



Helse- og omsorgsdepartementet

Vår referanse
24/00301-3

Dato
20. juni 2024

Høringssvar –registrering av aktivitet fra privatfinansiert helse- og omsorgstjeneste og krav til format ved avlevering

Den norske tannlegeforening (NTF) avgir med dette høringssvar til forslag om endring av norsk pasientregisterforskriften, kommunalt pasient- og brukerregisterforskriften og pasientjournalforskriften om registrering av aktivitet fra privatfinansiert helse- og omsorgstjeneste og krav til format ved avlevering av pasientjournal ved opphør og overdragelse av virksomhet.

NTF har fått utsatt høringsfrist til 20. juni 2024. Høringssvaret er rettidig.

Departementet foreslår å inkludere aktivitet fra privatfinansierte spesialisthelsetjenester i Norsk pasientregister (NPR) og privatfinansierte helse- og omsorgstjenester i kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Forslaget endrer NPR-forskriften § 1-5 og KPR-forskriften § 3-1, og betyr at privatfinansiert helse- og omsorgstjeneste skal melde samme aktivitet til NPR og KPR som de offentlige aktørene. NTF er sterkt kritiske til departementets forslag i høringsnotatet.

1 Bakgrunnen for forslaget

Det er et viktig mål for departementet at befolkningen skal ha tilgang til gode offentlige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av den enkeltes evne til å betale. For å sikre dette, er det nødvendig med et bredt kunnskapsgrunnlag. Det forutsetter bl.a. at man har samme kunnskap (aktivitetsdata) om privatfinansierte helse- og omsorgstjenester, som offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester.

Det fremgår at *«uten aktivitetsdata fra privatfinansiert helse- og omsorgstjeneste, har vi heller ikke grunnlag for å si noe om sammenhengen mellom ventetiden for behandling i offentlig helse- og omsorgstjeneste og valg av behandling hos privatfinansierte helse- og omsorgstjenester.»*

NTF savner beskrivelser av konkrete situasjoner der det både er nødvendig med fullstendig oversikt over helsehjelpen som gis i privat sektor, og hvem som har mottatt den, for å kunne planlegge og

finansiere de offentlige tjenestene, samt hva denne innsamlingen skal medføre av konkrete forbedringer for den enkelte pasient. Ventetiden i det offentlige er for enkelte tjenester svært lang. At enkelte pasienter velger å gå privat som følge av det er naturlig, men man vil ikke få svar på hvilke pasienter som for eksempel oppsøker en privatpraktiserende psykolog på grunn av ventetid, og hvilke pasienter som gjør det fordi de ikke ønsker at det offentlige skal være kjent med at de har oppsøkt psykisk helsehjelp. De fleste får heller ikke tilbud om verken psykologhjelp eller tannbehandling i det offentlige. Det bør være godt kjent, og dermed mulig å planlegge sin egen tjeneste, basert på de pasientene man faktisk har behandlingsansvar for.

Som det fremgår av tidligere høringssvar av 22. mars 2017 til forslag om ny KPR-forskrift er NTF sterkt uenig i at virkeområdet for KPR kan utvides slik det er gjort for tannhelsetjenester.

Frem til forskriftsendringen 6. mai 2022 var forskriftens virkeområde ifølge § 1-2 begrenset til tannhelsetjenester «etter tannhelsetjenesteloven § 1-3». Dette gjorde det rimelig å anta at tannhelsetjenester som i sin helhet er privatfinansiert, ikke kunne kreves innrapportert til KPR.

Endringen, som innebar at «etter tannhelsetjenesteloven § 1-3» ble fjernet, ble imidlertid ikke gjort til gjenstand for høring etter reglene i fvl. § 37. Dette er en klar saksbehandlingsfeil som etter omstendighetene (eventuelt per analogi fra fvl. § 41) kan gjøre vedtaket ugyldig.

Endringen klargjorde at en stor gruppe av helprivate næringsdrivende som utgangspunkt ville være omfattet av innrapportering til KPR. At gruppen ikke fikk anledning til å uttale seg før endringen ble vedtatt, var i seg selv klart uheldig.

I motsatt retning kan det hevdes at saksbehandlingsfeilen ikke betyr noe etter at den nye bestemmelsen i KPR-forskriften § 3-1 fjerde ledd ble vedtatt 1. november 2022 ved at overskriften i forskriften § 1-2 («virkeområde») er av overordnet karakter og som utgangspunkt avgrenser hvilke spørsmål forskriften ellers kan behandle, innebærer ikke i seg selv at paragrafen går foran andre bestemmelser (her: § 3-1, (første og tredje ledd gjelder også for private virksomheter som yter tannhelsetjenester uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune)) i samme forskrift. Dette gjelder i alle fall så lenge begge bestemmelser er fastsatt av samme myndighet, dvs. Kongen i statsråd.

KPR-forskriften § 3-1 fjerde ledd er imidlertid ikke fastsatt av Kongen, men av et underordnet organ. Dette har skjedd med henvisning til § 3-1 andre ledd om Helsedirektoratets delegerte kompetanse til å fastsette nærmere forskrifter om meldeplikt for «private tjenesteytere uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune som yter helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå». Selv om vi er på et område der «begrepsbruken» ifølge departementet selv (brev av 10. februar 2022 til Helsedirektoratet) «ikke alltid er konsistent», må man kunne legge til grunn at det anvendelsesområdet som under enhver omstendighet følger av § 3-1 andre ledd, passer inn i forskriftens virkeområde slik det var angitt i § 1-2 før 6. mai 2022.

Ettersom kompetansen etter § 3-1 andre ledd ikke gir forvaltningen adgang til å fravike bestemmelser i loven, lå den utvidelsen til helprivat tannhelsetjeneste som direktoratet selv vedtok klart utenfor dette området. Det samme gjelder for de utvidelser som nå foreslås i høringsnotatet. NTF fastholder at utvidelsene av KPR forutsetter endringer i helseregisterloven som må forelegges Stortinget for å sikre etterfølgelse av grunnleggende demokratiske prinsipper. Det er ikke

tilstrekkelig å vise til 10 år gamle, generelle uttalelser om personvern og at loven ikke skiller mellom privat og offentlig sektor.

2. Kommentarer til enkelte beskrivelser i høringsnotatet

NTF vil knytte noen bemerkninger til enkelte beskrivelser i høringsnotatet:

2.1 Om rettstilstanden i Danmark og Sverige:

«I Danmark er det etter det departementet forstår obligatorisk innrapportering til Landspasientregisteret for private sykehus. I Sverige finnes det et pasientregister med opplysninger om spesialisthelsetjenester, definert som «slutenvård». Rapporteringsplikt er knyttet til formålet i den svenske helseregisterloven (Lag (1998:543) om hälsodataregister) som slår fast at alle virksomheter kan pålegges rapporteringsplikt, så lenge det er etter formålet med registeret.»

Det ovenstående sier ingenting om hvilke hjemler som er gitt i våre nabolands nasjonalforsamlinger, om den enkelte borger er gitt reservasjonsrett eller hvilke vurderinger som er gjort i forkant.

Av nettstedet www.sundhedsdatastyrelsen.dk kan det imidlertid se ut som om det er lagt ned mye arbeid i å formidle hva opplysningene brukes til, i sterk kontrast til tilstanden i Norge. For KPR, som er ment å gi befolkningen en viss grad av valgfrihet og en viss mulighet til å reservere seg, vil informasjonen som gis være helt avgjørende for at de skal forstå sine rettigheter. Både at det samles inn omfattende mengder data, hva den brukes til, av hvem og til hvilke formål er tilsynelatende lite kjent for innbyggerne. Etter helseregisterloven § 23 skal dataansvarlig som behandler opplysninger etter forskrift i medhold av §§ 8 til 11 av eget tiltak informere allmennheten om hva slags behandling av helseopplysninger som foretas. Denne plikten kan i liten grad sies å være oppfylt.

2.2 Identifisering av over- og underforbruk

Departementet uttaler at *«Det er viktig å ha en nasjonal oversikt over bruk av bildediagnostikk for å kunne følge med og identifisere overbruk og underforbruk. Manglende oversikt over privatfinansiert aktivitet gjør det vanskelig å identifisere unødvendige undersøkelser av pasienter. Det gjelder særlig for virksomheter som tilbyr helsekontroller av personer uten symptomer. ... Etter det departementet har forstått, er det i dag to store privatfinansierte tilbydere av bildediagnostikk med til sammen 28 røntgeninstitutter spredt rundt i landet og 6 mindre tilbydere. I tillegg er det noen mindre klinikker som benytter seg av mobile C-buer til bildeveilede prosedyrer og andre som kun tilbyr beintetthetsmålinger for diagnostisering av osteoporose.»*

Det ble understreket fra Helsedirektoratets side etter at de privatpraktiserende tannlegene fikk meldeplikt til KPR, at opplysningene som ble meldt inn ikke skulle brukes til kontroll av den enkelte tannlege. Kontroll med helsepersonell er en oppgave som tilligger Statsforvalteren og Statens helsetilsyn, og det er vanskelig å se at det passer inn i forskriftens formål at databehandler skal kunne bruke data til kontroll og kvalitetssikring av private virksomheter.

2.3 Personvern vurderinger ved utvidelse av registrene

Personvern og informasjonssikkerhet

Det brukes mye plass i høringsnotatet på å beskrive tekniske innretninger og til generelle betraktninger om personvern, informasjonssikkerhet og reservasjonsrett. Som i tidligere høringer om KPR skiller ikke departementet mellom informasjonssikkerhet og personvern, og utviser manglende forståelse for at enkeltpersoner kan ha et helt legitimt ønske om å oppsøke en helsetjeneste og samtidig reservere seg mot at ens identitet, diagnose og andre private forhold skal måtte deles med myndighetene. Det drøftes ikke at innsamling av store mengder data om egen befolkning er egnet til å svekke den tilliten innbyggerne har til staten.

Etter departementets vurderinger helliger målet middelet: *«Nytten er i denne sammenhengen knyttet til at hele befolkningen skal ha tilgang til gode offentlige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av den enkeltes evne til å betale.»* Det tilbys ingen forklaring på hvorfor myndighetene må kjenne enkeltpersoners identitet og diagnoser for å gi et tilstrekkelig offentlig helsetilbud til dem som trenger det.

Om reservasjonsrett

«Departementet mener at fordelene med å utvide registrene med opplysninger om privatfinansierte helse- og omsorgstjenester er betydelige. Departementet ser også at en utvidelse vil ha personvernulempen for de enkelte. Registrering av helseopplysninger i sentrale registre, vil for enkelte kunne oppleves som ubehagelig, særlig fordi registreringen ikke er samtykkebasert. Risikoen for at en meldeplikt for private virksomheter vil kunne føre til at pasienter og brukere vil unnlate å oppsøke helsehjelp, eller oppsøke helsehjelp i utlandet, fremstår etter departementets vurdering imidlertid som liten.»

Departementet har ikke gitt til kjenne å ha innhentet noen vurderinger rundt hvor mange som vil vegre seg for å oppsøke helsehjelp på bakgrunn av dette. Det er lite kjent for befolkningen at det samles inn data i det enorme omfanget som pågår i Norge, og med utvidelsen som nå foreslås vil det ikke engang være mulig å oppsøke psykolog uten at myndighetene får kjennskap til det. NTF mener at dette er svært bekymringsfullt.

Departementet viser til at det i forarbeidene er lagt til grunn at en generell reservasjonsrett vil innebære at registeret kan få for dårlig datakvalitet og at formålet med registeret ikke kan nås. Det er ikke utredet eller vurdert hvorvidt en generell reservasjonsadgang faktisk ville ha medført et stort frafall og dårlig dekningsgrad i registeret.

Det må kunne legges til grunn at Helsedirektoratet har oversikt over antall personer som har reservert seg mot det man kan reservere seg mot i KPR. Det er grunn til å tro at dette tallet hadde vært lagt frem i høringen dersom det hadde vært tale om vesentlig frafall. Å ikke benytte seg av egne tall er i alle tilfeller en svakhet ved høringen.

NTF mener dessuten at det ikke er begrunnet og dokumentert hvorfor et frafall ville ha medført en så betydelig reduksjon av registerets nytteverdi som det hevdes i høringsnotatet. Det tilbys ingen redegjørelse basert på faglige vurderinger knyttet til bruk av data og betydningen av frafall.

Det vises i denne sammenheng til Datatilsynets høringssvar om ny KPR-forskrift i 2017:

«I sykdomsregistre, som for eksempel Kreftregisteret, er det viktig at alle er med for å få riktige resultater fra forskningen. I KPR er situasjonen en annen fordi det vil være mulig å planlegge, styre og

evaluere helsetjenesten uten at alle enkeltindivider er med. En kommune vil kunne ha oversikt over tilfeller som ikke kommer med i KPR og kan justere for dette når de skal planlegge. Når formålet er planlegging, styring og evaluering mener vi dette kan gjennomføres samtidig som man ivaretar grunnleggende personverninteresser bedre. En reservasjonsrett mot registrering ut over det som er nødvendig for oppgjørstjenesten (KUHR) vil ikke nødvendigvis hindre at det samles nok data til å gi et langt bedre styringsgrunnlag enn det man har i dag. Vi mener også at man har valgt den mest inngripende løsningen, uten å først ha testet ut hvilken virkning den mindre inngripende varianten ville hatt. Departementet har hatt mulighet til å i første omgang opprette et KPR med en generell reservasjonsadgang. Dersom innføringen av en generell reservasjonsrett mot opplysninger (som ikke er nødvendige for finansieringsformål) fører til at formålet med KPR ikke oppnås, kan det gjøres nødvendige endringer i ettertid. En slik beslutning vil da være basert på faktisk kunnskap om omfanget av reservasjon og faktiske virkninger av dette. En slik mulighet er ikke drøftet eller vurdert i forslaget.»

NTF støtter fullt ut at en generell reservasjonsrett i det minste må forsøkes før den kan avfeies. Konsekvensene er langt større dersom enkeltpersoner lar være å oppsøke helsehjelp enn ved at et register ikke omfatter 100 % av befolkningen.

2.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget får administrative og økonomiske konsekvenser for virksomheter som tidligere ikke har hatt meldeplikt og som benytter pasientjournaler som mangler funksjonalitet for innrapportering i henhold til meldeplikten. Det vil for disse virksomhetene påløpe utviklingskostnader for å kunne rapportere via meldingstjenesten til Norsk Helsenett.

Estimater for denne tilpasningen er ifølge departementet på opp mot 50 000 kroner, og det er forventet at den enkelte systemleverandør priser denne utviklingskostnaden inn i den totale lisenskostnaden virksomheten betaler for bruk av systemet. Det fremkommer ikke hvordan myndighetene har kommet frem til dette estimatet. Erfaringsmessig er det svært kostbart å utvikle nye løsninger, og det fremstår som sannsynlig at totalkostnaden vil være langt høyere enn det som estimeres i høringen.

Det må etter NTFs syn kunne forventes at myndighetene står for denne kostnaden, siden det er av hensynet til offentlige tjenester og egen nytteverdi pålegget gis. Virksomhetene som nå pålegges plikter er helprivate, og drives uten offentlige tilskudd. Nye plikter som er kostbare å oppfylle utgjør en kostnad som i sin tur vil måtte veltes over på pasientene, og NTF etterspør en avklaring av hvordan myndighetene mener at påleggene skal finansieres.

3 Krav til format ved avlevering av pasientjournaler - vurderinger og forslag

Departementet mener det er behov for at hvert enkelt journalsystem har en funksjonalitet både for å generere PDF av hver journal og for å sende alle PDF-er samlet til Norsk helsearkiv. NTF har forståelse for at dette er en viktig forutsetning for å kunne fremskaffe journalopplysninger som er avlevert til arkivet.

Departementet mener det ikke er realistisk at dette kan løses ved utvikling av løsninger i Norsk helsearkiv. Det tilbys imidlertid ingen forklaring på hvorfor denne oppgaven ikke kan løses av det offentlige.

Departementet vurderer at kostnadene ved avlevering til Norsk helsearkiv er en naturlig avslutning på det ansvaret som virksomhetene har for pasientjournalene, og at gode grunner taler for at kostnader bæres av avleverende virksomhet. Paradokset er at der en tannlege overlater driften til en ny tannlege, overføres journalene dit. Journaler kan slettes når det ikke lenger er behov for å oppbevare dem, så der det har gått lang nok tid vil det ikke utløses noen plikt til å avlevere journalene til Norsk helsearkiv. Det er grunn til å tro at flere vil overføre journalen til en ny behandler fremfor å måtte avlevere dem til arkivet dersom kostnadene blir for store.

NTF støtter Regelrådets høringssvar i sin helhet. Det fremgår ikke hvor beløpene er hentet fra, eller et alternativ der det offentlige selv bekoster løsningene. Private virksomheter har ikke driftstilskudd, og blir stadig pålagt nye plikter av det offentlige som de selv må bekoste. Dette er kostnader som også her i sin tur vil måtte veltes over på brukerne av tjenestene.

Med vennlig hilsen
Den norske tannlegeforening

Heming Olsen-Bergem
Heming Olsen-Bergem
President

Silje Stokholm Nicolaysen
Silje Stokholm Nicolaysen
Advokatfullmektig

Signature: *Heming Olsen-Bergem*
Heming Olsen-Bergem (Jun 20, 2024 14:24 GMT+2)
Email: heming@tannlegeforeningen.no

Signature: *Silje Marie Stokholm Nicolaysen*
Email: silje.nicolaysen@tannlegeforeningen.no

Høringssvar –registrering av aktivitet fra privatfinansiert helse- og omsorgstjeneste og krav til format ved avlevering

Final Audit Report

2024-06-20

Created:	2024-06-20
By:	Silje Marie Stokholm Nicolaysen (silje.nicolaysen@tannlegeforeningen.no)
Status:	Signed
Transaction ID:	CBJCHBCAABAAI8D8LtoZvNByuATzisdCZ3_EHCSgRucd

"Høringssvar –registrering av aktivitet fra privatfinansiert helse- og omsorgstjeneste og krav til format ved avlevering" History

-  Document created by Silje Marie Stokholm Nicolaysen (silje.nicolaysen@tannlegeforeningen.no)
2024-06-20 - 12:11:46 PM GMT
-  Document emailed to Heming Olsen-Bergem (heming@tannlegeforeningen.no) for signature
2024-06-20 - 12:11:50 PM GMT
-  Document emailed to Silje Marie Stokholm Nicolaysen (silje.nicolaysen@tannlegeforeningen.no) for signature
2024-06-20 - 12:11:50 PM GMT
-  Email viewed by Silje Marie Stokholm Nicolaysen (silje.nicolaysen@tannlegeforeningen.no)
2024-06-20 - 12:12:48 PM GMT
-  Document e-signed by Silje Marie Stokholm Nicolaysen (silje.nicolaysen@tannlegeforeningen.no)
Signature Date: 2024-06-20 - 12:15:08 PM GMT - Time Source: server
-  Email viewed by Heming Olsen-Bergem (heming@tannlegeforeningen.no)
2024-06-20 - 12:19:49 PM GMT
-  Document e-signed by Heming Olsen-Bergem (heming@tannlegeforeningen.no)
Signature Date: 2024-06-20 - 12:24:44 PM GMT - Time Source: server
-  Agreement completed.
2024-06-20 - 12:24:44 PM GMT