

## Innspill til prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID 2027 for øvrige aktører

NHO Geneo er NHOs landsforening for helsenæringen, velferd og oppvekst, og består av bransjeforeningene Legemiddelindustrien (LMI), Melanor, Helse og Velferd og Barnehager.

Gjennom bransjeforeningen Helse og Velferd representerer vi blant annet små, mellomstore og store private (ideelle og kommersielle) virksomheter innen arbeidsinkludering, asylmottak, barnevern, bedriftshelsetjenesten, brukerstyrt personlig assistanse, digitale helsetjenester, hjemmebaserte tjenester, kiropraktorklinikker, omsorgsboliger, psykisk helse og avhengighet, rehabiliteringsvirksomheter, sykehjem, sykehus og klinikker, fastlegekontor, tannlegeklinikker og treningscentre.

NHO Geneo takker for muligheten til å gi innspill til arbeidet med prismodell for Helsenettet, Grunndata og HelseID 2027 for øvrige aktører. Vi støtter prinsippet om offentlig-privat samfinansiering av Helsenettet, og stiller oss positive til en modell som legger til rette for bred deltakelse og en bærekraftig utvikling av felles digitale infrastrukturer.

### Behov for en mer treffsikker og rettferdig fordelingsmodell

Vi merker oss at Norsk helsenett anbefaler å videreføre dagens kostnadsfordeling mellom segmentene, der øvrige aktører samlet dekker en tredel av kostnadene, og at fordelingen internt i dette segmentet fortsatt skal baseres på omsetning og filialer. Etter vår vurdering gir dette en modell som i for liten grad reflekterer faktisk bruk av tjenestene og den reelle belastningen på infrastrukturen. Særlig for virksomheter med begrenset bruk av Helsenettet kan dagens modell gi et uforholdsmessig høyt kostnadsnivå. Omsetning og antall filialer sier lite om faktisk bruk av tjenester som Helsenett, Grunndata og HelseID. Resultatet er at virksomheter med lav bruk kan bli priset som om de er store brukere. Dette blir særlig utfordrende i lys av at medlemskap i praksis ikke lenger er frivillig. Når all privatfinansiert helseaktivitet skal rapporteres til Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister, og dette forutsetter bruk av løsninger som krever medlemskap, endres forutsetningene for prismodellen fundamentalt.

En modell som opprinnelig var utformet for å stimulere til oppslutning, må i større grad tilpasses en situasjon der deltakelse er en forutsetning for å levere helsetjenester. NHO Geneo mener derfor at fremtidig prismodell må ta utgangspunkt i faktisk bruk og belastning, og ikke ensidig baseres på strukturelle størrelser som omsetning og organisering.

## **Medlemskapsstruktur og konsekvenser for organisering av helsetjenester**

Vi merker oss presiseringen om at hver virksomhet som yter helsehjelp skal ha eget medlemskap i Helsenettet, herunder selvstendig næringsdrivende organisert som enkeltpersonforetak eller aksjeselskap. Dette reiser flere prinsipielle og praktiske utfordringer.

Virksomhetsansvaret for forsvarlig drift, informasjonshåndtering og behandlingsrettede helseregistre er etter gjeldende regelverk lagt til virksomheten som yter helsehjelpen. Når medlemskapet knyttes til hvert enkelt juridisk organisert helsepersonell, utfordres denne ansvarsstrukturen, og kan etter vårt syn være juridisk tvilsomt.

I tillegg vil modellen kunne føre til at samme helsetjeneste i praksis prises flere ganger. I mange private virksomheter leveres helsetjenester gjennom selvstendig næringsdrivende helsepersonell. Betalingen skjer via virksomheten, mens helsepersonellet fakturerer for sin del av arbeidet. Dersom begge nivåer skal inngå i beregningsgrunnlaget, vil samme aktivitet kunne telle dobbelt.

Dette vil også gi økt administrativ belastning for virksomhetene, som må følge opp medlemskap for tilknyttet helsepersonell. I praksis innebærer dette at virksomheten må etablere rutiner for å kontrollere og dokumentere at alle tilknyttede behandlere til enhver tid har gyldig medlemskap i Helsenettet. For virksomheter med mange selvstendig næringsdrivende tilknyttet, vil dette kunne bli en kontinuerlig oppgave knyttet til onboarding, oppfølging og eventuell avslutning av samarbeid.

Endringen representerer en forskyvning av ansvar fra myndigheter og infrastruktureier til den enkelte virksomhet, uten at det følger tilsvarende forenkling eller støtte i systemene. Resultatet er økt tidsbruk, mer intern kontroll og behov for nye administrative prosesser som ikke bidrar direkte til bedre pasientbehandling.

Samlet sett innebærer endringen at prismodellen gir klare økonomiske fordeler til virksomheter som benytter fast ansatte, sammenlignet med virksomheter som organiserer seg med selvstendig næringsdrivende. Dette er prinsipielt uheldig. En offentlig fastsatt prismodell for en nasjonal infrastruktur skal ikke påvirke hvordan private virksomheter organiserer sin drift. Når medlemskap samtidig er en forutsetning for å levere helsetjenester, forsterkes effekten av slike insentiver. Prismodellen må være nøytral med hensyn til organisasjonsform. Offentlige ordninger bør ikke brukes til å favorisere én modell fremfor en annen gjennom økonomiske mekanismer.

## **Anbefaling**

NHO Geneo mener at prismodellen må justeres slik at den i større grad reflekterer faktisk bruk av tjenester og reell belastning på infrastrukturen. Modellen gir ikke et presist bilde av ressursbruk, og fører til skjev kostnadsfordeling mellom aktørene. Videre bør medlemskapskravet knyttes til virksomheten som yter helsehjelp og har det juridiske virksomhetsansvaret. Å legge medlemskapet på hvert enkelt juridisk organisert helsepersonell kan være juridisk feil, skaper unødvendig kompleksitet, risiko for dobbel prising og uheldige økonomiske insentiver knyttet til organisasjonsform. En prismodell som bygger på disse prinsippene vil gi en mer rettferdig kostnadsfordeling, styrke legitimiteten blant aktørene og bidra til bredere oppslutning om Helsenettet som felles nasjonal infrastruktur.

**Martin Langaas**

Fagdirektør

NHO Geneo, Helse og Velferd