes plikt til å betale for forvaltning og drift**

Departementets forslag til endringer i pasientjournalloven § 8 fjerde ledd gir departementet hjemmel til å gi forskrifter om betaling for de nasjonale e-helseløsningene helsenettet (inkludert grunndata og helseID), e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. Departementet foreslår at plikten fastsettes i forskrift og ikke direkte i loven. Når det gjelder helsenettet, omfatter forskriftshjemmelen alle som bruker helsenettet. Hjemmelen til å pålegge regionale helseforetak og kommuner plikt til å betale for helsenettet, inkluderer betaling for grunndata og helseID. For e-resept, kjernejournal og helsenorge.no omfatter forskriftshjemmelen regionale helseforetak og kommuner. I tillegg gir lovforslaget departementet hjemmel til å pålegge apotek og bandasjist å betale for e-resept.

Lovforslaget gir videre departementet hjemmel til å forskriftsfeste det nærmere innholdet i betalingsplikten, inkludert krav til løsningenes innhold, statlige foretaks ansvar for å tilby løsningene, dataansvar, hvilke virksomheter som omfattes, betalingspliktig beløp og fra hvilket tidspunkt betalingsplikten skal gjelde. Det går fram av lovforslaget at

virksomhetenes samlede betaling ikke skal overstige kostnadene til forvaltning og drift av løsningene.

Etter departementets vurdering bør plikt til betaling fra de regionale helseforetakene og kommunene være uavhengig av om løsningene faktisk er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomhet. Ansvaret for å sørge for helse- og omsorgstjenester til innbyggerne er lagt til alle landets regionale helseforetak og kommuner. De nasjonale løsningene er viktige for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne oppfylle ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester, og løsningene blir mer effektive jo flere aktører som benytter dem. Departementet legger vekt på at pålegg om betaling vil stimulere virksomhetene til å ta løsningene i bruk og på denne måten bidra til å øke nytten av løsningene. I en overgangsperiode mener departementet likevel at det bør tas hensyn til at flere av løsningene brukes i noe mindre grad av den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn av spesialisthelsetjenesten.

Det er i første rekke innbyggerne som vil nyte godt av at de nasjonale e-helseløsningene benyttes, enten direkte ved at de får tilgang til informasjon og kommunikasjon om egen helse, eller indirekte ved at helsepersonellet kan kommunisere tryggere og mer effektivt. Raskere tilgang til relevant og nødvendig informasjon i pasientbehandlingen bidrar til økt pasientsikkerhet og reduksjon av feilbehandlinger. Løsningene bidrar også til tidsbesparelser for personellet. Det er imidlertid vanskelig, basert på tilgjengelig dokumentasjon, å tallfeste den direkte nytten hver av løsningene har for henholdsvis spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Når det gjelder betalingsplikten for helsenettet, foreslår departementet at den for andre enn regionale helseforetak og kommuner skal knyttes til inngått avtale med Norsk helsenett SF om medlemskap i helsenettet. Dette innebærer en forenkling sammenlignet med tidligere forslag til e-heselov om at plikt til å betale kunne gjelde fra det tidspunktet plikten til å innføre helsenettet ble fastsatt i forskrift. Dette begrunnes med at det må forventes at kun et fåtall virksomheter som gjennom forskrift er pålagt plikt til å tilgjengeliggjøre helsenettet, ikke følger dette pålegget. Insentiveffekten av å kreve betaling fra det tidspunktet helsenettet er pålagt benyttet, vil derfor trolig være liten. Det vil videre kreve administrative ressurser å kontrollere hvilke virksomheter som til enhver tid er pålagt å gjøre tilgjengelig helsenettet i sin virksomhet, men som likevel ikke har gjennomført dette. Departementet ser derfor at det vil være ressursbesparende å videreføre eksisterende løsning. Sentralforvaltningen skal også betale medlemsavgift for helsenettet. Følgelig foreslås det at alle virksomheter som har tatt løsningen i bruk, skal betale.

Kjernejournal er tatt i bruk av aktørene i helse- og omsorgsektoren i stort omfang. I 2020 brukte 93 prosent av fastlegene og 99 prosent av legevaktene kjernejournal.<sup>4</sup> Det ble registrert 160 000 oppslag fra helsepersonell i mars 2021 fra akuttmedisinsk kjede og kommunal pleie- og omsorg totalt. Det gjøres flest oppslag fra helseforetak og fastlegekontor. Kjernejournal er i dag i bruk i totalt 552 virksomheter innenfor

---

<sup>4</sup> Utviklingstrekk 2021. E-helsetrender. Direktoratet for e-helse.

tjenesteområde sykehjem og hjemmetjenesten i kommunene.<sup>5</sup> Kjernejournal har kvantifiserbare gevinster både for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. E-resept er også i stor grad tatt i bruk av aktørene i helse- og omsorgssektoren. Løsningen er innført i sykehusene, og tatt i bruk av de fleste fastlegene og av legevakt, noe som dekker de største rekvirentene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det har vært en jevn økning i bruken siden innføringen i 2011. I desember 2020 var 92,3 prosent av alle utleverte pakninger med legemidler e-resepter og dette er omtrent det samme nivået som de siste fire årene. E-resept har både gevinster for pasientene, rekvirentene og for apotek og bandasjist. Det er bakgrunnen for at hjemmel om plikt til betaling foreslås gjeldende både for de regionale helseforetakene, kommunene og apotek og bandasjist.

Helsenorge.no skiller seg fra de andre løsningene ved at plikten er knyttet til å gjøre tjenester tilgjengelig via løsningen, og at primærformålet er å gjøre det enkelt og sikkert for innbyggerne å ha kontakt med helse- og omsorgstjenesten digitalt. Helsenorge.no gir tidsgevinster for pasientene og er et viktig verktøy for å realisere pasientens helsetjeneste, styrke befolkningens helsekompetanse og gi pasienten muligheten til å være en aktiv deltaker i å ivareta egen helse. I tillegg bidrar både den åpne informasjonen og utvikling av løsninger for selvbetjening og dialogtjenester til effektivisering for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det var 72,9 millioner besøk på helsenorge.no i 2020 og 43 millioner innlogginger. I 2020 var prøvesvar, som viser svar på koronatest og andre prøver, den mest brukte tjenesten med omtrent 9,6 millioner besøk. Tjenesten som gir innbyggerne oversikt over resepter og utleveringer var den nest mest besøkte med, digitalt innsyn i pasientjournal den tredje mest, og timeavtaler den fjerde mest brukte tjenesten i 2020. Forslag til hjemmel om betalingsplikt tar utgangspunkt i kommunenes og de regionale helseforetakenes ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester og omfatter både åpne informasjonstjenester til befolkningen, og selvbetjenings- og dialogtjenester for pasientene som gjøres tilgjengelig for avtalespesialistene, fastlegene og andre private virksomheter.

## Forslag til forskriftsbestemmelser

I dette høringsnotatet foreslår departementet forskriftsbestemmelser som innebærer at plikten til å betale for helsenettet innføres for regionale helseforetak og kommuner og for alle andre brukere av helsenettet fra 1. januar 2022. Regionale helseforetak og kommuner blir også pålagt å betale for grunndata og helseID fra samme tidspunkt.

Videre foreslår departementet at plikt til betaling for øvrige løsninger innføres for regionale helseforetak og kommuner fra 1. januar 2022. Departementet viser til at bevilgningene til forvaltning og drift av løsningene ble betydelig styrket i statsbudsjettet for 2019 og 2020 og at målet er å bidra til økt bruk og til bedre og mer driftssikre nasjonale e-helseløsninger gjennom å utvikle ny funksjonalitet, redusere teknisk gjeld og hente inn vedlikeholdsetterslep. Departementet viser til at regjeringen i budsjettframlegget for 2020 understreket at kommuner og regionale helseforetak framover vil bli belastet for

---

<sup>5</sup> Statusrapport 1. tertial 2021. Norsk helsenett.

veksten i kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale helseløsningene. Fordeling av kostnadsveksten vil ta utgangspunkt i ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester og i tillegg ta hensyn til mulighet for å ta løsningene i bruk.

Departementet foreslår også en plikt for apotek og bandasjist til å betale for e-resept fra 1. januar 2022. Betalingen fastsettes med utgangspunkt i virksomhetenes bruk og anslåtte gevinster av løsningen.

Regionale helseforetak og kommuner vil bli kompensert for eksisterende kostnader til forvaltning og drift som er bevilget over kapittel 701, post 70 og 72 i statsbudsjettet. I tillegg vil kommunene vil bli kompensert fullt ut for betalingen av medlemsavgift til helsenettet i 2022, jf. bevilgningen til kommunenes andel av medlemsavgiften over kapittel 701, post 70 på statsbudsjettet.

Departementet foreslår at beløpet den enkelte virksomhet skal betale til Norsk helsenett SF fastsettes i forskrift. Norsk helsenett SF vil være i en monopolsituasjon og bør derfor ikke fastsette størrelsen på betalingen. Departementet viser videre til at det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger skal vurdere tallgrunnlaget og gi råd til departementet. Utvalgets sammensetning og oppgaver foreslås regulert i § 18.

Se nærmere omtale nedenfor og i kapittel 6 Administrative og økonomiske konsekvenser.

#### **4.4.1 Beregning av kostnader og fastsetting av betalingen**

Departementet foreslår at betalingens størrelse fastsettes i forskrift basert på Norsk helsenett SFs vurdering av forventede kostnader og behandling i tekniske beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger. Departementet foreslår videre at rollen til det tekniske beregningsutvalget fastsettes i forskrift.

#### **Beregning av kostnader**

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

Alle kostnader til forvaltning og drift skal inngå i beregningsgrunnlaget. Nyutvikling vil medføre varig økning i drifts- og forvaltningskostnader som må tas inn i framtidig budsjettering. Forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene omfatter blant annet produkt- og applikasjonsledelse, versjonshåndtering, bruker- og kundehenvendelser, hendelses- og problemhåndtering (inkludert feilretting), funksjonelle og tekniske løst slik at løsningene skalerer og teknisk gjeld unngås. I tillegg kommer ivaretagelse av endrede krav til universell utforming, nødvendige løst som må ivaretas på plattformen som følge av at nye tjenester utvikles, og en rekke sikkerhetstiltak for å ivareta krav etter personvernforordningen. Når det gjelder helsenorge.no er etablering av standardprofiler for integrasjon for innsyn og forbedret arkitektur for å kunne utbre til nye aktører, aktuelle

eksempler. Drift omfatter produksjonsledelse, lisenser og driftshåndtering, tele- og datanettverk og datasenter mv.

## Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger

Departementet foreslår at oppgaver og sammensetning av teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger reguleres i forskrift. Utvalget skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenettet inklusive grunndata og helse-ID. Utvalget har representasjon fra kommunesektoren og KS, de regionale helseforetakene, private aktører som betaler for løsningene, Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse.

Utvalget skal gjennom arbeidet med å vurdere og kvalitetssikre tallmaterialet, bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen og til størst mulig grad av konsensus om nivå på og fordeling av kostnadene innenfor prinsippene for betalingsmodellen. Utvalgets vurderinger vil inngå som en sentral del av beslutningsgrunnlaget når betalingens størrelse skal fastsettes.

Direktoratet for e-helse legger fram resultatet av utvalgets arbeid for departementet. Norsk helsenett SF skal levere grunnlagsmaterialet til utvalget. Departementet understreker at utvalget kun gir råd til departementet og at størrelsen på betalingen og fordelingen mellom aktørene fastsettes i forskrift. Selv om det er en del av formålet med utvalget å bidra til størst mulig enighet om tallgrunnlaget og fordeling av betalingen, er det ikke et krav om konsensus. I tilfellene der aktørene har ulikt syn, skal dette gå fram av rapporten som sendes til departementet.

Departementet vil vurdere om det er behov for å justere mandatet til utvalget når det er besluttet hvordan betalingen for nasjonale e-helseløsninger skal reguleres. KS har blant annet pekt på at det tekniske beregningsutvalget ikke bør drøfte prinsippene for kostnadsfordeling mellom aktørene.

Departementet viser også til det pågående arbeidet med å videreutvikle styringsmodellen og etablere en mer helhetlig og forutsigbar oversikt over kostnader til forvaltning og drift, som kommer som konsekvens av tiltak i nasjonal e-helseportefølje. Dette er også etterspurt av teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger som mener det er behov for en tydeligere kobling mellom investeringsbeslutningene som tas i styringsmodellen og konsekvenser for nivået på kostnadene til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Se også punkt 2.2.4.

## Fastsetting av betalingen

Betalingens størrelse foreslås fastsatt basert på Norsk helsenett SFs forventede kostnader til forvaltning og drift i det kommende budsjettåret. Forslaget innebærer derfor ikke at virksomhetenes betaling for det enkelte år skal tilsvare de faktiske kostnadene i dette året, men at dette skal være tilfellet over tid. Det vil derfor ved fastsettelsen av betalingens størrelse i et bestemt år ikke bare være relevant å se hen til forventede kostnader i dette

året, men også til avviket mellom den faktiske betalingen for foregående år sammenlignet med de faktiske kostnadene. Dersom virksomheten fikk betalt mer enn en kostnadsdekning som tar høyde for en bærekraftig utvikling i tidligere år, kan den samlede betalingen for det nye året reduseres med differansen. Motsatt, kan det tas hensyn til at betalingen i foregående år ikke dekket kostnadene ved å øke den samlede betalingen for det nye året med differansen. Virksomhetene vil derfor ikke ha krav på tilbakebetaling dersom påløpte kostnader for et bestemt år er lavere enn innbetalt beløp.

Betalingen for de lovfestede nasjonale e-helseløsningene skal ikke fastsettes individuelt for hver enkelt virksomhet basert på forbruk eller andre objektive kriterier. Det må derfor etableres en priskategori som retter seg mot et ubestemt antall virksomheter og personer. Dette er å regne for et vedtak etter forvaltningsloven som krever forskrifts form. Forskriftsfesting av et kronebeløp for gruppen øvrige aktører vil gi virksomhetene høy grad av forutberegnelighet. Forskriften kan endres når alminnelige høringsprosesser er gjennomført. Dette gjør det mulig for departementet å foreslå årlige endringer i forskriften basert på kostnadsanslagene fra Norsk helsenett SF og vurderinger og innspill fra det tekniske beregningsutvalget.

Finansdepartementets rundskriv R-112/15 "Bestemmelser om statlig gebyr- og avgiftsfinansiering" gjelder "dersom hovedformålet med ordningen er å finansiere tjenesteproduksjon som er fastsatt ved lov, forskrift eller annet statlig regelverk og er rettet mot en person, virksomhet, næring eller sektor, hvor disse betaler for tjenester eller fordeler". Departementet legger til grunn at rundskrivet ikke gjelder direkte for regulering av betaling til privatrettslige rettssubjekter som Norsk helsenett SF, men at flere av prinsippene som legges til grunn i rundskrivet er vurdert ved utforming av lov- og forskriftsutkastet.

Det tekniske beregningsutvalget skal hvert år foreta en overordnet gjennomgang av tallmaterialet i løpet av våren basert på prognoser og forventet kostnadsutvikling for Norsk helsenett SF. Denne gjennomgangen vil både kunne danne grunnlag for justeringer i kostnadsnivået og fordeling mellom aktørene som igjen kan føre til endringer i forskriften. Departementet viser til at det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger våren 2021 har vurdert både nivå på og fordeling av kostnadene til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Teknisk beregningsutvalg støtter det tallgrunnlaget Norsk helsenett SF har presentert for 2022 med følgende forbehold: For bedre å forstå vekst i drift- og forvaltning ønsker utvalget fremover en tydeligere kobling mellom investeringer og beslutninger som skjer i den nasjonale styringsmodellen for e-helse, produktstyret for helsenorge.no og koronaporteføljen, og hvilken påvirkning det har på kostnadene til drift og forvaltning.

Når det gjelder fordeling av kostnadene har utvalget drøftet to hovedalternativer til kostnadsfordeling mellom aktørene: 1) fordeling basert på ansvar for pasientbehandling som innebærer lik fordeling for alle løsninger, og 2) fordeling som i tillegg til ansvar for pasientbehandling, tar hensyn til bruk av løsningene. I det andre alternativet var kostnadsveksten til kjernejournal og helseID fordelt 40 prosent på kommunene og 60 prosent på spesialisthelsetjenesten, men med lik fordeling for øvrig løsninger.

Utvalget ble ikke enige om et felles alternativ for fordeling av kostnadsveksten. De regionale helseforetakene mener at en lik fordeling er det riktige for å gi insentiv til å ta løsningene i bruk. Videre mener de at diskusjonene i større grad bør vektlegge gevinstene de nasjonale løsningene har både for tjenesten og pasientene i form av økt samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. Legeforeningen støttet de regionale helseforetakenes argumentasjon. Kommunene og KS går inn for et tredje alternativ med kostnadsfordeling basert på faktisk bruk (for eksempel innlogginger, oppslag, tellinger etc). Representantene for kommunesektoren mener at andre alternativer enten krever endringer i dagens lovverk, eller avtaleinngåelse med den enkelte kommune som part. Apotekforeningen ønsker at Norsk helsenett SF fordeler drift- og forvaltningskostnadene for e-resept mellom reseptformidleren og forskrivningsmodulen. Apotekforeningen viser til at apotekene ikke benytter forskrivningsmodulen, og mener derfor at de ikke skal betale for kostnadene til denne delen av e-resept.

Forskriftsutkastet § 17 fastsetter at betalingen kan justeres med forventet årlig prisstigning.

#### **4.4.2 Betaling for helsenettet**

Departementet foreslår å forskriftsfeste en plikt for regionale helseforetak, kommuner og fylkeskommuner til å betale Norsk helsenett SFs forventede kostnader til forvaltning og drift av helsenettet. Det samme gjelder privat virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med regionale helseforetak, helseforetak, kommuner eller fylkeskommuner og virksomheter som er godkjent for fritt behandlingsvalg etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3, og apotek og bandasjister. Alle virksomheter som faktisk benytter helsenettet, skal også betale for løsningen. For regionale helseforetak og kommuner inkluderer forslaget også kostnader til forvaltning og drift av grunndata og helseID. Departementet anbefaler at betalingsplikten innføres for alle aktører fra 1. januar 2022.

Forslaget innebærer i hovedsak en forskriftsfesting av eksisterende praksis med betaling av medlemsavgift for helsenettet. De regionale helseforetakene, fylkeskommunene (primært den offentlige tannhelsetjenesten), fastlegene, tannlegene og andre private virksomheter i helse- og omsorgstjenesten som benytter helsenettet, betaler i dag en medlemsavgift fastsatt av Norsk helsenett SF. Kommunenes bidrag til finansiering av forvaltning og drift av helsenettet er i dag bevilget over statsbudsjettet og forskriftsendringen innebærer gjeninnføring av ordningen fra før 2018 med medlemsavgift for kommunene. Midlene vil bli tilbakeført til kommunerammen, inkludert styrkingen i budsjettet for 2020. Det økte bidraget til finansiering av helsenettet og kostnadsveksten for øvrige nasjonale e-helseløsninger ble tatt hensyn til ved fastsettelsen av veksten i frie inntekter til kommunesektoren i 2020.

Departementet foreslår at prinsippene for beregning av medlemsavgiften for helsenettet i hovedsak videreføres, men at kostnadene til forvaltning og drift av grunndata og helseID inkluderes i medlemsavgiften til regionale helseforetak og kommuner. Departementet legger vekt på at grunndata og helseID er grunnleggende tjenester og komponenter som



løser felles behov og kan gjenbrukes på tvers av e-helseløsningene. Grunndata og helseID reduserer terskelen for å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger, og gir større mulighet for å realisere gevinster av løsningene. Elementer av grunndata brukes i dag av de fleste virksomheter både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet legger vekt på at et pålegg om betaling vil stimulere virksomhetene til å ta løsningene i bruk og på denne måten bidra til å øke gevinstene. Eksisterende kostnader til forvaltning og drift av grunndata og helseID foreslås fordelt likt mellom regionale helseforetak og kommunene. Tilsvarende kompenseres både regionale helseforetak og kommuner for med halvparten hver av midlene som er bevilget til dette formålet i statsbudsjettet for 2021. Departementet foreslår at kostnadsveksten for grunndata fra 2021 til 2022 også fordeles likt mellom regionale helseforetak og kommuner. Elementer av grunndata brukes i dag av de aller fleste virksomheter både i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Grunndata er viktig for pasientsikkerheten og tilrettelegger for gevinstrealisering av andre løsninger, for eksempel elektronisk meldingsutveksling og helseID. Når det gjelder kostnadsveksten for helseID, foreslår departementet at regionale helseforetak betaler 60 prosent av kostnadsveksten og kommunene 40 prosent fra 2021 til 2022 fordi løsningen foreløpig i mindre grad er tatt i bruk i kommunene. Den enkelte virksomhet må selv dekke kostnader til e-ID for egne ansatte.

Eksisterende modell for betaling for helsenettet er en modell for fordeling mellom de ulike medlemsgruppene som verken er basert på bruk eller størrelse, men på en pragmatisk løsning fra det tidspunktene medlemsavgiften ble innført, og tilpasset etter hvert som nye kundegruppene har kommet til. I dag opererer Norsk helsenett SF med fem ulike kategorier av medlemmer: Regionale helseforetak, kommuner, fylkeskommuner, private sykehus og øvrige medlemmer. Det er tre forskjellige prismodeller: én for fakturering av regionale helseforetak, én for kommunene over statsbudsjettet, og én modell for fakturering av fylkeskommuner, private sykehus, andre private aktører og øvrige medlemmer.

Ved gjeninnføring av medlemsavgift for kommunene foreslår departementet en justering som innebærer at betalingen fordeles på den enkelte kommune etter fordelingsnøkklene i inntektssystemet for kommunene. Kompensasjonen for eksisterende kostnader vil bli fordelt etter samme nøkkel som betalingen.

For de regionale helseforetakene og kommunene foreslår departementet at kostnadene til forvaltning og drift for grunndata og helseID legges inn i medlemsavgiften og på sikt fordeles likt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Virksomhetene vil i tillegg ha lokale kostnader knyttet til forvaltning og drift av e-ID.

På bakgrunn av dette foreslår departementet følgende betalingsmodell for helsenettet:

- Kostnadene for forvaltning og drift av helsenettet skal betales av regionale helseforetak, kommuner, fylkeskommuner og øvrige aktører. Dette gjelder ikke kostnadene for forvaltning og drift av grunndata og helseID som fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner.

- Regionale helseforetak skal for 2022 betale Norsk helsenett SF et beløp på 72,6 mill. kroner til forvaltning og drift av helsenettet og 53,1 mill. kroner for drift av grunndata og helseID. Kostnadene fordeles mellom de regionale helseforetakene etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisbevilgningen.
- Landets kommuner skal for 2022 betale Norsk helsenett SF et beløp på 70,6 mill. kroner til forvaltning og drift av helsenettet og 52,7 mill. kroner til forvaltning og drift av grunndata og helseID. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter fordelingsnøkklene i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.
- De enkelte fylkeskommunene skal betale Norsk helsenett SF et fast beløp på 9 821 kroner per måned til forvaltning og drift av helsenettet.
- Øvrige aktører skal betale Norsk helsenett SF et fast beløp på kroner 1 214 per måned per virksomhet til forvaltning og drift av helsenettet.

Beløpene er oppgitt i 2021-kroner og vil bli prisjustert. Departementet viser til at både kommuner og regionale helseforetak vil bli kompensert for kostnader til grunndata og helseID med midler som i 2021 er bevilget over kapittel 701 post 21 i statsbudsjettet. Det innebærer at det er veksten i kostnader som vil bli belastet disse aktørene. Ved gjeninnføring av medlemsavgiften i 2022 vil kommunesektoren bli fullt ut kompensert med midlene som er bevilget til dette formålet over kapittel 701 post 70 i statsbudsjettet for 2021. Se også omtale i kapittel 6 Administrative og økonomiske konsekvenser.

#### **4.4.3 Betaling for kjernejournal, e-resept og helsenorge.no**

Departementet foreslår å forskriftsfeste en plikt for regionale helseforetak og kommuner til å betale Norsk helsenett SF forventede kostnader til forvaltning og drift av e-resept, kjernejournal og helsenorge.no fra 1. januar 2022. Plikten gjelder uavhengig av om løsningene faktisk er tatt i bruk av virksomhetene. Videre foreslår departementet en plikt for apotek og bandasjister til å betale for e-resept.

Det betyr at plikten omfatter alle aktører som mottar e-resepter og dermed nyter godt av tjenesten. Forslaget innebærer at betalingens størrelse fastsettes for ulike grupper av virksomheter, ikke for den enkelte virksomhet.

Departementet foreslår at betalingen for e-resept, kjernejournal og helsenorge.no baseres på en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale løsninger som kommer pasientene til gode og som i tillegg tar hensyn til virksomhetenes nytte av løsningene. Departementet viser i denne sammenheng 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.

Betalingsmodellen bør være enkel å forvalte, stabil over tid, reflektere faktiske og mulige gevinster og stimulere til bruk av fellesløsninger. Kostnadsfordelingen bør gi en relativt rettfærdig fordeling av den økonomiske byrden og i rimelig grad reflektere fordelingen av gevinster mellom aktørene. Det er, basert på tilgjengelig dokumentasjon av gevinster av løsningene, vanskelig å tallfeste den direkte nytten hver av løsningene har for henholdsvis spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er imidlertid pasientene som samlet sett har den største nytten av løsningene, både tidsgevinster og gevinster knyttet til kvalitet på tilbudet.

Departementet legger vekt på at pasientenes gevinster av løsningene skal være et viktig grunnlag for å fastsette fordelingen mellom aktørene. Både de regionale helseforetakene og kommunene har ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen, og de nasjonale løsningene er viktige for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne oppfylle ansvaret for å tilby tjenester til befolkningen. Departementet viser til at budsjettene og antall årsverk til henholdsvis spesialisthelsetjenester og helse- og omsorgstjenester i kommunene, totalt sett, er på om lag samme nivå. Etter departementets vurdering er det på bakgrunn av dette hensiktsmessig at de regionale helseforetakene og kommunene betaler en like stor andel av kostnadene. Departementet har derfor som utgangspunkt at kostnadene til forvaltning og drift av e-resept, kjernejournal og helsenorge.no fordeles likt mellom regionale helseforetak og kommuner. Tilsvarende kompenseres både regionale helseforetak og kommuner med halvparten hver av midlene som er bevilget til dette formålet i budsjettet for 2021. I en overgangsperiode mener departementet likevel at fordelingen av kostnadsveksten bør ta hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk. Videre kan det også være situasjoner der andre forhold knyttet til videreutvikling av løsningene gjør det aktuelt å vurdere ulik fordeling av kostnadsveksten.

Apotek og bandasjisters betaling for e-reseptløsningen bør som nevnt baseres på virksomhetenes nytte av løsningen. Direktoratet for e-helse har anslått at apotek og bandasjister basert på vurdering av nytten, bør betale til sammen 11 prosent av kostnaden til forvaltning og drift av e-resept.

Fordelingen av kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger mellom de regionale helseforetakene, bør etter departementets vurdering ta utgangspunkt i fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisbevilgningen. Fordelingen av kostnader mellom helseforetakene innenfor en region bør bestemmes av det enkelte regionale helseforetak.

Når det gjelder fordeling mellom kommunene, foreslår departementet at fordelingen baseres på eksisterende fordelingsnøkler i inntektssystemet for kommunene. Fordeling av kostnader og fordeling av kompensasjon mellom kommunene vil baseres på samme fordelingsnøkkel.

Departementet foreslår videre at fordeling av kostnadene mellom apotekene og mellom bandasjistene tar hensyn til bruken av løsningene.

## Betaling for kjernejournal

Departementet foreslår at regionale helseforetak og kommuner fra 1. januar 2022 årlig skal betale Norsk helsenett SF for forventede kostnader til forvaltning og drift av kjernejournal.

Kjernejournal er en nasjonal e-helseløsning som er etablert for å øke pasientsikkerheten. Kjernejournal er innført ved alle sykehus, alle legevakter og ved alle fastlegekontorene. Kjernejournal er tilgjengeliggjort fra Norske helsenett SF og tatt i bruk av aktørene i helse- og omsorgsektoren i stort omfang. Videre foreslår departementet at helseforetakene pålegges en plikt til å gjøre kjernejournal tilgjengelig fra 1. januar 2022, se punkt 4.3.2. Fastlegene og legevakt er også foreslått omfattet av en slik plikt. For virksomheter i kommunal helse- og omsorgstjeneste foreslås plikten først innført fra 1. januar 2024, men allerede ved forskriftens ikrafttredelse vil mange kommuner ha gjort kjernejournal tilgjengelig for sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester.

Kjernejournal har kvantifiserbare gevinster både for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Helsepersonell vil spare tid på å innhente og kvalitetssikre opplysninger om pasienten ved å benytte kjernejournal, men den største gevinsten av kjernejournal er knyttet til ikke-kvantifiserbare virkninger som bedre pasientsikkerhet og færre tilfeller av feil behandling. Se nærmere omtale av gevinster for kommunene under punkt 4.3.2.

Departementet viser til det ansvaret både regionale helseforetak og kommuner har for å sørge for tjenester til befolkningen, og mener at kostnadene til forvaltning og drift av kjernejournal i utgangspunktet bør fordeles likt mellom regionale helseforetak og kommuner. I en overgangsperiode foreslår departementet likevel at en større del av kostnadsveksten legges på regionale helseforetak fordi helseforetakene foreløpig benytter kjernejournal i større grad enn kommunene og har større gevinster av løsningen. I 2022 foreslår departementet at regionale helseforetak dekker 60 prosent av kostnadsveksten og kommuner 40 prosent av kostnadsveksten. Forslaget til fordeling er ikke basert på faktisk bruk, men tar hensyn til dagens bruk i spesialisthelsetjenesten (inkludert avtalespesialister, private sykehus) og helse- og omsorgstjenesten i kommunene (fastleger, legevakt og pleie- og omsorgstjenesten) og forventninger om bruk når betalingsplikten inntreffer.

På bakgrunn av dette foreslår departementet følgende betalingsmodell for kjernejournal:

- Regionale helseforetak skal samlet betale 48,5 mill. kroner til forvaltning og drift av kjernejournal. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøklerne i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.
- Kommuner skal samlet betale 46,7 mill. kroner til forvaltning og drift av kjernejournal. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter fordelingsnøklerne i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.

Beløpene er oppgitt i 2021-kroner og vil bli prisjustert. Regionale helseforetak og kommuner vil bli kompensert for kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-

helseløsninger tilsvarende bevilgningen over kapittel 701, post 21 i statsbudsjettet for 2021, men må dekke veksten i kostnader til kjernejournal framover.

Betalingen kan tillegges forventet årlig prisstigning, se forskriftsutkastets § 17.

## Betaling for e-resept

Departementet foreslår at regionale helseforetak og kommuner fra 1. januar 2022 årlig skal betale Norsk helsenett SF for forventede kostnader til forvaltning og drift av e-resept. Tilsvarende foreslås for apotek og bandasjist fra samme tidspunkt.

E-resept er tilgjengeliggjort fra Norske helsenett SF og tatt i bruk av aktørene i helse- og omsorgssektoren i stort omfang. E-resept er innført i sykehusene og i stor grad tatt i bruk av de største rekvirentene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fastlegene og legevakt. Fastlegene står for en betydelig andel av rekvirering av e-resepter. E-resept er i begrenset grad tatt i bruk av rekvirenter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. E-resept har tallfestede gevinster både for pasienter, rekvirenter og apotek. Særlig pasientene har betydelige gevinster av e-resept, både direkte gjennom tidsgevinster og økt pasientsikkerhet.

For regionale helseforetak omfatter forslaget om å forskriftsfeste betalingen for e-resept avtalespesialistene som del av spesialisthelsetjenesten, og for kommunene fastlegene som en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet legger vekt på at fordeling av kostnader skal reflektere aktørenes ansvar for pasientbehandlingen og i tillegg ta hensyn til gevinster av løsningene. Departementet vurderer at gevinstene av løsningen er omtrent likt fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunal helse- og omsorgstjenesten, selv om ikke alle rekvirenter i den kommunale pleie- og omsorgstjeneste benytter e-resept. Departementet foreslår at betalingen for e-resept fordeles likt mellom regionale helseforetak og kommuner. Det er ikke beregnet kostnadsvekst utover prisjustering og regionale helseforetak og kommuner kompenseres for eksisterende kostnader. Når det gjelder veksten i kostnader til forvaltning og drift framover, kan det imidlertid være aktuelt å vurdere fordelingen basert på eventuelle forskjeller i potensialet for bruk.

Departementets forslag om å innføre en plikt for apotekene og bandasjistene til å betale for e-resept er knyttet til virksomhetenes nytte av løsningen. Den samfunnsøkonomiske analysen som ble gjennomført i sammenheng med etablering av e-resept og som ble oppdatert på noen områder i 2019, anslår at 11 prosent av den kvantifiserte nytten av løsningen tilfaller apotek og bandasjist. På bakgrunn av dette foreslår departementet at apoteket og bandasjist skal betale 11 prosent av kostnadene til drift og forvaltning av e-resept.

Departementet foreslår følgende betalingsmodell for e-resept:

- Regionale helseforetak skal betale Norsk helsenett SF 54,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøklerne i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

- Kommuner skal betale Norsk helsenett SF 54,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter fordelingsnøkklene i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.
- Apotek og bandasjister skal betale Norsk helsenett SF 13,4 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles på virksomhetene etter forholdstall som tar hensyn til bruken av løsningen. Med bandasjist menes virksomhet som nevnt i reseptformidlerforskriften § 1-3 nr. 6.

Beløpene er oppgitt i 2021-kroner og vil bli prisjustert. Regionale helseforetak og kommuner vil bli kompensert for kostnadene til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger tilsvarende bevilgningen over statsbudsjettet i 2021. Det er ikke beregnet kostnadsvekst utover det som vil komme av prisjustering i 2022.

Departementet foreslår at fordeling av kostnadene mellom apotekene og mellom bandasjistene gjøres ved å knytte fordelingen til apotek- og bandasjistikjedenes oppslag i e-resept. Alternativt vil fordelingen kunne knyttes til omsetningstall slik at apotek og bandasjister med høy omsetning betaler mer enn virksomheter med lav omsetning. Departementet ber spesielt om høringsinstansenes syn på hva som er den mest hensiktsmessige løsningen for fordeling av kostnadene mellom apotekene og mellom bandasjistene.

Betalingen kan tillegges forventet årlig prisstigning, se forskriftsutkastet § 17.

## Betaling for helsenorge.no

Departementet foreslår at regionale helseforetak og kommuner fra 1. januar 2022 skal betale Norsk helsenett SF for årlige forventede kostnader til forvaltning og drift av helsenorge.no.

Helsenorge.no har store gevinster for innbyggere og pasienter og er et viktig verktøy i å realisere pasients helsetjeneste og styrke befolkningens helsekompetanse og pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse. Norsk helsenett SF har plikt til å gjøre helsenorge.no tilgjengelig både for innbyggere og for helseforetak, kommuner og andre helsevirksomheter som ønsker å benytte løsningen.

Departementet legger vekt på at en plikt til å betale for helsenorge.no skal være et virkemiddel for å nå målet om at helsenorge.no skal være innbyggernes hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett. Helsenorge.no er tilgjengelig for alle innbyggere som ønsker digital kontakt med helsesektoren, og over 4 millioner innbyggere har aktivt samtykket til bruk av innloggede tjenester. Alle innbyggere har gjennom helsenorge.no tilgang til generelle råd om helse og livsstil, og kvalitetssikret informasjon om behandlinger, rettigheter og kliniske studier. Ved å logge seg inn får innbyggerne tilgang til tjenester som hjelper dem å følge opp egen helse.

Helsenorge.no har et omfattende tilbud av informasjon og tjenester som er en del av det generelle helsetjenestetilbudet og støtter både helseforetak og kommuner i å oppfylle sørge-for-ansvaret. Virksomhetene får tilgang til en plattform og en sikker kanal for

kommunikasjon med innbyggerne. Både regionale helseforetak og kommuner benytter og tilbyr allerede i stor grad løsninger på helsenorge.no til pasienter og brukere. På sikt skal alle innbyggere som ønsker det, ha mulighet for selvbetjening av behandlingsforløp, digital dialog og innsynstjenester gjennom helsenorge.no. Informasjons- og innbyggertjenester på helsenorge.no bidrar både til realisering av målet om pasientens helsetjeneste, og til effektivisering for helsetjenesten. Et aktuelt eksempel er innsyn i prøvesvar som i sammenheng med koronapandemien brukes av flere hundre tusen innbyggere hver måned og som gir en betydelig lettelse i arbeidsbelastningen for teststasjoner og kommunale helsetjenester. Inntil selvbetjeningsløsningen kom på plass, kontaktet kommunen den enkelte innbygger på telefon for å orientere om testresultatet.

Det er også tjenester på helsenorge.no som ikke inngår i obligatorisk samfinansiering, men som faktureres aktørene som benytter tjenestene. Det gjelder felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten som faktureres regionale helseforetak og tjenester for helseregistre og forskning som faktureres Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, regionale helseforetak og andre brukere av tjenestene.

På denne bakgrunn foreslår departementet at regionale helseforetak og kommuner blir pålagt å betale for forvaltning og drift av helsenorge.no med unntak av tjenestene som ikke inngår i samfinansieringsmodellen. Departementets vurdering er at en plikt til å betale for helsenorge.no vil stimulere virksomhetene til å gjøre flere tjenester tilgjengelig på helsenorge.no og på den måten bidra til økte gevinster for pasientene og helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene har gevinster av tjenestetilbudet på helsenorge.no, både rene informasjonstjenester til innbyggerne og innloggingstjenester. Med utgangspunkt i målet om at helsenorge.no skal være pasientenes felles inngangsport til offentlige helse- og omsorgstjenester på internett, mener departementet at regionale helseforetak og kommuner bør betale halvparten hver av kostnadene til forvaltning og drift. I en overgangsperiode foreslår departementet likevel at en større del av kostnadsveksten legges på regionale helseforetak fordi helseforetakene har noe større utbredelse og bruk av løsninger på helsenorge.no enn helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Departementet foreslår derfor at veksten i kostnader til forvaltning og drift av helsenorge.no fordeles med 60 prosent på regionale helseforetak og 40 prosent på kommunene i 2022.

Departementet foreslår følgende betalingsmodell for helsenorge.no:

- Regionale helseforetak skal samlet betale til Norsk helsenett SF et årlig beløp på 129,1 mill. kroner til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisbevilgningen mellom de regionale helseforetakene.
- Kommuner skal samlet betale til Norsk helsenett SF et årlig beløp på 119,6 mill. kroner til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter fordelingsnøklene i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.

Beløpene er oppgitt i 2021-kroner og vil bli prisjustert. Regionale helseforetak og kommuner vil bli kompensert for kostnadene til forvaltning og drift av helsenorge.no tilsvarende bevilgningen til formålet over statsbudsjettet i 2021.

Betalingen kan tillegges forventet årlig prisstigning, se forskriftsutkastet § 17.

## **4.5 Norsk helsenett SFs tilgang til folkeregisteropplysninger**

Departementet foreslår endringer i pasientjournalloven § 21 ved at det innføres et nytt andre og tredje ledd.

Folkeregisteropplysninger utgjør en viktig komponent i helsenettet. Departementet foreslår at Norsk helsenett SF kan innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt. Departementet foreslår videre at det kan etableres en egen kopi av Folkeregisteret, som også kan sammenstilles med andre nødvendige opplysninger. I tillegg presiseres at Norsk helsenett SF skal kunne dele opplysningene med aktører i helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen, som selv har hjemmel til å motta slike opplysninger. Videre foreslås det at departementet kan gi nærmere bestemmelser i forskrift.

Adgangen til å innhente personopplysninger fra Folkeregisteret og plikt til å gjøre opplysningene tilgjengelige er behandlingsgrunnlag etter personopplysningsloven, jf. personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c og artikkel 9 nr. 2 bokstav g.

Adgangen til å innhente personopplysninger er knyttet til utførelse av oppgaver etter pasientjournalloven og helseregisterloven og øvrige oppgaver pålagt helseforvaltningen i lov eller forskrift.

Forslag til endringer i pasientjournalloven § 21 er uavhengig av de øvrige forslagene om plikt til å tilgjengeliggjøre og betale for de nasjonale e-helseløsningene.

## **5 Departementets vurdering av forholdet til annen lovgivning**

### **5.1 Forholdet til kommuneloven**

Kommuner og fylkeskommuner er selvstendige, politisk valgte og styrte forvaltningsnivåer. Det er derfor nødvendig å lov- og forskriftsregulere pålegg om tilgjengeliggjøring og bruk av nasjonale e-helseløsninger og betaling for disse.

Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 2-2 første ledd bestemmer at "det kommunale og fylkeskommunale selvstyret bør ikke begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål". Departementets forslag om å pålegge virksomheter, herunder kommuner og fylkeskommuner, som yter helse- og omsorgstjenester å tilgjengeliggjøre nasjonale e-helseløsninger for virksomhetenes helsepersonell og ta i bruk helsenorge.no, er begrunnet i nasjonale mål om pasientsikkerhet og effektiv helsehjelp samt plikten til å yte forsvarlig helsetjenester. Det er i første rekke innbyggerne som vil nyte godt av at de nasjonale e-helseløsningene



benyttes, enten direkte ved at de får tilgang til informasjon og kommunikasjon om egen helse, eller indirekte ved at helsepersonellet kan kommunisere tryggere og mer effektivt. Raskere tilgang til relevant og nødvendig informasjon i pasientbehandlingen bidrar til økt pasientsikkerhet og reduksjon av feilbehandlinger. Løsningene bidrar også til tidsbesparelser for personellet.

Pålegg om tilgjengeliggjøring og bruk er nødvendig for å nå nasjonale mål om pasientsikkerhet, effektiv helsehjelp. Departementet legger vekt på at pålegg om betaling vil stimulere virksomhetene til å ta løsningene i bruk og på denne måten bidra til å øke nytten av løsningene.

De nasjonale løsningene vil gjøre kommunene bedre i stand til å ivareta lovpålagte oppgaver knyttet til helse- og omsorgstjenester herunder plikten til å sørge for å tilby nødvendige helsetjenester til kommunens innbyggere. Se også punkt 2.3 om betydningen av de nasjonale e-helseløsningene.

## **5.2 Forholdet til EØS-retten**

### **5.2.1 Forholdet til reglene om fri bevegelighet**

Pålegg overfor helsevirksomhetene om å gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige for bruk i virksomhetene vil kunne anses som en restriksjon på enkelte øvrige tjenesteytelser i markedet, jf. EØS artikkel 36 om frihet til å yte tjenester. En restriksjon er ifølge rettspraksis lovlig dersom den er et egnet og nødvendig tiltak for å oppfylle et legitimt formål. Inngrepet i det frie markedet må være forholdsmessig.

Det følger direkte av EØS-avtalen artikkel 13 at restriksjoner begrunnet i vernet om menneskers liv og helse utgjør et legitimt formål. Påleggene om at helsepersonell i virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal ha tilgang til helsenettet, e-resept, kjernejournal og tjenestene på helsenorge.no skal bidra til nasjonal utbredelse av løsningene og et mer enhetlig og effektivt helsetilbud, og dermed økt behandlingskvalitet og pasientsikkerhet for innbyggerne.

Departementet mener at innføring av pålegg er et egnet og nødvendig tiltak for å oppnå og opprettholde nasjonal utbredelse av løsningene.

#### **Økt samhandling gjennom bruk av sterkere virkemidler**

Flere helsevirksomheter enn tidligere er involvert i behandling og oppfølging av samme pasient. Det er derfor et økende behov for å utveksle informasjon mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Målet om pasientens helsetjeneste stiller også høyere krav til at informasjon følger pasienten gjennom hele forløpet. Dette er nærmere omtalt i kapittel 2 og punkt 4.3. Nasjonal digital infrastruktur og de nasjonale samhandlingsløsningene blir følgelig en stadig mer integrert del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Departementet mener at forslaget til nye bestemmelser i pasientjournalloven er et nødvendig virkemiddel for tydeligere nasjonal styring av den nasjonale e-helseutviklingen. Dette er i tråd med OECDs vurderinger av behovet for fundamentale

endringer i lover, organisering og finansierings- og styringsmodeller for å understøtte en ny digital virkelighet. Som omtalt i punkt 2.1 peker OECD på strukturer som ble etablert i den "før-digitale-tiden" som forklaring på at digitalisering i helse- og omsorgssektoren går sakte.

Norge var tidlig ute med å ta i bruk elektroniske pasientjournalssystemer. De enkelte helsevirksomhetene anskaffet løsninger i markedet ut fra egne behov og prioriteringer. Mangfoldet av systemer har gjort det vanskelig å få til samhandling, da løsningene primært har vært utviklet for virksomhetenes egen oppgaveløsning og ikke for informasjonsdeling med andre systemer og virksomheter. Dette har resultert i et fragmentert IKT-landskap hvor informasjon om pasienten er lagret i mange ulike systemer hos mange ulike aktører. Utviklingen av elektronisk samhandling har også vist seg krevende som følge av at den offentlige helse- og omsorgstjenesten er fordelt på flere tusen helsevirksomheter med ulike styringslinjer og systemer fra en lang rekke forskjellige leverandører.

Både arbeidet med prosjektet "Nasjonalt meldingsløft" og innføringen av e-resept viste at det var behov for detaljert teknisk koordinering og stor grad av samtidighet i innføringen hos helsevirksomhetene for å oppnå nytte av løsningene. Eksempelvis startet den nasjonale innsatsen for elektronisk meldingsutveksling i perioden 2002-2004 gjennom etablering av de første meldingsstandardene og adresseregisteret. I 2008 ble innsatsen styrket gjennom prosjektet "Nasjonalt meldingsløft", som skulle bidra til å få fart på utbredelsen av elektronisk meldingsutveksling gjennom sterkere koordinering, veiledning og bruk av insentiver. Det tok imidlertid svært lang tid å få et flertall av landets helsevirksomheter til å bestille nødvendig systemstøtte for meldingsutveksling.

I 2014 leverte Riksrevisjonen en kritisk rapport om meldingsutvekslingen i helse- og omsorgstjenesten, der de blant annet etterlyste sterkere virkemiddelbruk. Rapporten førte også til en høring i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomite. I innstillingen (Innst. 67 S (2014–2015)) uttalte komiteen blant annet at staten burde supplere koordineringsaktiviteter med sentral styring og ledelse på IKT-området. I 2015 ble det vedtatt en forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten som pålegger alle helsevirksomheter å føre behandlingsrettede helseregistre elektronisk, og fastsetter obligatoriske standarder for meldingsutvekslingen.

Departementet mener at hovedansvaret for digitalisering fortsatt skal ligge hos de enkelte virksomhetene. Erfaringen fra de siste tiårene viser at det i tillegg er behov for utvikling av nasjonal infrastruktur og utvalgte nasjonale løsninger. Etter EØS-avtalen står landene i utgangspunktet fritt til å innrette sin helsetjeneste på en hensiktsmessig måte. I tillegg til retningslinjer, standarder og krav til arkitektur, terminologi, informasjonssikkerhet mv., som den enkelte helsevirksomhet må følge opp, har staten tatt ansvar for å etablere grunnleggende digital infrastruktur og utvalgte fellesløsninger for helse- og omsorgssektoren. Tilsvarende er utviklet i flere europeiske land. De andre nordiske landene, England med flere, har alle tilsvarende løsninger som de norske nasjonale e-helseløsningene omhandlet nedenfor.

De nasjonale e-helseløsningene helsenetten, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no er nødvendige for å oppfylle regionale helseforetaks og kommuners lovpålagte plikt til å sørge for at innbyggerne gis gode helse- og omsorgstjenester. For hver av løsningene nødvendiggjør hensynet til pasientsikkerhet, personvern og effektiv offentlig ressursbruk at det etableres én løsning under offentlig kontroll.

### Nærmere om de nasjonale e-helseløsningene

Alle deler av helse- og omsorgstjenesten er i dag avhengig av å kunne kommunisere elektronisk med hverandre for å kunne yte gode, effektive og forsvarlige tjenester.

*Helsenettet* er en nasjonal kommunikasjonsløsning som binder aktører og systemer sammen og muliggjør sikker utveksling av opplysninger. Et offentlig nasjonalt ansvar for driften sikrer stabilitet og tilgjengelighet i hele landet. Et enhetlig nasjonalt helsenett som krever medlemskap, gjør det også mulig å holde oversikt over trafikken mellom aktørene. Dette styrker informasjonssikkerheten og tilliten til at opplysningene behandles på en trygg måte. Digitalisering av den offentlige helse- og omsorgstjenesten gir økende behov for en høytilgjengelig kommunikasjonsløsning. Det ville verken være fornuftig bruk av offentlige ressurser eller sannsynlig at det skulle etableres flere tilsvarende kommunikasjonsløsninger i sektoren. Det er likevel en målsetting å bruke markedet til utviklingen av helsenetten i størst mulig grad.

*E-resept* er en nasjonal løsning for sikker formidling av reseptinformasjon. Ved at reseptene lagres nasjonalt i én nasjonal reseptformidlerløsning, har både rekvirenter, apotek og innbyggere tilgang til en oppdatert liste over pasientens resepter. Slik får helsepersonell bedre oversikt over pasientenes totale medisinbruk, risikoen for feil i forskrivning og utlevering reduseres, og pasienter kan selv velge fra hvilket apotek de ønsker å hente sine medisiner. Det er sentralt for oppfyllelsen av formålet med løsningen at all reseptinformasjon er tilgjengelig ett sted, og at aktørene kan ha tillit til at informasjonen viser hele bildet.

*Kjernejournal* er en nasjonal løsning med viktig pasientinformasjon som gjøres tilgjengelig for helsepersonell med tjenstlige behov. Det sentrale målet med kjernejournal er bedre pasientsikkerhet. Ved at utvalgt informasjon om pasientene er samlet i én felles løsning, kan helsepersonell ha tilgang til denne uavhengig av kilden for informasjonen og status på kildesystemene. Ved at helsepersonellet har en enhetlig kilde til informasjon, kan de ha tillit til at informasjonen er helhetlig og oppdatert til enhver tid. Innbyggerne har også tilgang til egen kjernejournal gjennom helsenorge.no.

*Helsenorge.no* tilbyr informasjon om helse til innbyggerne og løsninger for offentlige helse- og omsorgstjenesters kontakt med innbyggerne. Med én helseportal som inngangsport til offentlige helse- og omsorgstjenester på nett får pasienter og innbyggere en helhetlig oversikt over helseopplysningene om seg og sin kontakt med helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av hvor de bor og hvilken helsevirksomhet de til enhver tid mottar tjenester fra. I portalen får innbyggerne også mulighet til å kontakte helse- og omsorgstjenesten på en sikker måte, uavhengig av hvem behandler er og hvilke tekniske løsninger denne benytter. For innbyggerne framstår en fragmentert sektor mer helhetlig

gjennom en felles portal. Alternativet er at innbyggerne må forholde seg til mange ulike nettstedet og brukergrensesnitt, og at helsevirksomhetene må bruke ressurser på å løse de samme behovene for kontakt med innbyggerne hver for seg.

Gjennom åpne og standardiserte grensesnitt legges det til rette for verdiskapning ved at private aktører og leverandører kan gjenbruke felles funksjonalitet og infrastruktur.

Pålegg om at alle relevante helsevirksomheter skal gjøre løsningene tilgjengelig for personell er viktig både for å sikre at informasjonen i løsningene er komplett og for å realisere de potensielle gevinstene. Verdien av de nasjonale e-helseløsningene er størst når alle relevante aktører har tatt de i bruk. I tillegg ville etablering av flere parallelle løsninger medføre høyere kostnader. Se nærmere omtale av de nasjonale e-helseløsningene i punkt 2.3.

### **Forholdet til private leverandører og muligheten for næringsutvikling**

Norsk helsenett SF har ansvaret for de nasjonale e-helseløsningene på vegne av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten. De nasjonale e-helseløsningene skal gi grunnleggende samhandlingsfunksjonalitet som er nødvendig for at helsevirksomhetene skal kunne gi innbyggere og pasienter et mer helhetlig helsetilbud.

De eksisterende nasjonale løsningene er i stor grad basert på anskaffelser fra private leverandører og er eksempler på at markedet benyttes aktivt i arbeidet med å digitalisere den offentlige helse- og omsorgstjenesten. I dag står kommersielle leverandører for mer enn 80 prosent av infrastrukturleveransene knyttet til helsenettet. Kjernejournal ble utviklet av en privat leverandør utvalgt etter en offentlig anskaffelse basert på konkurransepreget dialog, der leverandørmarkedet har vært benyttet til å finne den beste løsningen. Reseptformidleren i e-reseptløsningen er utviklet av en privat leverandør utvalgt etter en offentlig anskaffelse. Helsenorge.no er utviklet med vesentlige bidrag fra private leverandører.

For å legge til rette for innovasjon og næringsutvikling, er det i henhold til regjeringens digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025 et mål at eksisterende og planlagte tjenester skal etableres som plattformer med standardiserte og åpne grensesnitt. Løsningene skal etableres som "økosystem" der både offentlige aktører og private leverandører har tilgang til felles funksjonalitet og felles IKT-arkitektur. Dette gir muligheter for at private aktører kan utvikle verdifulle tjenester for både innbyggere, pasienter og helsepersonell.

Arbeidet med å åpne opp helsenorge.no til en plattform for innovasjon og næringsutvikling pågår. I 2019 ble det blant annet åpnet opp for at leverandører av teknologi for videokonsultasjon kan levere løsninger som er integrert med helsenorge.no. Videre er det lagt til rette for leverandører av ulike selvhjelps- og mestringsverktøy.

### **5.2.2 Forholdet til anskaffelsesreglene**

Kommunesektoren kan etter departementets vurdering bruke de nasjonale e-helseløsningene og betale for disse uten å avholde konkurranse etter regelverket for

offentlige anskaffelser. Det skyldes at det ikke foreligger et gjensidig bebyrdende kontraktsforhold i anskaffelsesreglenes forstand.

Innføring av samfinansieringsmodellen samt pålegg om tilgjengeliggjøring i virksomhetene, fører etter departementets vurdering til at leveranse av nasjonale e-helseløsninger fra Norsk Helsenett SF til brukerne av løsningene ikke utgjør en gjensidig bebyrdende kontrakt. Leveransene forblir dermed utenfor virkeområdet til regelverket om offentlige anskaffelser. Dette skyldes blant annet at Norsk Helsenett SF pålegges plikt til å tilgjengeliggjøre løsningene, at virksomhetene pålegges plikt til å gjøre de tilgjengelige for sine ansatte og at betalingen som pålegges virksomhetene vil reguleres i lov og forskrift og fastsettes av departementet. Vesentlige elementer som gjenstand for virksomhetenes plikter og pris vil følge direkte av lov og forskrift. Med en slik regulering begrenses valgfriheten sterkt. Ettersom den anbefalte finansieringsmodellen er basert på kostnadsfordeling etter fordelingsnøkler og ikke direkte knyttet til faktisk bruk av løsningene, vil det heller ikke være en direkte kobling mellom verdien av tjenesteytelsen og størrelsen på motytelsen.

### **5.2.3 Forholdet til statsstøttoreglene**

Departementet mener at offentlig finansiering av de nasjonale e-helseløsningene som omfattes av forslaget ikke rammes av statsstøtteforbudet i EØS-avtalen artikkel 61(1).

Statsstøttoreglene gjelder bare for "foretak". Med foretak menes virksomheter som driver økonomisk aktivitet i form av kjøp og salg av varer eller tjenester i et marked. Aktiviteter anses ikke som økonomiske når de blir utført utelukkende for å tilby andre ikke-økonomiske tjenester (offentlige helsetjenester).

Norsk helsenett SF tilgjengeliggjør nasjonale e-helseløsninger kun for å legge til rette for at helseforetak, kommuner, fylkeskommuner, fastleger, tannleger og andre private virksomheter kan tilby innbyggerne gode offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester. Staten har tatt kontroll over tilgjengeliggjøringen av de grunnleggende nasjonale e-helseløsningene, med utstrakt bruk av markedet i utviklingen av disse, i stedet for å etablere et marked med konkurranse mellom ulike parallelle nasjonale løsninger. Disse nasjonale løsningene er en viktig del av, og nært knyttet til, den solidariske og offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten. Ettersom tilbud av offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester ikke regnes som økonomisk aktivitet, slik dette er finansiert og organisert i Norge, anses heller ikke de sterkt tilknyttede nasjonale e-helseløsningene å være økonomisk aktivitet. Denne forståelsen notifikerte Norge til EFTAs overvåkingsorgan (ESA) 2. mai 2019.

I vedtak 10. juli 2019 konkluderte ESA med at tilgjengeliggjøring av helsenettet, e-resept, helsenorge.no og Kjernejournal ikke anses som økonomisk aktivitet omfattet av statsstøttoreglene. Norsk helsenett SFs og Direktoratet for e-helses tilgjengeliggjøring av disse løsningene har til formål å oppfylle det offentliges rettslige forpliktelser til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til innbyggerne, innenfor rammene av nasjonale og EØS-rettslige krav til informasjonssikkerhet og personvern. Virksomheten

anses derfor som offentlig myndighetsutøvelse som faller utenfor statsstøttereglenes virkeområde.

Abelia og WTW AS innga 26. november 2019 et søksmål til EFTA-domstolen med påstand om annullering av ESAs vedtak. Abelia begrunnet dette med at ESA burde hatt så klar grunn til å tvile på både det rettslige grunnlaget for at løsningene ikke er økonomisk aktivitet og faktum om markeds- og konkurransesituasjonen, at organet skulle ha ventet med å fatte vedtak til en formell undersøkelse med offentlig høring hos berørte aktører var gjennomført. Saksøkerne mente derfor at ESA måtte behandle saken på nytt. I dom av 17. november 2020 (sak E-9/19) fra EFTA-domstolen ble saksøkerne ikke gitt medhold.

Notifikasjonen og ESAs vedtak gjelder situasjonen slik den er før dette forslaget til lovendringer gjennomføres, uten regulering av plikter for virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten, herunder plikt til å samfinansiere løsningene gjennom betaling fastsatt at departementet.

Departementet mener at forslaget til innføring av en samfinansieringsmodell ikke vil påvirke løsningenes karakter som ikke-økonomisk aktivitet. Samfinansieringen medfører kun at kostnadene fordeles på en ny måte mellom aktørene, uten å endre begrunnelsen for eller innretningen av de løsningene som allerede er notifisert. Konklusjonen styrkes av at samfinansieringen reguleres i lov og forskrift, og at Norsk helsenett SF gis liten eller ingen frihet til selv å fastsette størrelsen på betalingen. Departementet anser at konklusjonen har støtte i rettspraksis og er lite tvilsom. Det framstår derfor ikke hensiktsmessig å notifisere e-helseløsningene på nytt på grunn av lovforslaget. Det er videre ikke et krav om notifisering av forslaget om samfinansiering. ESA har i sitt vedtak 10. juli 2019 konkludert med at tjenestene som sådan ikke er økonomisk aktivitet. Vedtaket ble truffet på bakgrunn av en notifikasjon fra Norge for å oppnå rettslig sikkerhet for at statsstøttereglene ikke får anvendelse på løsningene. Notifikasjonen gjaldt ikke spørsmålet om finansieringen av løsningene er forenelig med statsstøttereglene. ESA oppstilte derfor heller ikke ufravikelige vilkår for at finansieringen er lovlig som krever ny notifisering når rammevilkårene endres.

Statsstøttereglene er derfor etter departementets oppfatning ikke til hinder for å innføre en samfinansieringsmodell.

### **5.3 Svalbard og Jan Mayen**

For Svalbard gjelder en egen helseforskrift, forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen. I medhold av denne forskriften gjelder blant annet helsepersonelloven og deler av spesialisthelsetjenesteloven for Svalbard, samt en rekke andre lover på helsefeltet. Pasientjournalloven gjelder ikke, og departementet foreslår ikke å endre dette.

## **6 Administrative og økonomiske konsekvenser**

Forslagene har administrative og økonomiske konsekvenser knyttet til plikten til å betale for de nasjonale e-helseløsningene og gjøre løsningene tilgjengelig for relevant personell i

virksomheten. Departementet understreker at forslag til hjemmel om betalingsplikt kun gjelder kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenettet inkludert grunndata og helseID. Forslaget omfatter ikke kostnader til utvikling av nye løsninger

## **6.1 Tilgjengeliggjøring og bruk av løsningene**

Forslag om innføring av en plikt for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten til å gjøre relevante deler av de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige i virksomheten og betale for disse vil i varierende grad ha økonomiske og administrative konsekvenser.

Helsenettet brukes og betales allerede av de fleste virksomheter som tilbyr offentlig finansierte helsetjenester, og en lov- og forskriftsfestet plikt til å gjøre helsenettet tilgjengelig for bruk vil derfor kunne innføres uten større økonomiske og administrative konsekvenser.

Plikt til å gjøre de øvrige nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige i virksomhetene, vil medføre kostnader til lokal utvikling og innføring. De økonomiske konsekvensene vil avhenge i hvilken grad virksomhetene allerede har lagt til rette for bruk av løsningene, nasjonale bidrag til innføring, innføringstidspunkt mv. De nasjonale e-helseløsningene er i stor grad tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten, av fastleger, legevakter og apotek og de økonomiske konsekvensene ved tilgjengeliggjøring vil derfor være begrenset for disse tjenestene. Siden løsningene i mindre grad er innført i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil de økonomiske konsekvensene være større for denne delen av tjenesten.

### **Nærmere om konsekvensene for helse- og omsorgstjenesten i kommunene**

Kjernejournal benyttes av legevakt og andre kommunale aktører omfattet av akuttmedisinske kjede. Kjernejournal benyttes også i stor utstrekning av fastlegene, både av fastleger som er ansatt i en kommune og av fastleger som er private virksomheter med fastlegeavtale med kommunen. Forslag til forskriftsendring innebærer at plikt til tilgjengeliggjøring fra 1. januar 2024 også innføres for sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Erfaringene så langt tyder på at innføring av kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester både gir positive helseeffekter og tidsbesparelser i helsepersonells arbeidshverdag.

Norsk helsenett SF har anslått kostnadene for kommunene ved innføring av kjernejournal i disse tjenestene i samarbeid med kommunene som har prøvd ut løsningen. Estimaten tar utgangspunkt i tre alternativer basert på hvor mange ansatte som skal ha tilgang til kjernejournal i kommunen. Kostnadene omfatter innføringsaktiviteter, kostnader til e-ID og helseID, og kostnader til oppdatering av journalsystemene. Det er anslått et behov på mellom 80 og 200 timer til planlegging og gjennomføring av innføringsaktiviteter avhengig av omfang, og mellom 40 og 500 timer til opplæring. Kostnadene ved anskaffelse av modul for helseID og kjernejournal i journalsystemene, vil avhenge av hvilken avtale kommunen har med journalleverandøren og der derfor vanskelig å anslå.

Kostnadene til e-ID og helseID vil i stor grad avhengig av om kommunen velger en løsning med PKI-kort eller en løsning der ansatte bruker egen e-ID og personlig mobil. PKI-kort gir betydelig høyre kostnader enn alternativet med BankID på mobil.

Kostnadene ved bruk av PKI-kort inkluderer anskaffelse av kort, anskaffelse av kortleser, tidsbruk til bestilling og innrullering, og teknisk tilrettelegging for kortleser i infrastruktur. Avhengig av kommunestørrelse er kostnadene anslått til mellom 36 000 og 225 000 kroner for den enkelte kommune. Se mer informasjon på nettsidene til Norsk helsenett SF: <https://www.nhn.no/nyheter/effektivt-med-kjernejournal-i-sykehjem-og-hjemmetjenester>

Siden det i denne omgang ikke foreslås innføring av plikt til tilgjengeliggjøring av e-resept for andre kommunale tjenester enn fastleger og legevakt, vil forslaget til forskriftsbestemmelser ikke ha økonomiske og administrative konsekvenser av betydning for kommunene. Før det er aktuelt å iverksette en plikt til tilgjengeliggjøring av e-resept skal økonomiske og administrative konsekvenser være utredet, det skal være utarbeidet en nasjonal innføringsplan basert på erfaring fra utprøving av løsningen, Norsk helsenett SF skal ha nødvendig kapasitet til test og godkjenning og at det skal være gjennomført tekniske tilpasninger i den nasjonale løsningen. Dette er arbeid som pågår i regi av Legemiddelprogrammet.

Når det gjelder innføring av en plikt til tilgjengeliggjøring av tjenester på helsenorge.no, foreslås plikten innført fra 1. januar 2023 for helseforetak og 1. januar 2024 for kommunene. For kommunene omfatter plikten kun tjenester for selvbetjening og dialog for brukere av kommunale hjemmebaserte tjenester. Kommunene er godt i gang med innføringen av denne typen tjenester, og 93 kommuner (etter kommunesammenslåing) tilbyr allerede tjenester for dialog og selvbetjening for hjemmebaserte tjenester. Det er gjennomført en forenklet samfunnsøkonomisk analyse av investeringskostnader og nytteeffekter for hjemmebaserte tjenester.<sup>6</sup> Analysen viste at utvikling og innføring av tjenester for dialog og selvbetjening på helsenorge.no vil kunne ha en betydelig positiv netto nåverdi basert på prissatt nytteverdi veid mot kostnader. På nyttesiden kommer i tillegg flere viktige ikke-prissatte nyttevirksomheter i både tjenestene, for innbygger og samfunn.

De økonomiske og administrative konsekvensene for kommunene ved innføring av plikt til tilgjengeliggjøring av tjenester på helsenorge.no, vil bli vurdert i sammenheng med arbeidet med en innføringsplan for kommunene. Innføringsplanen skal utarbeides av Direktoratet for e-helse i samarbeid med kommunesektoren og skal være på plass før plikten trer i kraft. Tekniske tilpasninger for integrasjon med de tre relevante journalsystemene i kommunal pleie- og omsorgstjeneste er allerede klargjort fra Norsk helsenett SF i regi av de kommunale utviklingsprosjektene i samarbeid med KS og Direktoratet for e-helse. Norsk helsenett SF har kapasitet til å bistå ved test og gjennomføre nødvendige godkjenninger av integrasjoner for å gjøre kommunenes tjenester tilgjengelige via helsenorge.no.

---

<sup>6</sup> Direktoratet for e-helse 2017, Forenklet samfunnsøkonomisk analyse for hjemmebaserte tjenester



Departementet viser til forutsetningene for å innføre plikt til å tilgjengeliggjøre løsningene i kommunal helse- og omsorgstjeneste som er beskrevet i punkt 4.3.

## **6.2 Betaling for kostnadene til forvaltning og drift**

Forslaget om å innføre plikt til betaling innebærer at medlemsavgiften til helsenettet videreføres omtrent som i dag, men at medlemsavgiften for kommunene gjeninnføres. I tillegg inkluderes grunndata og helseID i medlemsavgiften for regionale helseforetak og kommuner. Utvikling av nye tjenester og ny funksjonalitet som ikke inngår i ordinær forvaltning og drift av helsenettet med tilhørende tjenester, omfattes ikke av betalingsplikten. Forslaget om å gjeninnføre betaling fra kommunene for helsenettet innebærer at ordningen med finansiering direkte over statsbudsjettet, som ble innført i 2018, avvikles fra det tidspunktet forskriftsbestemmelser om betaling trer i kraft. Kommunenes betaling for helsenettet i 2022 kompenseres fullt ut.

Forslaget om å pålegge betaling for kjernejournal, e-resept og helsenorge.no innebærer at regionale helseforetak og kommuner framover må betale for forvaltning og drift av løsningene. Departementet legger til grunn en betalingsmodell der kostnadene til forvaltning og drift av e-resept, kjernejournal og helsenorge.no fordeles omtrent likt mellom regionale helseforetak og kommuner etter at bidraget fra apotek og bandasjister til betaling for e-resept er trukket fra. Både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å levere helsetjenester til pasientene som løsningene skal understøtte. Både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (herunder fastlegene) benytter løsningene i stort omfang. Selv om det er pasientene som har den største nytten av løsningene, viser tilgjengelige samfunnsøkonomiske analyser at både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har nytte av løsningene. I tillegg går departementet inn for, at det i en overgangsperiode, tas hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk når veksten i kostnader til forvaltning og drift fordeles.

Forslaget innebærer videre at apotekene og bandasjistene pålegges å betale for e-resept. Departementet foreslår at apotek og bandasjister betaler 11 prosent av kostnadene til e-resept. Andelen er basert på en tidligere samfunnsøkonomisk analyse av e-resept og enkelte oppdateringer fra 2019 som viser at 11 prosent av den kvantifiserte nytten av løsningen tilfaller apotek og bandasjist.<sup>7</sup> Departementet understreker at plikten ikke gjelder utviklingskostnader, men kostnader til forvaltning og drift av e-resept. Departementet foreslår at fordeling av kostnadene mellom de enkelte apotekene og bandasjistene skal knyttes til virksomhetene oppslag i e-resept, se kapittel 4.4.3.

Basert på løpende kostnader til forvaltning og drift, foreløpig estimerte effekter av økt bruk, videreutvikling og reduksjon av teknisk gjeld i 2021, er kostnadene til forvaltning og drift av kjernejournal, e-resept, helsenorge.no, grunndata og helseID anslått til om lag 571 mill. kroner før prisjustering.<sup>8</sup> Betalingen fra apotek og bandasjistenes vil utgjøre

---

<sup>7</sup> Gevinster av nasjonale e-helseløsninger. 2019. Notat fra Direktoratet for e-helse.

<sup>8</sup> Inkluderer ikke felles nettløsninger for spesialisthelsetjenesten og tjenester til helseregistrene på helsenorge.no, som ikke inngår i samfinansieringsmodellen.

drøyt 13 mill. kroner. Kommuner og regionale helseforetak skal betale for de resterende 558 mill. kroner til forvaltning og drift av løsningene, men vil samtidig bli kompensert med om lag 490 mill. kroner fra bevilgningene over kapittel 701 post 70 Norsk helsenett SF og post 72 Nasjonale e-helseløsninger. Samlet utgjør dette økte kostnader på om lag 68 mill. kroner som skal fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner. Det innebærer at om lag 40 mill. kroner av betalingen til Norsk helsenett ikke blir kompensert for de regionale helseforetakene. Tilsvarende beløp for kommunene er anslått til 28 mill. kroner.<sup>9</sup>

**Tabell 6.1 Oversikt over betaling for forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger i 2022, ekskl. medlemsavgiften til helsenettet\***

Løsning	Fordeling av veksten fra 2021-2022	RHF	Kommuner	Apotek
Kjernejournal	RHF 60% Kommuner 40%	48,5 mill.	46,7 mill.	-
E-resept	Ingen vekst	54,3 mill.	54,3 mill.	13,4 mill.
Helsenorge.no	RHF 60% Kommuner 40%	129,1 mill.	119,6 mill.	-
Grunndata	RHF 50% Kommuner 50%	36,0 mill.	36,0 mill.	-
HelseID	RHF 60% Kommuner 40%	17,1 mill.	16,7 mill.	-
Samlet fakturering i 2022, inkl. kostnadsvekst		284,9 mill.	273,3 mill.	13,4 mill.
Kompensasjon over statsbudsjettet		245,0 mill.	245,0 mill.	
<b>Ikke kompensert</b>		<b>39,9 mill.</b>	<b>28,3 mill.</b>	<b>13,4 mill.</b>

\*Beløpene er ikke prisjustert. Dette er anslag og det kan bli mindre justeringer.

Uavhengig av foreslåtte endringer i finansieringsmodell, må det påregnes vekst i kostnadene til forvaltning og drift framover. Det gjelder særlig helseID og grunndata. Økt bruk og innføring for nye grupper vil også kunne bidra til vekst i de samlede kostnadene til forvaltning og drift. Det er vanlig å regne med at kostnader til forvaltning og drift ligger på mellom 18 og 25 prosent av investeringskostnadene (23 prosent for helsenorge.no). I de siste årene har investeringene ligget på mellom 120 mill. kroner og 200 mill. kroner for de nasjonale e-helseløsningene samlet.

Departementet viser til at det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger har vurdert og kvalitetssikret tallmaterialet som er grunnlaget for å beregne betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Teknisk beregningsutvalg støtter det tallgrunnlaget Norsk helsenett SF har presentert for 2022 med forbehold om at det fremover blir en tydeligere kobling mellom investeringsbeslutninger og hvilken påvirkning det har på framtidige kostnader til drift og forvaltning. Utvalget ble ikke enige

<sup>9</sup> Beløpene i dette avsnittet er oppgitt i 2021-kroner.

om et felles alternativ for kostnadsfordeling. Departementets forslag til fordeling av kostnadsveksten er basert på et alternativ der kostnadsveksten for helseID, kjernejournal og helsenorge.no tar hensyn til mulighetene for bruk av løsningene. Se nærmere omtale under punkt 4.4.3.

## 7 Merknader til de enkelte lovbestemmelsene

Til pasientjournalloven § 8

Det foreslås å ta inn nytt andre, tredje og fjerde ledd. Forslaget til andre ledd sier at departementet i forskrift kan bestemme at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, apotekloven og tannhelsetjenesteloven, skal ta i bruk og gjøre tilgjengelig nærmere bestemte nasjonale e-helseløsninger i virksomheten. Dette omfatter blant annet helseforetak, kommuner, apotek og bandasjister. De bestemte løsningene som forskriftshjemmelen i annet ledd omfatter er helsenettet, nasjonal kjernejournal og e-resept.

Løsningene anses gjort tilgjengelige i virksomheten når de kan tas i bruk av personell som har tjenstlige behov for, og rett til, å ta løsningene i bruk.

Helsenorge.no er innrettet på en noe annen måte enn de tre ovenfor nevnte løsningene og er derfor regulert separat i tredje ledd. Departementets adgang til å gi forskrift omhandler ikke plikt til å gjøre helsenorge.no tilgjengelig i virksomheten, men å gjøre nærmere bestemte tjenester tilgjengelig på helsenorge.no. Plikten er altså knyttet til å gjøre tjenester tilgjengelig via løsningen.

Fjerde ledd innebærer at departementet kan gi forskrift om at regionale helseforetak, kommuner, apotek, bandasjister og andre virksomheter skal betale for at de nasjonale e-helseløsningene gjøres tilgjengelige for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Tjenester på helsenorge.no skal gjøres tilgjengelig for allmennheten.

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

Videre følger det at departementet kan gi forskrift om plikten og løsningene, inkludert krav til løsningenes innhold, statlige foretaks ansvar for å tilby løsningene, dataansvar, hvilke virksomheter som omfattes, betalingspliktig beløp og fra hvilket tidspunkt betalingsplikten eller plikten til å gjøre en løsning tilgjengelig i virksomheten skal gjelde. Virksomhetenes samlede betaling skal ikke overstige kostnadene til forvaltning og drift av løsningene. Betalingens størrelse vil fastsettes på bakgrunn av forventede kostnader i det kommende budsjettåret. Kravet innebærer derfor ikke at virksomhetenes betaling for det enkelte år skal tilsvare de faktiske kostnadene i dette året, men at dette skal være tilfellet over tid. Det vil derfor ved fastsettelsen av betalingens størrelse i et bestemt år ikke bare være relevant å se hen til forventede kostnader i dette året, men også til avviket mellom den faktiske betalingen for foregående år sammenlignet med de faktiske kostnadene. Beregning av kostnadene skal baseres på en bærekraftig forvaltning og drift som tar høyde for verdibevarende oppdatering og vedlikehold av løsningene.

Til pasientjournalloven § 21

Det foreslås tatt inn nytt andre og tredje ledd. Bestemmelsene gir Norsk helsenett SF adgang til å innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt og til å etablere en kopi av Folkeregisteret, som også kan sammenstilles med andre nødvendige opplysninger. Adgangen til å innhente personopplysninger er knyttet til utførelse av oppgaver etter pasientjournalloven og helseregisterloven og øvrige oppgaver pålagt helseforvaltningen i lov eller forskrift. Norsk helsenett SF kan dele folkeregisteropplysningene med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen som selv har hjemmel til å motta slike opplysninger.

Av tredje ledd følger at departementet kan gi forskrift om dataansvar og behandling av opplysninger etter andre ledd.

## 8 Utkast til lov- og forskriftsendringer

### Forslag til endringer i pasientjournalloven

§ 8 nytt andre, tredje og fjerde ledd:

Departementet kan gi forskrift om at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, apotekloven og tannhelsetjenesteloven, skal ta i bruk og gjøre tilgjengelig følgende nasjonale e-helseløsninger i virksomheten:

- a) helsenet: en kommunikasjonsløsning forbeholdt medlemmer som har akseptert vilkår for bruk, som inkluderer nasjonal infrastruktur, felles tjenester og felleskomponenter for utveksling av opplysninger med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, og som ivaretar høy grad av sikkerhet og tilgjengelighet
- b) nasjonal kjernejournal opprettet etter § 13
- c) elektronisk kommunikasjonskjede for sikker overføring av reseptinformasjon opprettet etter § 12.

Departementet kan også gi forskrift om at virksomhetene nevnt i andre ledd skal gjøre nærmere bestemte tjenester tilgjengelige på en nasjonal innbyggerportal med infrastruktur for kvalitetssikret helseinformasjon, selvbetjening, kommunikasjon, innsyn i egne helseopplysninger og digitale helsetilbud fra helse- og omsorgstjenesten og statlig helseforvaltning.

Departementet kan gi forskrift om:

- a) betaling for bruk av helsenet
- b) at regionale helseforetak og kommuner skal betale for at de nasjonale e-helseløsningene nevnt i andre og tredje ledd gjøres tilgjengelige for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten eller allmennheten
- c) at apotek og bandasjister som har gjort løsningen nevnt i andre ledd bokstav c tilgjengelig i virksomheten, skal betale for løsningen
- d) det nærmere innholdet i betalingsplikten og løsningene, inkludert krav til løsningenes innhold, statlige foretaks ansvar for å tilby løsningene, dataansvar, hvilke virksomheter som omfattes, betalingspliktig beløp og fra hvilket tidspunkt betalingsplikten eller plikten til å gjøre en løsning tilgjengelig i virksomheten skal gjelde. Virksomhetenes samlede betaling skal ikke overstige kostnadene til forvaltning og drift av løsningene.

§ 21 nytt andre og tredje ledd:

Når det er nødvendig for å løse oppgaver etter loven her med forskrifter eller helseregisterloven med forskrifter eller øvrige oppgaver pålagt helseforvaltningen i lov eller forskrift, kan Norsk helsenett SF

- a) innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt
- b) etablere en kopi av Folkeregisteret, som også kan sammenstilles med andre nødvendige opplysninger
- c) dele opplysninger som nevnt i bokstav b med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen, som selv har hjemmel til å motta slike opplysninger.

Departementet kan gi forskrift om dataansvar og behandling av opplysninger etter andre ledd.

## **Forslag til endringer i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten**

Nye §§ 9 til 19:

### *§ 9 Plikt for virksomhetene til å ta i bruk og gjøre helsenettet tilgjengelig i virksomheten*

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, apotekloven og tannhelsetjenesteloven skal ta i bruk og gjøre helsenettet tilgjengelig i virksomheten fra 1. januar 2022. Dette gjelder også sykehusapotek, uavhengig av organisasjonsform, og bandasjister. Plikten omfatter også å ta i bruk grunndata.

Med å ta i bruk og gjøre tilgjengelig i virksomheten menes at virksomheten er medlem av helsenettet og at personell med tjenstlig behov kan kommunisere og utveksle opplysninger ved bruk av meldingsutveksling og andre relevante tjenester.

### *§ 10 Plikt for virksomhetene til å ta i bruk og gjøre Nasjonal kjernejournal tilgjengelig i virksomheten*

Helseforetak, private sykehus, legevakt og fastleger skal ta i bruk og gjøre Nasjonal kjernejournal tilgjengelig i virksomheten fra 1. januar 2022.

Sykehjem og kommunale hjemmebaserte tjenester har plikt til å ta i bruk og gjøre kjernejournal tilgjengelig i virksomheten fra 1. januar 2024.

Med å ta i bruk og gjøre tilgjengelig i virksomheten menes at Nasjonal kjernejournal er integrert med journalsystemet eller annet relevant fagsystem, og at personell med tjenstlig behov og rett til å benytte kjernejournal er satt i stand til å ta løsningen i bruk.

§ 11 *Plikt for virksomhetene til å ta i bruk og gjøre elektronisk kommunikasjonskjede for sikker overføring av reseptinformasjon (e-resept) tilgjengelig i virksomheten*

Helseforetak, legevakt, fastleger, apotek og bandasjist skal ta i bruk og gjøre elektronisk kommunikasjonskjede for sikker overføring av reseptinformasjon (e-resept) tilgjengelig i virksomheten fra 1. januar 2022.

Med å ta i bruk og gjøre tilgjengelig i virksomheten menes at e-resept er integrert med journalsystemet eller annet relevant fagsystem, og at personell med tjenstlig behov og rett til å benytte e-resept er satt i stand til å ta løsningen i bruk.

§ 12 *Plikt for virksomhetene til å gjøre tilgjengelig tjenester på en nasjonal innbyggerportal (helsenorge.no)*

Helseforetak skal gjøre tjenester for selvbetjening, dialog og innsyn tilgjengelig for pasienter og brukere på helsenorge.no fra 1. januar 2023.

Kommuner skal gjøre tjenester for selvbetjening og dialog tilgjengelig for brukere av kommunale hjemmebaserte tjenester på helsenorge.no fra 1. januar 2024.

Med tjenestene selvbetjening, dialog og innsyn menes:

- a) Selvbetjening: Tjenester for administrasjon av avtaler og kontakt med helse- og omsorgstjenesten.
- b) Dialog: Informasjon om innbyggers kontaktpunkter i helsetjenesten og mulighet for digital dialog med helse- og omsorgstjenesten.
- c) Innsyn: Innsyn i de deler av pasientjournalen dataansvarlig har gjort tilgjengelig.

Virksomhetene kan tilgjengeliggjøre tjenestene ved integrasjon i journalsystemet.

§ 13 *Betaling for forvaltning og drift av helsenettet*

Kostnadene for forvaltning og drift av helsenettet skal betales av virksomheter som har plikt til å ta i bruk og gjøre tilgjengelig helsenettet, jf. § 9. Kostnadene skal også betales av andre virksomheter som har tatt i bruk helsenettet. Dette gjelder ikke kostnadene for forvaltning og drift av grunndata og helseID som fordeles mellom regionale helseforetak og kommuner.

Regionale helseforetak skal årlig betale Norsk helsenett SF 72,6 mill. kroner til forvaltning og drift av helsenettet og 53,1 mill. kroner til drift av grunndata og helseID. Kostnadene fordeles mellom de regionale helseforetakene etter fordelingsnøklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen.

Landets kommuner skal årlig betale Norsk helsenett SF 70,6 mill. kroner til forvaltning og drift av helsenettet og 52,7 mill. kroner til forvaltning og drift av grunndata



og helseID. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter fordelingsnøkklene i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.

Den enkelte fylkeskommune skal betale Norsk helsenett SF 9 821 kroner per måned til forvaltning og drift av helsenettet.

Øvrige aktører skal betale Norsk helsenett SF et fast beløp på kroner 1 214 per måned per virksomhet til forvaltning og drift av helsenettet.

Nye medlemmer i helsenettet faktureres fra og med måneden etter at de har signert medlemsavtale.

#### *§ 14 Betaling for forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal*

Regionale helseforetak skal betale Norsk helsenett SF 48,5 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

Kommuner skal betale Norsk helsenett SF 46,7 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter fordelingsnøkklene i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.

#### *§ 15 Betaling for forvaltning og drift av e-resept*

Regionale helseforetak skal betale Norsk helsenett SF 54,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles på de enkelte regionale helseforetakene etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

Kommuner skal betale Norsk helsenett SF 54,3 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter fordelingsnøkklene i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.

Apotek og bandasjister skal betale Norsk helsenett SF 13,4 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av e-resept. Betalingen fordeles basert på virksomhetenes oppslag i e-resept.

#### *§ 16 Betaling for forvaltning og drift av nasjonal innbyggerportal (helsenorge.no)*

Regionale helseforetak skal betale Norsk helsenett SF 129,1 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på det enkelte regionale helseforetak etter fordelingsnøkklene i det gjeldende inntektssystemet for fordeling av basisfinansieringen mellom de regionale helseforetakene.

Kommuner skal betale Norsk helsenett SF 119,6 mill. kroner årlig til forvaltning og drift av helsenorge.no. Betalingen fordeles på den enkelte kommune etter fordelingsnøkklene i inntektssystemet for kommunene i statsbudsjettet.

#### *§ 17 Betaling til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger*

Betalingen etter §§ 13 til 16 kan tillegges forventet årlig prisstigning. Årlig prisstigning beregnes på bakgrunn av Statistisk Sentralbyrås publiserte endring i konsumprisindeks de siste 12 måneder.

Norsk helsenett SF fakturerer forskuddsvis per kvartal, basert på beløp angitt for den enkelte løsningen i §§ 13 til 16. Betalingen forfaller per 30 kalenderdager.

#### *§ 18 Teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger*

Et teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger opprettet av departementet skal vurdere tallgrunnlaget for beregnede kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene. Utvalget opprettes for to år av gangen.

Medlemmene i det tekniske beregningsutvalget utnevnes av departementet og skal inkludere medlemmer som er foreslått av KS, regionale helseforetak, Legeforeningen og Apotekforeningen. Departementet kan også inkludere medlemmer som er foreslått av andre.

Teknisk beregningsutvalg skal som grunnlag for fastsetting av betalingen, hvert år gjennomføre en overordnet gjennomgang av tallmaterialet i løpet av våren basert på prognoser fra Norsk helsenett SF. På høsten skal utvalget behandle Norsk helsenett SFs beregninger av priser og avgiftsatser på et mer detaljert nivå.

#### *§ 19 Plikt til å gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelig for virksomheter*

Norsk helsenett SF skal gjøre helsenettet, Nasjonal kjernejournal, e-resept og helsenorge.no tilgjengelige for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og virksomheter i statlig helseforvaltning.