



Direktoratet for  
e-helse

TB2022-20

# Innretning og prognose brukerinntekter for Helsedataservice i 2023



[Rapportnummer]

# Innhold

<b>Sammendrag og anbefaling .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Bakgrunn .....</b>	<b>6</b>
<b>2 Metode for å vurdere brukerbetaling av HDS sine tjenester .....</b>	<b>8</b>
<b>3 Tilbakemeldinger fra styringsrådet .....</b>	<b>10</b>
<b>4 Behov for inntekter medfører behov for brukerbetaling i 2023 .....</b>	<b>11</b>
<b>5 Anbefalt prismodell for søknadsmottak .....</b>	<b>12</b>
<b>6 Anbefalt prismodell for saksbehandling for å fatte vedtak .....</b>	<b>14</b>
<b>Vedlegg: .....</b>	<b>17</b>
<b>A Vurdering av ulike prismodeller .....</b>	<b>17</b>
Timebaserte priser vs. fastpriser .....	17
<b>B Etterspørselsvurdering og beregning inntekspotensialet .....</b>	<b>19</b>
<b>C Administrative kostnader .....</b>	<b>20</b>
<b>D Sentrale erfaringer fra tidligere arbeid med finansieringsmodeller .....</b>	<b>21</b>

# Sammendrag og anbefaling

Helsedatasatsningen består av en rekke tiltak for å nå målene som ble satt i konseptvalgutredningen<sup>1</sup>. For å realisere løsningene må det utarbeides bærekraftige finansieringsmodeller for drifts- og forvaltningskostnader<sup>2</sup>. Målet er å sikre balanse i drifts- og forvaltningsbudsjettet.

Det er fra departementet lagt føringer om at helsedatasatsningen delvis skal finansieres av brukerbetaling. Aktører som har nytte av løsningene og tjenestene fra Helsedataservice skal bidra til finansiering av drift og forvaltning.

I budsjettet for 2023 overstiger drifts- og forvaltningskostnadene sentralfinansieringen. Det må vurderes hvorvidt innføring av brukerbetaling for tjenestene Helsedataservice kan bidra til å dekke gapet i budsjettet for 2023.

Dette notatet skal redegjøre for mulige brukerinntekter og tilhørende inntekspotensial for tjenestene og løsningen som Helsedataservice (heretter forkortet til HDS) tilbyr i 2023. Dette skal også svare ut oppdraget i tildelingsbrevet for 2022, der direktoratet for e-helse fikk i oppdrag å: «[...] legge fram et forslag til innretning på og prognose for brukerbetaling for tjenestene».

## Prognose brukerinntekter

Det estimeres at brukerinntekter fra søknadsmottaket kan generere ca. 1,1 - 1,8 MNOK i 2023. Ved evt. overtakelse av vedtaksmyndighet kan tjeneste knyttet til dette generere ca. 3 – 4 MNOK i 2023, men dette er basert på mange forutsetninger og beløpene må derfor anses som usikre. Hvilke registre det skal overtas vedtaksmyndighet for, og fra hvilket tidspunkt spiller særdeles stor betydning på inntektsestimatet, samtidig at det vil være mulig å ta betalt for alle (nye) søknader. En viktig faktor for inntekspotensialet er forskriften, som vil regulere hvilke søknader HDS skal behandle og kan ta betalt for, og hvilke register HDS skal overta vedtaksmyndighet for. Totale inntekter, gitt forutsetninger i beregningen, er estimert å være 4,1 – 5,8 MNOK i 2023.

## Anbefalt innretning for brukerbetaling for søknadsmottaket i 2023

Det anbefales å innføre en fastprismodell for søknadsmottak, det vil si et søknadsgebyr ved innsending av søknad, differensiert på antall registre det søkes data fra. Gebyr for søknad om ett register kan være rimeligere enn data fra flere registre. En fastprismodell vil bidra til forutsigbarhet for søkeren.

For anbefalt prisnivå vil inntekspotensialet for HDS være på mellom 1.1 - 1.8 MNOK i 2023. Priseksempler for denne modellen er 1 500 NOK – 2 500 kr. for å sende inn en søknad om data fra ett register, og 3000 NOK – 5000 kr for å sende inn en ny søknad om data fra flere registre.

---

<sup>1</sup> [Konseptvalgutredning for Helseanalyseplattformen, Direktoratet for e-helse 2018.](#)

<sup>2</sup> Les mer om tidligere anbefalt finansieringsmodell for Helseanalyseplattformen og Helsedataservice her: [Finansieringsmodell for Helseanalyseplattformen og Helsedataservice, Direktoratet for e-helse 2020.](#) Beslutningen om å pause Helsedataplattformen medfører at det må etableres en ny finansieringsmodell.

Det vurderes også om søknader som sendes inn komplett kan tilbys en rabbertert pris (da med et middels prisnivå som et utgangspunkt). Dette kan gi økonomiske insentiver til å øke andelen komplette søknader, men kan også anses som ulempe på andre faktorer.

### **Anbefalt innretning for brukerbetaling for saksbehandling for å fatte vedtak**

Dersom HDS overtar vedtaksmyndighet vil HDS foreta en juridisk vurdering og har ansvar for saksbehandlingen for å fatte vedtak for søknaden, inkludert behandling av vedtaksklage.

Det anbefales en timeprisbasert brukerbetaling for denne tjenesten. En timeprisbasert prismodell innebærer at søkeren betaler for antall timer brukt til å vurdere vedtak for søknaden. Dette gir HDS forutsigbarhet for å dekke sine kostnader. Anbefalingen innebærer at søkeren får en mindre forutsigbar kostnad for sin søknadsbehandling.

Når det er opparbeidet statistikk over tidsbruk for vedtakssaksbehandling bør det vurderes om fastprismodeller er mulig også for denne tjenesten.

Inntekspotensialet i 2023 for denne tjenesten er usikkert, i og med at det ikke er avklart for hvem og når HDS skal overta vedtaksmyndighet. Foreløpige estimater viser inntekter på 3 - 4 MNOK i 2023, basert på forutsetninger vi har lagt til grunn.

### **Faktureringsprosess og total kostnad for tilgang til helsedata**

I 2023 anbefales det at Helsedataservice fakturerer for egne tjenester og at registerforvalterne fakturerer for sine tjenester. Total kostnad for tilgang til helsedata vil i 2023 bestå av flere fakturaer. Det er en risiko for at innføring av brukerbetaling kan føre til økt total kostnad for tilgang til helsedata. Dette skal undersøkes videre. Dersom prisene for søknadstjenestene til HDS settes hensiktsmessig i forhold til dagens prisnivå, forventes det ikke at brukerbetalingen skal være til særlig hinder for økt bruk av helsedata til sekundærformål. Effekten av eventuell prisøkning vil imidlertid variere for ulike brukergrupper. For eksempel vil brukergrupper som tidligere har mottatt data kostnadsfritt, eller til svært lav pris, trolig påvirkes i større grad sammenliknet med andre brukergrupper som er vant til større kostnader for sine datautleveringer.

På sikt bør det vurderes om fakturaprosessen kan samkjøres og om prisene eventuelt kan harmoniseres på tvers av registerforvaltere.

### **Behov for ytterligere inntekter i 2023 for å finansiere Helsedataservice**

I styringsrådet 7. april 2022 ble det blant annet uttrykt et ønske om at HDS først kan vise til et godt og effektivt søknadsmottak og saksbehandling for å fatte vedtak, som skaper tydelig nytte før det innføres brukerbetaling.

Gitt de økonomiske rammebetingelsene med sentralfinansieringen på 40,9 MNOK og prognosen for drifts- og forvaltningsbudsjettet i 2023, er det ikke økonomisk handlingsrom for å subsidiere kostnadsfri tilgang til søknadstjenestene i HDS. Det anbefales derfor å innføre brukerbetaling for tjenestene som er modne for dette i 2023. Det argumenteres også med at brukerbetaling kan gi insentiver til at innkomne søknader er til gjennomtenkte formål og at kriteriene for tilgang av data er innfridd.

Økt sentralfinansiering i innføringsfasen av tjenestene er et alternativ til innføring av brukerpriser før tjenestene er veletablert, under forutsetning at finansieringsmodellen er bærekraftig. En mer fordelaktig fordeling av sentralfinansieringen vil være om sentralfinansieringen er høyere i oppstartsfasen av en tjeneste, for deretter å avta til et bærekraftig nivå, og når brukerinntektene øker i takt med bruken og nytten av tjenesten. Det

[Dokumenttittel]

vil si at sentralfinansieringen ikke er konstant over tid, men avhenger av modenhet, nytte og brukerinntekter fra tjenesten. Dette alternativet er ikke videre vurdert i notatet. Anbefalingen som følger tar utgangspunkt i den økonomiske rammen som foreligger.

# 1 Bakgrunn

Helsedatasatsningen består av en rekke tiltak for å nå målene som ble satt i konseptvalgutredningen<sup>3</sup>. For å realisere løsningene må det utarbeides bærekraftige finansieringsmodeller for drifts- og forvaltningskostnader<sup>4</sup>. Målet er å sikre balanse i drifts- og forvaltningsbudsjettet.

Det er fra departementet lagt føringer om at helsedatasatsningen delvis skal finansieres av brukerbetaling. Aktører som har nytte av løsningene og tjenestene fra Helsedataservice skal bidra til finansiering av drift og forvaltning.

I budsjettet for 2023 overstiger drifts- og forvaltningskostnadene sentralfinansieringen. Det må vurderes hvorvidt innføring av brukerbetaling for tjenestene Helsedataservice kan bidra til å dekke gapet i budsjettet for 2023.

Dette notatet skal redegjøre for mulige brukerinntekter og tilhørende inntekspotensial for tjenestene og løsningen som Helsedataservice (heretter forkortet til HDS) tilbyr i 2023. Dette skal også svare ut oppdraget i tildelingsbrevet for 2022, der direktoratet for E-helse fikk i oppdrag å: «[...] legge fram et forslag til innretning på og prognose for brukerbetaling for tjenestene».

## Avgrensninger og definisjon av brukerfinansiering

Brukerbetaling er i dette notatet definert som betaling fra brukeren av helsedata av tjenesten, med andre ord den som søker på helsedata. Vurderingene i dette notatet er avgrenset til kostnader for søkeren av data.

Vurderinger om hvordan registerforvaltere eller andre skal bidra til medfinansiering av drifts- og forvaltningskostnader til tekniske løsninger som felles søknadskjema og felles saksbehandlingsløsninger er ikke omfattet av dette notatet<sup>5</sup>.

## Føringer for finansiering av drift- og forvaltningskostnader

Sentralfinansieringen for 2023 er i dag satt til 40,9 MNOK, og utover det er det fra departementet lagt føringer om at helsedatasatsningen delvis skal finansieres av brukerbetaling.

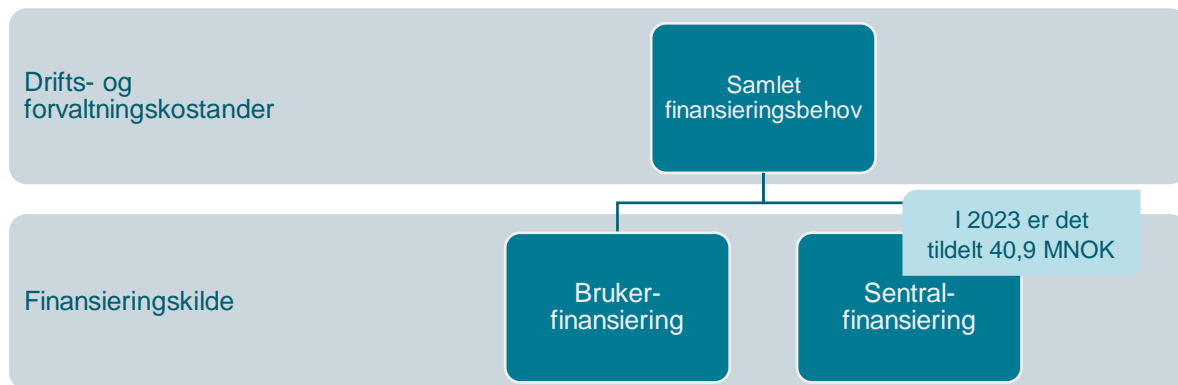
Foreløpig budsjettprognose for 2023 tilsier at det er ubalanse (underskudd) i finansieringsmodellen i 2023 selv med estimerte brukerinntekter, og dette gapet vil ikke være mulig å tette med kun brukerinntekter.

---

<sup>3</sup> [Konseptvalgutredning for Helseanalyseplattformen, Direktoratet for e-helse 2018.](#)

<sup>4</sup> Les mer om tidligere anbefalt finansieringsmodell for Helseanalyseplattformen og Helsedataservice her: [Finansieringsmodell for Helseanalyseplattformen og Helsedataservice, Direktoratet for e-helse 2020.](#) Beslutningen om å pause Helsedataplattformen medfører at det må etableres en ny finansieringsmodell.

<sup>5</sup> For søknader der registerforvaltere søker om data til sekundærformål via felles søknadsskjema vil de bli berørt av brukerbetaling som andre søkere.



Figur 1: Drifts- og forvaltningskostnadene skal delvis dekkes ved brukerinntekter fra tjenestene som HDS tilbyr

## Brukerbetalingen må bygge opp under flere mål for helsedatasatsningen

Det er ønskelig at modellen for brukerbetaling kan bidra til å nå følgende mål:

- 1) Økt bruk av helsedata til sekundærformål
- 2) Mer effektivt og riktig bruk av helsedata

Helsedatasatsningen har som mål å øke bruken av helsedata til sekundærformål. Brukerbetalingen må så langt det er mulig hensynta dette målet. Dette betyr ikke nødvendigvis at alle tjenester skal være gratis, men at kostnadsnivået ikke overstiger betalingsviljen i markedet. Brukerbetaling for tjenestene kan bidra til mer effektivt bruk av tjenestene til HDS. For eksempel ved å unngå fordyrende prosess og unødvendig bruk av veiledningstjenester som følge av ufullstendige søknader.

## Videreføring av viktige prinsipper for finansiering av helsedatasatsningen

Tidligere arbeid med finansieringsmodeller for Helsedataservice<sup>6</sup> viser til en rekke førende prinsipper som også legges til grunn i dette arbeidet. Blant annet:

1. All betaling til det offentlige for bruk og tilrettelegging av helsedata skal tilfalle helsedataformål.
2. Regulatoriske og strategiske oppgaver bør som hovedregel finansieres over sentralfinansieringen<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> [Finansieringsmodeller for nasjonale e-helsetiltak. Direktoratet for e-helse 2017](#) og [Finansieringsmodell for Helseanalyseplattformen og Helsedataservice, Direktoratet for e-helse 2020.](#)

<sup>7</sup>Med regulatoriske og strategiske oppgaver menes det oppgaver innen regelverksutvikling, utarbeidelse av faglige grunnlag for beslutninger og å være en pådriver og tilrettelegger for sektoren. Det inkluderer imidlertid ikke mer leveranserettede oppgaver slik som for eksempel behandling av søknader om utlevering av helsedata.

## Fakturering for tilgang til helsedata i dag

Frem til etableringen av Helsedataservice ble søknad om tilgang til helsedata sendt til de respektive dataforvalterne av registeret. Praksis for fakturering av søknadsbehandling av søknader og tilrettelegging av data har vært ulik på tvers av registerforvaltere. For enkelte søknader og registre har tilgangen vært kostnadsfri, avhengig av formålet med søknaden og tilhørighet for søkeren. Det har blitt avdekket at de fleste registerforvaltere historisk sett har underfakturert sine tjenester, av forskjellige årsaker. Ved fakturering av tjenester har det i stor grad blitt benyttet en timesbasert prismodell.

I dag er det Helsedataservice som mottar søknadene via felles søknadsskjema. Tjenesten fra Helsedataservice er per i dag kostnadsfri for søkeren. Det er igangsatt et arbeid for å undersøke om hvorvidt eventuell innføring av brukerbetaling i HDS vil øke totale kostnaden for søkeren av helsedata.

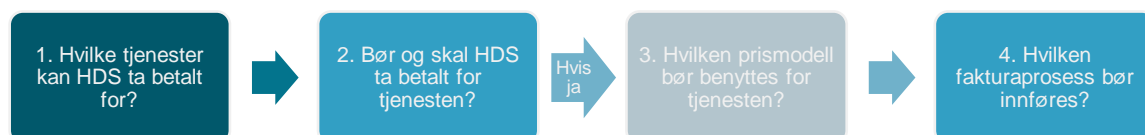
Som et eksempel på kostnader på helsedata, opererer den nasjonale tilgangsforvalteren i Finland med et søknadsgebyr på 1000 EUR eks. mva. for en standard søknad, mens mindre endringer koster 250 EUR eks. mva. I tillegg til dette praktiseres det timebetaling for datatilrettelegging. Andre sammenlignbare offentlige virksomheter som praktiserer søknadsgebyr, er plan & bygningsetaten i Oslo kommune. Det er ellers flere eksempler på offentlige tjenester som tar betalt.

## Sentrale erfaringer fra tidligere arbeid med finansieringsmodeller

Opprinnelig ble det anbefalt en finansieringsmodell i 2020 for hele helsedatasatsningen. I desember 2021 ble det besluttet å pause utviklingen av Helseanalyseplattformen og derfor må nye finansieringsmodeller utarbeides. Det anbefales at erfaringene fra arbeidet med finansieringsmodellen og forsøket om å innføre denne i 2021 tas med i det videre arbeid. Les mer om sentrale læringspunkter under vedlegg D.

# 2 Metode for å vurdere brukerbetaling av HDS sine tjenester

Det er flere hensyn å ta når det skal besluttes om og hvordan HDS skal ta betalt for sine tjenester. For å sikre en god vurdering av brukerbetaling av HDS sine tjenester er det laget en 4-steps modell, som vist i Figur 2.



Figur 2: 4-stepsmodellen: Fremgangsmetode for å vurdere om og hvordan HDS skal ta betalt for sine tjenester



## **Steg 1: Potensielle tjenester HDS kan ta betalt for i 2023**

Første steg er å beskrive hvilke tjenester HDS kan ta betalt for i 2023. Det er per i dag to tjenester som er aktuelle for 2023:

- 1) Søknadmottak
- 2) Saksbehandling for å fatte vedtak

Tjenestene beskrives i kapitel 3.2 og 3.3. Også andre tjenester har blitt diskutert, men de er per i dag for lite definert og umodne for en vurdering om brukerbetaling<sup>8</sup>.

## **Steg 2: Bør og skal HDS ta betalt for tjenestene?**

Det må vurderes om det er juridisk grunnlag for brukerbetaling for hver enkelt tjeneste. En viktig del av vurderingen er også hvordan tjenesten bidrar til nytte for brukeren, samt hvordan brukerbetaling for tjenesten påvirker muligheten for måloppnåelse og faglig utvikling av registrene. Det må vurderes om inntekspotensialet overgår tilhørende administrative kostnader. Det er også relevant og viktig at sektor sine innspill er med som beslutningsgrunnlag for om brukerbetaling bør innføres for en tjeneste. Les mer om vurderingene i kapitel 3.2 og 3.3.

## **Steg 3: Hvis ja i steg 2, hvilken prismodell bør benyttes?**

I hovedsak er to modeller vurdert, timebasert modell og fastprismodell. Det er vurdert fordeler og ulemper ved de to modellene, vurderingene er oppsummert i appendiks A. Oppsummert vil en timebasert prismodell være mest forutsigbar for HDS og minst forutsigbar for brukeren. Fastpriser eller gebyrer vil være mer forutsigbart for brukeren, men vil tilføre større usikkerhet for finansiering til HDS dersom det mangler historikk på søknads- og tidsbruk. For fastprismodeller må det vurderes om prisene skal variere med egenskaper ved søknaden. Les mer om anbefalte prismodeller i kapitel 3.2 og 3.3.

## **Steg 4: Fakturaprosess og total kostnad for tilgang til data**

I 2023 anbefales det at Helsedataservice fakturerer for egne tjenester og at registerforvalterne fakturerer for sine tjenester. Total kostnad for tilgang til helsedata vil i 2023 bestå av flere fakturaer, som vist i Figur 3.

For brukeren av helsedata kan betaling til HDS for å sende inn en søknad om data medføre økt total kostnad, hvis ikke fakturaen fra registerforvalteren (som tilrettelegger og utgir data) ikke reduseres med samme takst. Det er tidligere avdekket at flere av registerforvalterne per i dag ikke, eller kun delvis, fakturerer søkeren.

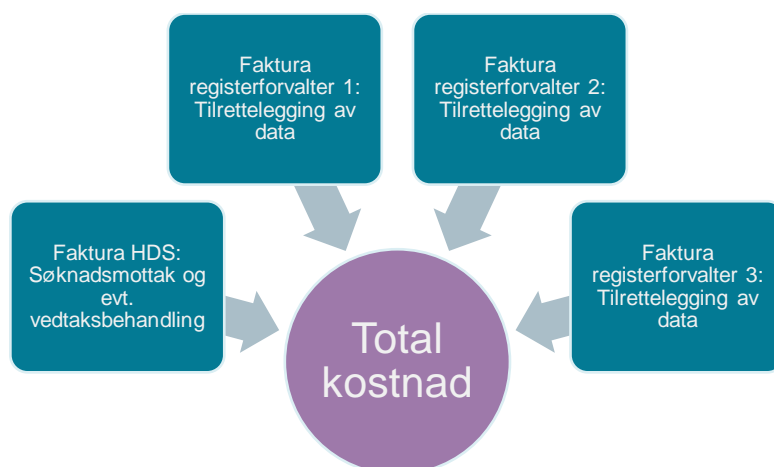
Dersom prisene for søknadstjenestene til HDS settes hensiktsmessig i forhold til dagens prisnivå forventes det ikke at brukerbetalingen skal være til særlig hinder for økt bruk av helsedata til sekundærformål. Effekten av eventuelle prisøkningen vil variere for ulike brukergrupper. For eksempel vil brukergrupper som tidligere har mottatt data kostnadsfritt trolig påvirkes i større grad sammenliknet med andre brukergrupper som er vant med store kostnader for sine datautleveringer.

På sikt bør det vurderes om fakturaprosessen kan samkjøres og om prisene eventuelt kan harmoniseres på tvers av registerforvaltere.

---

<sup>8</sup> Eksempler på andre tjenester som har vært diskutert er: Rådgivningstjenester tilpasset søkers prosjekt, webinar for grunnleggende veiledning, fysisk veiledningskurs og tabellanalyser.

Se mer om vurderingene rundt fakturaprosess og administrative kostnader i appendiks C.



Figur 3: Eksempel på fakturaer og total kostnad for søkeren

### 3 Tilbakemeldinger fra styringsrådet

Arbeidet med brukerfinansiering ble presentert og diskutert i Styringsrådet 7. april 2022, og i egne samarbeidsmøter med registerforvaltere. Generelle tilbakemeldingen er at innretningen er god, og i den grad det skal innføres brukerbetaling for disse tjenestene virker det fornuftig med en fastprismodell (søknadsgebyr) for søknadsmottak og en timeprismodell for saksbehandling for å fatte vedtak.

Det ble imidlertid uttrykt et ønske om at HDS først viser til et godt og effektivt søknadsmottak og saksbehandling for å fatte vedtak som skaper tydelig nytte *før* det innføres brukerbetaling. Det ble nevnt at inntekspotensialet per i dag er lavt og at HDS bør vurdere kostnadsfri eller gradvis innføring av brukerpriser over en periode for å kunne bygge nytte og kompetanse i HDS. Det ble også uttrykt at inntekspotensialet vil også avhenge av hva HDS kan ta betalt for. Brukerorientering anses som svært viktig, og det anbefales å være transparent overfor brukerne av helsedata på hva brukerbetalingen skal finansiere og hvordan prisen er planlagt fremover.

Videre anbefales det å jobbe proaktivt med en kommunikasjonsplan for brukerbetaling der målet bør være å skape transparens, forutsigbarhet og klarhet i HDS sine oppgaver, samt hva brukerinntektene skal finansiere.

## 4 Behov for inntekter medfører behov for brukerbetaling i 2023

Tilbakemeldingene er viktige, og det er et ønske om å ta hensyn til innspillene så langt det er mulig innenfor rammebetingelsene som ligger til grunn. En sentral føring for budsjettet for drift og forvaltning er at kostnadene skal finansieres ved tildelt sentralfinansieringen og brukerbetaling. Inntektene skal dekke kostnader til nødvendig antall årsverk for å drifte tjenestene og IT løsningene (helsesdata.no, felles søknadsskjema, saksbehandlingssystem). Avviket mellom sentralfinansieringen og forvaltningskostnadene må dekkes av brukerbetaling.

Gitt de økonomiske rammebetingelsene med sentralfinansieringen på 40,9 MNOK og prognosen for budsjett 2023, er det ikke mulig å subsidiere kostnadsfri tilgang til søknadstjenestene i HDS. Det anbefales derfor å innføre brukerbetaling for tjenestene som er modne for dette i 2023. Det argumenteres også med at brukerbetaling kan gi insentiver til at innkomne søknader er til gjennomtenkte formål og at kriteriene for tilgang av data er innfridd.

### **Økt sentralfinansiering i oppstartsfasen er et alternativ til innføring av brukerpriser før tjenestene er veletablert**

Erfaringene fra arbeid med finansieringsmodeller viste at en flat sentralfinansiering ikke er optimalt ved innføringsfasen til tjenester som delvis skal finansieres med brukerbetaling. Sentralfinansieringen bør konstrueres slik at den ikke hemmer innføringen av løsningene. Nyten av en ny tjeneste er usikker i startfasen og brukere bør ikke belastes for høye priser for tjenester som ikke er ferdigutviklet. Høye priser i startfasen kan hindre etterspørselen og dermed også videreutviklingen av tjenesten.

En mer fordelaktig fordeling av sentralfinansieringen vil også være om sentralfinansieringen er høyere i oppstartsfasen av en tjeneste, for deretter å avta når brukerinntektene øker i takt med bruken/nyten av tjenesten(e)<sup>9</sup>. Det vil si at sentralfinansieringen ikke er konstant over tid, men avhenger av modenhet, nytte og brukerinntekter fra tjenesten.

Dette alternativet er ikke videre vurdert i notatet. Anbefalingene som følger, tar utgangspunkt i den økonomiske rammen som foreligger.

---

<sup>9</sup> Dette kan sammenliknes med privat sektor, der bedriftene finansierer underskudd de første årene med lånte penger før fortjenesten blir positiv.

## 5 Anbefalt prismodell for søknadsmottak

### Beskrivelse av tjenesten søknadsmottak

HDS tar imot søknader fra felles søknadsskjema på helsedata.no, og leser gjennom innholdet i søknaden for å påse at søknaden er konsistent og alle nødvendige vedlegg er tilgjengelig. Ved mangler tar HDS kontakt med søker for å innhente nødvendig informasjon. Når søknaden er komplett i henhold til avtale med registerforvalter (datatilrettelegger), sendes den videre til den som skal fatte vedtak. Arbeidsprosessen er vist i **Feil! Fant ikke referanseilden..**

Behandlingstiden per søknad i HDS estimeres å ta minimum en time, men enkelte søknader kan ta betydelig lenger tid.



Figur 4 - Arbeidsprosess HDS søknadsmottak

### Anbefalt prismodell for søknadsmottak

Det anbefales å innføre en fastprismodell for søknadsmottak, det vil si et søknadsgebyr ved innsending av søknad, differensiert på antall registre det søkes data fra. Gebyr for søknad om ett register kan være rimeligere enn data fra flere registre. Årsaken til denne differensieringen forklares av variasjonen i tid det tar å behandle søknaden i søknadsmottaket.

En fastprismodell vil bidra til forutsigbarhet for søkeren. HDS har tilgang til søknadsstatistikk som kan bidra til å estimere inntekspotensial uten stor risiko. I tillegg bør det vurderes om studenter skal tilbys rabatterte priser for søknad om anonyme aggregerte data. Rabattsatsen er uavklart.

Anbefalingen forutsetter at det er juridisk grunnlag for å ta betalt for tjenesten.

### Det forventes gradvis økt nytte av søknadsmottaket

HDS tar over oppgaven fra registerforvalterne. I oppstartsfasen er mernytten sammenliknet med tidligere praksis usikker, men det forventes at nytten øker med økt modenhet og videreutvikling av tjenesten. Det forventes at søkere som søker om data fra flere helseregistre sparer tid ved å kun søke via ett søknadsskjema.

### Inntekspotensial og prisnivå for søknadmottaket i 2023:

Inntekspotensialet for tjenestene vurderes som lav til moderat, men vil overgå eventuelle administrative kostnader for fakturering og timeføring. For å illustrere et mulig inntekspotensial har vi laget et prisscenario med intervaller. Tilbakemeldinger fra søknadsbehandlere i HDS er at det som et minimum brukes 1 time for søknader fra ett register. For søknader fra flere register blir det som minimum brukt 1,5 time. Variasjonen i tidsbruk per søknad varierer stort og avhenger av bl.a. om søknaden er komplett eller ikke. Det understrekes at prisnivå ikke er endelig.

Prisscenario for 2023. Priser er eks. mva.:

- 1500 NOK – 5000 NOK for å sende inn søknad om data fra ett register
- 3000 NOK – 8000 NOK for å sende inn en ny søknad om data fra flere registre

I 2021 var det 247 søknader for data fra ett register og 249 søknader fra flere registre. Dersom det antas at antall søknader i 2023 blir likt antall søknader i 2021 vil brukerinntekter fra søknadmottaket bli 1,1 - 3,2 MNOK.

Det anbefales et prisnivå på linje med de nederste prisalternativene, prisalternativ 1 – 3, som illustrert i tabellen under.

Priskategori	Antatt antall søknader i 2023	Prisalternativ					
		Prisalternativ 1	Prisalternativ 2	Prisalternativ 3	Prisalternativ 4	Prisalternativ 5	Prisalternativ 6
Ett register	247	1 500	2 000	2 500	3 000	3 500	5 000
Flere enn ett register	249	3 000	4 000	5 000	6 000	7 000	8 000
Estimerte inntekter 2023		1 117 500	1 490 000	1 862 500	2 235 000	2 607 500	3 227 000

Figur 5: Inntektsestimater med ulike prisalternativer for søknadmottaket i 2023. Det forutsettes at etterspørselen etter data er slik som i 2021.

### Mulighet for økonomiske insentiver for å øke andelen komplette søknader

Ved å prissette på et moderat nivå (prisalternativ 3 - 4) kan det vurderes å innføres et insentiv for søkeren å utarbeide en komplett søknad ved innsending gjennom å gi en rabatt for komplett søknad på 40% av full pris. Saksbehandler vil være ansvarlig for å avgjøre hvorvidt søknaden er komplett basert på noen kriterier. Ulempen her vil være at det kan oppleves som en «straff» for førstegangssøkere, og at det kan være utfordrende å avdekke alle mulige mangler ved mottak. En fordel kan være muligheter for HDS å tilby andre tjenester som kan hjelpe alle søkere med å øke kompetanse i søknadsutfyllingen, slik at innkommende søknader i større grad er komplette og går raskere gjennom saksbehandlingsprosessen.

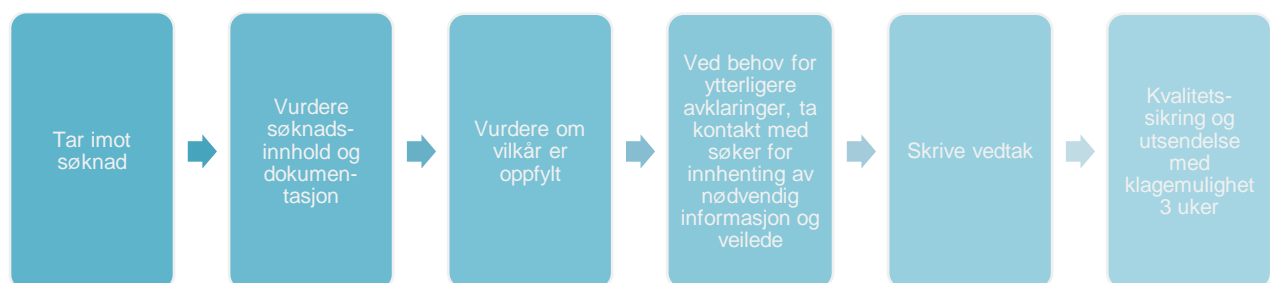
## 6 Anbefalt prismodell for saksbehandling for å fatte vedtak

### Behov for juridiske avklaringer

Denne tjenesten er kun aktuell dersom vedtaksmyndighet besluttes overført til HDS. Per i dag har ikke HDS vedtaksmyndighet, og kan således ikke tilby denne tjenesten. Det gjøres for tiden en vurdering om HDS skal og bør overta vedtaksmyndighet.

### Beskrivelse av tjenesten «saksbehandling for å fatte vedtak»

Dersom HDS overtar vedtaksmyndighet vil HDS foreta en juridisk vurdering og har ansvar for saksbehandlingen for å fatte vedtak for søknaden, inkludert behandling av vedtaksklage. Dersom det er juridiske vilkår som ikke er oppfylt, initierer HDS kontakt med søkeren. HDS skriver vedtaket før det til slutt gjøres en kvalitetssjekk og utsendelse. Fra dette tidspunktet har søkeren klagemulighet i 3 uker. Dersom søkeren klager, vil HDS gjøre en ny vurdering. En komplett juridisk vurdering av en søknad kan variere stort i arbeidstid. Det er stor variasjon mellom saksbehandlingen av anonyme aggregerte data og personidentifiserbar data, som tar lenger tid. Dersom søknaden er 100% komplett juridisk sett, vil behandlingen ta ca. en time, men dersom det foreligger mangler kan det ta 15 timer eller mer for å ferdigbehandle søknaden. Tilbakemeldingen er at majoriteten av søknadene ikke er 100% juridisk komplett.



Figur 6 - Arbeidsprosess HDS saksbehandling for å fatte vedtak

### Anbefalt prismodell for søknadmottak

Hvis det besluttes at HDS skal overta vedtaksmyndighet anbefales det en timeprisbasert brukerbetaling. En timeprisbasert prismodell innebærer at søkeren betaler for antall timer brukt til å vurdere vedtak for søknaden. Dette gir HDS forutsigbarhet for å dekke sine kostnader.

Anbefalingen innebærer at søkeren får en mindre forutsigbar kostnad for sin søknadsbehandling. Når det er opparbeidet statistikk over tidsbruk for vedtakssaksbehandling bør det vurderes om fastprismodeller er mulig også for denne tjenesten.

Det er en risiko for at detaljert timeføring kan føre til at deler av arbeidstiden til saksbehandlerne blir brukt til timeføring. Dette er vurdert som en lav risiko, i og med at tidsbruksstatistikken er nyttig for å kunne effektivisere tjenestene og eventuelt lage fastprismodeller på sikt.

### **Forventet nytte av vedtaksbehandling i HDS**

Den forventede nytten av vedtaksbehandling i HDS blir i sin helhet beskrevet i egen rapport vedtaksmyndighet kan og bør overføres til HDS, under delkapittel 4.1 i utredningsoppdrag vedtaksmyndighet. Overordnet omfatter de positive effektene blant annet:

1. «En vei inn»
2. Enhetlig veiledning i søknadsprosessen
3. En samlet vurdering av dokumentasjon
4. Ett vedtak for søker
5. «En vei inn» for klagebehandling
6. Intensjon i helseregisterloven
7. Harmonisering og forutsigbarhet
8. Sentralisert nøkkelhåndtering

### **Inntekspotensial og prisnivå i 2023:**

Hvilken timepris søkeren skal belastes er ikke avklart per nå, men som et referansepunkt bør det ligge på minimum Helsedirektoratets saksbehandlingsrater som per i dag er 1100 NOK eks. mva<sup>10</sup>. Med et tillegg for konsumprisindeksen og forvaltning av våre systemer benytter vi derfor 1155 NOK eks. mva. i våre estimatberegninger.

En sentral faktor som vil påvirke det årlige inntektsestimatet for denne tjenesten er hvilket register og fra hvilket tidspunkt HDS evt. skal overta vedtaksmyndighet for i 2023. Dette er fortsatt uklart. Samtidig er det en forutsetning i estimatet at det vil være mulig å ta betalt for alle (nye) søknader. En viktig faktor for inntekspotensialet er forskriften, som vil regulere hvilke søknader HDS skal behandle og kan ta betalt for, og hvilke register HDS skal overta vedtaksmyndighet for.

En komplett søknad fra et juridisk perspektiv kan ta en time dersom den er komplett, mens en ufullstendig søknad kan ta mellom 15-20 timer å behandle. I virkeligheten vil saksbehandlingstiden variere i stor grad. Tilbakemeldingen fra juridisk saksbehandler er at majoriteten av søknadene har mangler. I inntektsestimeringen er det gjort grove antakelser på medgåtte arbeidstimer for vedtaksmyndighet. Detaljer på beregningsgrunnlaget kan leses under vedlegg B. Det er usikkerhet tilknyttet antakelsene om timebruk. Tabell 1 oppsummerer inntektsestimatene, gitt ulike scenarier.

---

<sup>10</sup> Kilde: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr/sok-om-data-fra-npr>

Tabell 1: Estimert inntekspotensial i 2023 for saksbehandling for å fatte vedtak. Inntektsestimatet er inndelt i ulike scenarier.

Scenarier	1. Overtakelse vedtaksmyndighet fra FHI, Kreg og Hdir fra 01.01.23	2. Overtakelse vedtaksmyndighet FHI 01.01.23 og Kreg fra 01.09.23	3. Overtakelse vedtaksmyndighet FHI 01.01.23, Kreg 01.04.23, Hdir 01.09.23
Registerforvalter	Årlig inntektsestimat i MNOK	Årlig inntektsestimat i MNOK	Årlig inntektsestimat i MNOK
<b>FHI</b>	2,7	2,7	2,7
<b>Kreg</b>	1,0	0,3	0,7
<b>Hdir</b>	1,9	0,0	0,6
<i>Estimert totale inntekter i 2023</i>	5,6	3,0	4,0



# Vedlegg:

## A Vurdering av ulike prismodeller

I tabellene under er det vedlagt en beskrivelse av mulige prismodeller, med tilhørende fordeler og ulemper.

### Timebaserte priser vs. fastpriser

Tabell 2: Fordeler og ulemper ved timeprisbasert- eller fastprismodell. Tabellen tar ikke stilling til total kostnaden for brukeren, dette er adressert i andre deler av rapporten.

Prismodell	Variabel pris, timebasert	Fast pris, gebyr
Forklaring	HDS tar betalt for tjenesten ved å belaste brukeren for antall timer brukt til å utføre tjenesten(e)	HDS fastsetter faste gebyrer for tjenesten(e)
Fordeler med prismodellen- for brukeren	Kjent med en slik prismodell i dag.	Modellen vil gi forutsigbare priser for sluttbruker
Ulemper ved prismodellen- for brukeren	Lav grad av forutsigbarhet for søkeren (ulempen kan reduseres ved å lage gode priseksempler, men avvik er sannsynlig)	Risiko for at generaliseringen i en evt. fastprismodell ikke er hensyntatt behandlingstid forholdsmessig for en andel søknader, da søknadsinnholdet varierer stort. En kostnad de ikke har i dag.
Fordeler med prismodellen- for HDS	- Kostnadsdekningen blir mindre usikker, store deler av løpende ressursbruk blir dekket - Faktiske kostnader ved å behandle søknaden blir synlig	Kommunikativt fordelaktig da prisen er klar med hensyn til objektive søknadskriterier.
Ulemper ved prismodellen- for HDS	Det er tidskrevende og utfordrende å registrere detaljert tidsbruk per søknad	Modellen medfører usikkerhet rundt kostnadsdekning fordi det er utfordrende å estimere inntekter i en oppstartsfasen.
Andre merknader	Andre sammenliknbare tjenester (søknad og tilrettelegging av data) bruker timebaserte prismodeller.	I privat sektor er bruk av faste priser mer utbredt sammenliknet med timebaserte prismodeller Prisnivå på fastpris og forventet nytte av løsningen bør sammenfalle.

### Ulike priskategorier for fastpriser

Tabell 3: Hvis det skal innføres en fastprismodell kan ulike objektive kriterier brukes for å lage ulike prisgrupper. Følgende varianter har blitt vurdert i dette arbeidet:

Alternativer	Forklaring	Fordeler	Ulemper
A: Alle søknader betaler likt gebyr	Det skiller ikke mellom ulike typer søknader og søker.	Enkelt å administrere for HDS Enkelt å forstå for bruker.	Kan gi en uheldig fordeling av kostnader for enkle søknader vs. mer komplekse søknader
B: Prisen varierer med type data	Skiller mellom personidentifiserbare data og anonyme aggregerte data	Personidentifiserbare data kan være mer tidskrevende å behandle, et skille kan gi en	Type data isolert sett sier ikke mest om kompleksiteten og saksbehandlingstiden

		mer rettferdig prisfordeling.	
C: Prisen varierer med antall registre involvert i søknaden	Prisen øker med antall registre.	Behandlingstiden øker med antall registre, ved å la prisen variere med antall registre vil prisen bli mer rettferdig fordelt.	For nye brukere av helsedata kan det være utfordrende å forstå hvor mange registre som er involvert.
D: Prisen varierer med type søknad	Skiller mellom: Ny søknad, endret søknad og oppdatert datasett (som allerede ligger i vedtak)	Små endringer i søknaden (som navnebytte) er mindre ressurskrevende enn en ny søknad. En differensiering kan gjøre prisfordelingen mer rettferdig.	Det kan være ressurskrevende å avklare om endringen i søknad er stor eller liten.
E: Kombinasjon med flere objektive kriterier	En kombinasjon av B, C og/eller D.	Flere priskategorier vil gi en mer rettferdig prisfordeling mellom søknader som er «enkle» og søknader som er komplekse.	Administrativt krevende å følge opp.  Mer kompleks prismodell for brukeren.

### Prisdifferensiering mellom ulike brukergrupper

Hvorvidt HDS skal tilby ulike priser til ulike type brukere, for eksempel private og offentlige aktører, kan diskuteres. I arbeidet med finansieringsmodeller i 2020 ble det besluttet å ikke prisdifferensiere<sup>11</sup>. Dette ble forklart med at:

- 1) Partnere kan ha ulike organisasjonsformer og prosjektet kan ha flere ulike sluttprodukter. Det vil her være krevende å beslutte riktig kategori. Det vil potensielt kunne oppstå situasjoner der prosjektene eller prosjektsøknadene tilpasses for å oppnå en lavest mulig pris, f.eks. ved å la den parten med lavest pris søke på vegne av øvrige.
- 2) Ulike priskategorier vil øke det administrative ressursbehovet hos Helsedataservice. Videre, selv om prisdifferensiering i seg selv ikke er ulovlig, vil både prisstrukturen og praktiseringen av denne måtte unngå usaklig forskjellsbehandling og diskriminering av sammenlignbare grupper. Dette kan øke behovet for dokumentasjon, saksbehandling og løpende juridiske vurderinger.
- 3) Alle typer bruk av helsedata i godkjente prosjekter gi samfunnsgevinster ved bruk. Disse gevinstene vil ikke nødvendigvis reflekteres i en differensiert prismodell.

I 2023 er inntekspotensialet fra brukerinntekter til HDS begrenset og en prisdifferensiering vil trolig ikke bidra med store ekstraintekter. Dersom vi ser dette i sammenheng med den administrative byrden ved å prisdifferensiere er trolig gevinsten liten for dette i 2023. Det anbefales derfor ikke å prisdifferensiere på kort sikt. Dette kan imidlertid vurderes på nytt når tjenestetilbudet blir større og inntekspotensialet blir større av å prisdifferensiere.

<sup>11</sup> Begrunnelsen for det kan leses i rapport om finansieringsmodell kapittel 6.2.2.  
<https://www.ehelse.no/publikasjoner/finansieringsmodell-for-helseanalyseplattformen-og-helsedataservice>

# B Etterspørselsvurdering og beregning inntekspotensialet

## **Etterspørselsvurdering for søknader til HDS**

På bakgrunn av målepunktskjemaet for søknadmottaket til HDS fører vi statistikk på innkommende søknader med detaljer. Fra 2020 til 2021 ble det registrert en økning på 9%, som tilsvarer en økning på 43 søknader. I første kvartal 2022 sammenlignet mot samme periode 2021 har det derimot vært en nedgang i søknadsmassen på 15%, som er en reduksjon på 23 søknader.

I våre beregninger har vi tatt utgangspunktet i 2021 søknadsvolum med de tilhørende søknadstypene uten å utføre noen justeringer i etterspørselen. Per nå er det få indikasjoner som indikerer en markant økning eller nedgang i søknadsmassen. Å bruke historisk etterspørsel vil trolig gi en grei indikasjon gitt dagens forutsetninger.

## **Beregning av inntekspotensialet for saksbehandling for å fatte vedtak**

I våre inntektsberegninger er det tatt noen forutsetninger på timeforbruk i saksbehandlingen. Videre er det forutsatt at det kan tas betalt for alle nye søknader og prosjektendringer fra de respektive registerforvaltere.

- 1) Beregning av maks total inntekspotensiale for en 12 måneders periode

**Forutsetninger (timerate eks. mva. og estimert snitt saksbehandlingstid)**

Timerate, juridisk saksbehandler	1155	NOK
AA data - ett register	1	Timer
AA data - flere enn ett register	2	Timer
PI data - ett register	13	Timer
PI data - flere enn ett register	18	Timer

Vedtaksmyndighet over KREG	Antall søknader i 2021	Estimert årlig inntekt
AA data - ett register	16	18 480
AA data - flere enn ett register	9	20 790
PI data - ett register	11	165 165
PI data - flere enn ett register	37	769 230
<i>SUM</i>	73	973 665

Vedtaksmyndighet over FHI	Antall søknader i 2021	Estimert årlig inntekt
AA data - ett register	63	72 765
AA data - flere enn ett register	24	55 440
PI data - ett register	20	300 300
PI data - flere enn ett register	111	2 307 690
<i>SUM</i>	218	2 736 195

Vedtaksmyndighet over HDIR	Antall søknader i 2021	Estimert årlig inntekt
AA data - ett register	33	38 115
AA data - flere enn ett register	20	46 200
PI data - ett register	6	90 090
PI data - flere enn ett register	84	1 746 360
<i>SUM</i>	143	1 920 765

<b>TOTALSUM Antatt maks inntekspotensiale</b>	<b>434</b>	<b>5 630 625</b>
---	------------	------------------

2) Beregning av de andre scenariene:

2. Overtakelse vedtaksmyndighet FHI 01.01 og Kreg fra 01.09.  
 FHI 2,7 MNOK + KREG (1,0 MNOK \* 4/12) = 3,0 MNOK

3. Overtakelse vedtaksmyndighet FHI 01.01, Kreg 01.04, Hdir 01.09  
 FHI 2,7 MNOK + KREG (1,0 MNOK \* 9/12) + Hdir 1,9 MNOK \* 4/12) = 4,9 MNOK

## C Administrative kostnader

### Ordresystem i 2023

Per i dag foreligger det ikke et kunde- og ordresystem, og det må da vurderes hvorvidt det er hensiktsmessig å gå til innkjøp av dette, eller undersøke med DFØ om de har en eksisterende løsning som kan brukes. Et kortsiktig alternativ er å holde system på dette gjennom regneark, og som må vedlikeholdes manuelt. Det kortsiktige alternativet kan være tidkrevende, og inneholde relativt høy risiko for feil. Dette anses som lite bærekraftig løsning, men muligens en brukbar løsning for en tidsbegrenset periode.

### Faktureringssystem i 2023

For fakturering av arbeidet til HDS er det identifisert tre alternativer:

- 1) E-helse håndterer faktureringen selv, det vil si at sluttbruker får en faktura fra E-helse i tillegg til faktura(ene) fra registerforvalter
- 2) Faktureringen kan foregå via registerforvalter der en linje i deres faktura synliggjør søknadsgebyret
- 3) E-helse sender ut en samlet faktura til sluttbruker, for deretter å fordele fakturaen

Styingsrådets tilbakemeldinger fra 07.04.22 var at det var ønskelig å ha en enhetlig opplevelse for brukeren av helsedata (søkeren), og derfor var alternativ tre foretrukket så langt det er praktisk mulig.

På kort sikt virker det noe administrativt krevende å samstemme fakturaene og sende ut en samlet faktura til brukeren av helsedata. Alternativ 3 anbefales derfor ikke på kort sikt under etablering.

Alternativ 2 er i likhet med alternativ 3 mer administrativt tidkrevende i og med at ikke alle utleveringer resulterer i en faktura fra registerforvalter til søkeren.

Det anbefales derfor at E-helse, på kort sikt, håndterer faktureringen for arbeidet i HDS separat fra registerforvalterens faktureringsprosess. Det bør dog arbeides underveis for å kunne gi mer enhetlig brukeropplevelsen, i samarbeid med registerforvaltere.

### **Oppfølgingssystem i 2023**

Når det faktureres, må det også påregnes arbeid knyttet til kundeservice for fakturaspørsmål og evt. inkassohåndtering. Noen må ha ansvaret for å håndtere dette, og det er antatt at Direktoratet for e-Helse må ta ansvar for dette.

### **Administrative kostnader for å drifte fakturasystemet i 2023**

Egeninnsats for å administrere faktureringen internt anslås å ha en kostnad på mellom 60 – 120 kroner per faktura. Det er basert på at det tar om lag fem minutter hos regnskap å lage en faktura manuelt, basert på et komplett og riktig ordregrunnlag med få ordrelinjer, til eksisterende kunde. Det forventes rundt 500 fakturaer i året. Med disse forutsetningene anslås det en årlig forvaltningskostnad på ca. 30 000 – 60 000 kr. I tillegg vil det være forvaltningsorganisasjonen som må administrere oversikten og grunnlaget. Det er nærliggende at den totale administreringen vil komme godt under 100 000 kr årlig.

## **D Sentrale erfaringer fra tidligere arbeid med finansieringsmodeller**

Ved nye satsninger og tjenester må det utarbeides nye vurderinger av hvordan tjenestene skal finansieres i sin helhet. Opprinnelig ble det anbefalt en finansieringsmodell i 2020<sup>12</sup> for

---

<sup>12</sup> <https://www.ehelse.no/publikasjoner/finansieringsmodell-for-helseanalyseplattformen-og-helsedataservice>

hele helsedatasatsningen. Høsten 2021 ble det besluttet å pause utviklingen av Helseanalyseplattformen av juridiske årsaker<sup>13</sup>. Dette påvirket også i stor grad anbefalt finansieringsmodell. Det anbefales at erfaringene fra arbeidet med finansieringsmodellen og forsøket om å innføre denne i 2021 tas med i det videre arbeid. Sentrale læringspunkter er blant annet at:

- Ulike brukergrupper av helsedata har ulik betalingsevne og betalingsvilje. Det er blant annet en stor forskjell mellom forskningsprosjekter som har ekstern finansiering og mindre prosjekter som ikke har finansiering.
- Inntektspotensialet som var lagt til grunn i opprinnelig finansieringsmodell var overvurdert og i noen tilfeller ikke tilstrekkelig kartlagt. For å avklare andelen sentralfinansiering og sette tydelige kostnadsrammer for drifts- og forvaltningskostnader er dette viktig i videre arbeid.
- Sentralfinansieringen på rundt 40,9 MNOK i året fremkommer som lav i forhold til ambisjonene for den totale satsningen. Sentralfinansieringen vil i stor grad sette rammene for varige drifts- og forvaltningskostnader. Det er viktig å se kostnadsrammen i sammenheng med forventet samlet inntektspotensial, det vil si sentralfinansiering + brukerfinansiering.
- For fremtidige tjenester bør en eventuell sentralfinansiering konstrueres slik at den ikke hemmer innføringen av løsningen. Nytte av en ny tjeneste er usikker i startfasen og brukere bør ikke belastes for høye priser for tjenester som ikke er ferdigutviklet. Høye priser i startfasen er også hemmende for økt etterspørsel etter tjenesten. Sentralfinansieringen i en finansieringsmodell som kombinerer sentralfinansiering og brukerbetaling kan med fordel være høyere i oppstartsårene, for deretter å gradvis avta når bruken av tjenesten og nytten øker. Dette kan sammenliknes med privat sektor, der bedriftene finansierer underskudd de første årene med lånte penger før fortjenesten blir positiv.
- Transparente prosesser med registerforvaltere og andre samarbeidsparter må vektlegges, blant annet omhandler dette budsjettmessige konsekvenser for hver virksomhet.
- For endringer som medfører budsjettmessige konsekvenser for andre virksomheter bør en nøytral tredjepart være prosessdriver for å sikre fremdrift og konstruktive diskusjoner.
- Prisnivå for nye tjenester kan ikke sammenliknes direkte med nåværende prisnivå. Det ble avdekket at registerforvalterne over tid ikke har fakturert faktiske kostnader og at fakturagrunnlaget varierer mellom ulike registerforvaltere og for ulike formål.
- For enkelte registerforvaltere er faktureringsstrategien knyttet opp mot faglig utvikling og vedlikehold av kvalitetsregistrene. En fremtidig finansieringsmodell må ta hensyn til faglige konsultasjoner.

---

<sup>13</sup> <https://www.ehelse.no/aktuelt/setter-arbeidet-med-helseanalyseplattformen-pa-pause>