

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo
Att. Anne Louise Valle

Vår ref.
2013/323 -
7051/2013

Deres ref.
13/2992

Saksbehandler
Arild Pedersen, 91134012

Dato
14.10.2013

Forslag til ny pasientjournallov og ny helseregisterlov – Høring Samlet svar fra Helse Midt-Norge

Det er en god løsning å splitte dagens Helseregisterlov i Pasientjournallov og Helseregisterlov, siden de har forskjellige formål. Vi støtter også at relevante og nødvendige opplysninger blir mer tilgjengelig, og at gjeldende paragraf 13 utgår. Vi støtter også at det samtidig er et gjennomgående fokus på personvern.

Vi ønsker å innlede med et eksempel fra praktisk hverdag:

Registermiljøet ved St Olavs hospital ser fram til at helsepersonell ved samarbeidende HF kan få mulighet til et styrket faglig samarbeid ved endret lovgivning. Vi vil illustrere dette med et eksempel fra Norsk hjerteinfarktregister:

Dagens lovgivning hvor vi ikke kan følge pasientflyten mellom sykehusene ved registrering skaper store utfordringer for Norsk hjerteinfarktregister. Mer enn 50 prosent av pasienter med akutt hjerteinfarkt behandles på mer enn ett sykehus i forløpet av hjerteinfarkt. Som regel kommer en pasient med mistenkt eller sikkert hjerteinfarkt først til sitt lokalsykehus der den første utredning og stabiliserende behandling foretas. Det eksisterer nasjonale og internasjonale retningslinjer for hvilke pasienter som bør overflyttes til nærmere utredning ved sykehus som kan utføre utblokkering av kransårer (PCI) eller operasjon (CABG), og når pasienten bør overflyttes. Når pasienten er ferdigbehandlet ved spesialsykehuset (oftest et universitetssykehus), sendes pasienten tilbake til lokalsykehuset for videre oppfølging og sluttføring av behandlingen.

De juridiske begrensningene som registeret opererer under, fører til at personell som innregistrerer opplysninger om pasienten til registeret ved et foretak (HF, sykehus) ikke har tilgang til hva som er registrert ved de andre foretak som behandler pasienten i sykdomsforløpet. Moderne behandling av hjerteinfarkt forutsetter at flere foretak må samhandle om behandling av pasienten. Dagens helseregisterlov innebærer imidlertid at de samme foretak ikke kan samhandle om rapportering til det registeret som skal benyttes for å evaluere og kvalitetssikre behandlingen. For mange pasienter blir opplysninger om tidspunkt for symptomdebut, andre sykdommer og risikofaktorer, behandling etc. derfor registrert 2 eller 3 ganger. Ved første sykehus vil pasienten kunne være preget av den akutte sykdom (sjokk, smertepåvirket, redusert bevissthetsnivå) og kan gi upresise eller feilaktige opplysninger. Dette kan føre til at variable blir feilkodet og den initiale diagnose kan bli feil. Når pasienten kommer til neste sykehus i behandlingsskjeden, vil variablene kunne registreres korrekt fordi pasienten da vil være i stand til å gi en bedre beskrivelse av hendelsesforløpet og fordi forhold avklares ved supplerende utredning (blodprøver, ekkokardiografi, røntgenundersøkelse av kranspulsårer). I noen tilfeller viser det seg at den initiale hjerteinfarktdiagnose var feil. Pasienten hadde ikke hjerteinfarkt i det hele tatt likevel, eller hadde ikke type I men type II hjerteinfarkt. Med dagens innregistreringsløsning vil slike pasienter kunne opptre med forskjellige opplysninger om sykehistorie og forskjellige diagnoser for et og samme sykdomsforløp.

I praksis vil det ikke være mulig å lage dataløsninger som foretar et korrekt utplukk der det foreligger ulike/inkonsistente svar og diagnoser. Løsningen er at personell fra ulike foretak som behandler

samme pasient gis tilgang til å samarbeide om innregistrering til medisinske kvalitetsregistre. Endring av dagens lovgivning er avgjørende for å få et komplett og korrekt hjerteinfarktregister som kan brukes etter det formål som er satt.

Kommentarer til enkeltområder i høringen:

Høringsnotatet kap. 6

Helhetlig IKT - arkitektur og informasjonssikkerhet

Ved økt bruk av IKT i helse- og omsorgstjenesten, og ved at det åpnes for at nye samarbeidsformer blir det enda viktigere å ha fokus på arbeidet med informasjonssikkerhet. Det er viktig at ledelsen i virksomheter i helse- og omsorgssektoren har informasjonssikkerhet som en integrert del av sitt arbeid. Dette omfatter både organisatoriske tiltak for å etterleve krav til informasjonssikkerhet og andre tiltak for generelt å bygge bevissthet og kompetanse hos de ansatte.

Kommentar:

Overskrifta "Helhetlig IKT" omfatter både arkitektur og sikkerhet, noe som er positivt. I teksten under er det fokusert på sikkerhet. Ved mer samhandling, og samhandling på tvers, er det også viktig at en har en helhetlig oversikt over virksomheten og informasjonen som utveksles. Foruten sikkerhet, er kvalitet på informasjonen som utveksles særlig viktig. Det er derfor viktig at ledelsen i virksomheter i helse- og omsorgssektoren har virksomhetsarkitektur som en integrert del av sitt arbeid.

Høringsnotatet kap. 12

Saksbehandling, administrasjon og kontroll av helseforetaksfinansierte legemidler til bruk utenfor sykehus

Kommentar:

Det er behov for å få pasientens fødselsnummer på faktura for H-resept for å kunne kontrollere at fakturaen er sendt til korrekt helseforetak.

Det finnes også andre fakturaer som sendes mellom helseforetak (for eksempel gjestepasienter i psykiatri) med samme kontrollbehov, men dette er ikke nevnt i høringsnotatet.

Høringsnotatet kap. 15.1

Hva menes med reservasjonsrett?

Hvis det åpnes for å reservere seg mot registrering i flere helseregistre, kan det etableres et enhetlig og nasjonalt system for registrering av reservasjonene. Dette vil kunne styrke den enkeltes personvern. I tillegg vil det være mer ressursvennlig og enklere for den databehandlingsansvarlige for de aktuelle helse-registrene å administrere reservasjoner.

Kommentar:

Registrering av samtykke i samme register er ikke omtalt. Det bør vurderes om et enhetlig og nasjonalt system for registrering av samtykker også vil styrke den enkeltes personvern og gjøre det enklere å administrere samtykker både for pasient og databehandlingsansvarlig.

Pasientjournalloven

Pasientjournallov § 10 pkt 3

Kommentar:

- Vår bruk av oppgjørdata for legemidler på blå resept i dag går ut over formålet til pasientjournalloven. I dag brukes vi også dataene til statistikk og analyse, og enkelte ganger utleverer vi også data til forskningsformål. Det vil si at dagens bruk også faller inn under formålet i den foreslåtte helseregisterloven.

Pasientjournalloven § 16

Helseopplysninger ved helsehjelp

Kommentar (1):

Fjerne skillet mellom tilgang til informasjon om pasient internt og i andre virksomheter vil gjøre lova mer tilpasset dagens behov ved pasientbehandling

Kommentar (2):

Å tillate deling (henting) av informasjon og funksjonalitet på tvers av virksomheter, vil gi mulighet til å oppfylle spesialisthelsetjenestens arkitekturprinsipp "tjenesteorientering".

Det er likevel en svakhet at felles arkitekturprinsipper kun er anbefalte og ikke obligatoriske for kommunal sektor, siden det kan føre til valg av ulike tekniske løsninger for samhandling

Pasientjournalloven § 20

Plikt til bevaring eller sletting

Kommentar:

Det er uklart når helseforetaket er pliktig til å slette helseopplysninger. Det må presiseres hva som menes med: "Helseopplysninger skal oppbevares til det av hensyn til helsehjelpens karakter ikke lenger antas å bli bruk for dem"

Pasientjournalloven § 21

-Bestemmelsen hjemler pasienters rett til innsyn.

Kommentar:

Vi støtter forslaget, men ser det også som ønskelig at pasienter skal ha rett til å kunne hente ut og dele opplysninger fra registre i elektronisk form. En slik rettighet vil gi mulighet for pasientstyrt gjenbruk av egne helseopplysninger i frivillige tilleggstjenester. For eksempel anser vi at pasienten selv bør kunne gi en tjenesteleverandør tilgang til listen over egne legemidler i bruk, og på den måten kunne få tilgang til individtilpassede legemiddeltjenester som opplæring, oppfølging, informasjon, varslinger, abonnementsordninger ol. Slike tjenester vil kunne styrke pasientenes autonomi, egenansvar og behandlingsetterlevelse. Vi forslår at en slik pasientrettighet inntas i § 21.

Helseregisterloven

Helseregisterloven § 8

Departementet forslag: Det skal gis hjemmel til å fastsette forskrifter om etablering av personidentifiserbare, ikke-samtykkebaserte sentrale helseregistre etter nærmere bestemte kriterier. I dag skal slike registre opprettes i lovs form.

Begrunnelsen for dette er en "mer fleksibel, raskere og bedre beslutningsprosess." (høringsnotatet s 134). Den demokratiske prosess er drøftet, og man mener at denne vil kunne ivaretas ved å ta i bruk forvaltningslovens bestemmelser om utredningsplikt, kunngjøring, offentlig høring mv. Det framgår også (s 129 - 130) at samme forslag ble fremmet i Lovproposisjonen om helseregisterloven i 1999-2000, men at lovforslaget ble endret under stortingsbehandlingen. Stortingens bestemte da at opprettelse av helseregistre med personidentifiserbare, ikke samtykkebaserte helseopplysningen skal vedtas i lovs form.

Kommentar fra St.Olavs Hospital:

De sentrale helseregistrene er avhengig av stor tillit for å kunne spille den viktige rollen de er tiltenkt. Registrene må ha tillit i befolkningen som blir overvåket, og blant helsepersonell som skal utføre registreringene. Oppmerksomheten i befolkningen omkring personvernsspørsmål er stor.

Helsepersonell har registrering i registrene som en oppgave ved siden av det direkte pasientarbeidet. For at dette skal fungere vil det i praksis kreve at helsepersonell har tiltro til at registrene er nyttige for sin pasientgruppe, og at man kan stole på at resultatene fra registrene kan brukes til forebygging av sykdom, bedring av pasientgruppens behandling, kvalitetssikring mv. Om helsepersonell ikke slutter opp om registrene, eller ser på registreringsarbeidet som "unyttig papirarbeid bestemt av byråkratene" vil det være svært skadelig.

Likedan vil det være meget uheldig for registrene om befolkningen i stor utstrekning vil benytte seg av den nye retten til å reservere seg mot registrering. Viktigheten av komplette registre er ellers drøftet i høringsnotatet kap 15.

Vi tror at både helsepersonell og befolkningen generelt har større tiltro til Stortingets avgjørelser enn til avgjørelser tatt av Kongen i statsråd. Den offentlige debatt som forutsettes (side 134) før opprettelsen av personidentifiserbare, ikke samtykkebaserte registre vil vanligvis også være mer omfattende ved stortingsbehandling.

Vi synes ikke ulempene ved å opprette slike registre kun ved forskrift er drøftet godt nok i høringsnotatet. Vi tror det er mange fordeler for registrene at disse er opprettet ved lov, og ønsker derfor at lovreguleringen opprettholdes som i dag.

Kommentar fra Helse Nord-Trøndelag (HNT):

HNT mener i utgangspunktet at nye helseregistre bør etableres gjennom lov.

Utkastet § 8 er problematisk i forhold til den enkeltes grunnleggende krav på personvern. Det bør tas inn en presisering i § 8 om at det alltid skal innhentes samtykke fra den enkelte for å kunne samle inn og registrere helseopplysninger.

Utkastet § 9 åpner for gjennom forskrift å etablere et register med personidentifiserbare helseopplysninger om avdøde pasienter uten de registrertes samtykke.

Utkastet § 10 pålegger tjenestetilbydere/de som yter tjenester å utlevere eller overføre opplysninger som bestemt i forskrifter etter §§ 8 og 9. HNT oppfatter at dette er et forslag som favner videre enn gjeldende helseregisterlov § 9 første ledd.

Utkastet §12 nr 2 inneholder ingen reell reservasjonsrett for barn mellom 12-16 år. En slik reservasjonsrett vil først foreligge i det barnet får kunnskap om og forstår hva den/de med foreldreansvaret har samtykket i på barnets vegne. Det bør tas inn i § 12 nr 2 at samtykke på vegne av barn mellom 12 og 16 år må gjøres tilgjengelig for barnet og slik at barnet forstår hva samtykket omhandler.

Utkastet § 13 skiller seg fra gjeldende helseregisterlov § 10 ved at helseforetak, regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner pålegges å innrapportere indirekte identifiserbare opplysninger i tillegg til aidentifiserte data.

Helseregisterloven § 17

Unntak fra taushetsplikt for indirekte identifiserbare helseopplysninger.

Kommentar fra St.Olavs Hospital:

Denne endringen vil omfatte kvalitetsregistre knyttet til helseregistre opprettet etter § 8 og dermed blant annet de store kvalitetsregistrene innen hjerte-kar-registeret. St. Olavs hospital drifter Norsk hjerneslagregister, Norsk hjerteinfarktregister, Norsk karkirurgisk register og etter hvert også Norsk hjertesviktregister og vil i stor grad bli berørt av den foreslåtte endringen.

Forslaget i § 17 om at databehandleransvarlig på nærmere bestemte vilkår og uten hinder av taushetsplikt kan utlevere indirekte identifiserbare opplysninger: Indirekte identifiserbare opplysninger er i kapittel 18 definert som "... helseopplysninger der navn og fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, men opplysningene likevel kan knyttes til en enkeltperson."

Forslaget i § 17 innebærer en enklere prosedyre for at for eksempel en forsker skal kunne få utlevert indirekte identifiserbare opplysninger uten å måtte søke REK (og evt Helsedirektoratet) om dispensasjon fra taushetsplikt som i dag. Vi som arbeider innen registerfeltet er opptatt av at registerforskning skal være tilgjengelig og at mengden innsamlet materialet skal benyttes hyppig i forskningsøyemed, og det vil definitivt være behov for indirekte personidentifiserbare opplysninger. St Olavs hospital støtter forslaget til endring i § 17.

Kommentar fra Helse Nord-Trøndelag:

I høringsnotatets punkt 18.2.3 bes det om høringsinstansenes syn på om det bør lovfestes et unntak fra taushetsplikten for indirekte identifiserbare opplysninger. Det presiseres avslutningsvis i punkt 18.2.3 at dette forslaget ikke er drøftet i Regjeringen.

Utkastets § 17 inneholder et unntak fra taushetsplikten for indirekte identifiserbare helseopplysninger i sentrale registre etablert etter utkastet § 8. Vilkårene for å utlevere indirekte identifiserbare opplysninger etter utkastet § 17 er ikke entydige og åpner for fortolkning.

Ordlyden i utkastet § 22 bør endres slik at den registrerte får rett til å kreve at opplysninger som registreres etter utkastet § 8, skal slettes/sperres. Videre bør den registrerte vilkårsløst kunne fremsette et krav om sletting/sperring.

Med vennlig hilsen

Arild Pedersen
IT-sjef

Kopi:
RHF
St.Olavs Hospital HF
Helse Møre og Romsdal HF
Helse Nord-Trøndelag HF
Ambulanse HF
Sykehusapotekene HF

Notat

Dato: 201310 14

Emne: Høring- pasientjournallov og helseregisterlov – fakturaopplysninger

Det vises til høring av forslag til revidert helseregisterlovgivning, jf. Helse- og omsorgsdepartementets ref. 13/2992 datert 28. juni 2013.

Dette høringssvaret gjelder ikke hovedtemaene i høringen med tilhørende forslag til lov, men tema vedrørende fakturering og oppgjør. Dette er blant annet omtalt i rapportens kapittel 12, side 107 m.fl. Det konkluderes i høringen, jf. side 181 i merknad til § 17 i pasientjournalloven at hjemmel for å benytte opplysninger til annet enn helsehjelp ikke gis iht. pasientjournalloven, men ved egen hjemmel gitt ved forskrift.

Det framgår blant annet av høringsnotatet, jf. side 108, at det pr i dag ikke foreligger hjemmel for å ivareta helseforetakenes behov for økonomisk kontroll av kostnader vedrørende H-resepter.

Personopplysningslovens § 8 omhandler vilkår for behandling av personopplysninger. Videre har samme lovs § 9 bestemmelser om behandling av sensitive personopplysninger, herunder helseopplysninger. Lovens § 8 fastsetter at personopplysninger kan behandles om slik behandling er fastsatt i lov. Videre kan personopplysninger behandles om dette er nødvendig av hensyn til å oppfylle en rettslig forpliktelse, jf. § 8, punkt b. Samme paragrafs punkt d og e om behandling for å “utføre en oppgave av allmenn interesse” og “utøve offentlig myndighet” kan også være relevant. Tilsvarende gjelder i personopplysningslovens § 9, 1 ledd punkt b hvor også sensitive opplysninger kan behandles når dette er hjemlet i annen lov.

Høringsnotatets kapittel 12 tar for seg kontroll mv av helseforetaksfinansierte legemidler til bruk utenfor sykehus. Det skrives blant annet:

“H-resept ordningen har nå eksistert i syv år. Det er imidlertid flere mangler ved dagens oppgjørsordning.

.....

Det mangler informasjon om personnummer og diagnosekode i dagens fakturaer. Helseforetakene har ikke et godt nok grunnlag for økonomisk kontroll. Dette skyldes manglende lovhomeel. I dag inneholder fakturaene fra apotek til helseforetak følgende informasjon:

- Ekspedert legemiddel (antall, pakningsstørrelse, pris)

- Kommunenummer/postnummer som muliggjør at fakturaen kan sendes betalende helseforetak
- Legens navn og ID-nummer for å kontrollere at det er definerte leger som forskriver.
- Dato resept ekspedert

Oppgjørsordningen er papirbasert, og består vesentlig av manuelle prosesser. Tatt i betraktning av at det ble ekspedert om lag 95.000 resepter i 2012 framstår en papirbasert oppgjørsordning som lite rasjonell.

.....

De regionale helseforetakene har et sørge-for-ansvar for pasienter i sin region, og hver region får tildelt bevilgninger fra statsbudsjettet for å oppfylle dette ansvaret. Det er derfor behov for kunnskap om pasientens folkeregisteradresse for å vite hvilket (regionale) helseforetak som skal motta fakturaen fra apoteket. Fakturaene fra apotek til helseforetak inneholder i dag ikke personnummer, og helseforetakene får ikke gjort nødvendige kontroller for å sikre at utgiftene belastes korrekt helseforetak.

....

Det er derfor viktig med en ordning som sikrer bedre økonomisk kontroll enn i dag. Det krever lovhjemmel som legger til rette for at apotek kan sende taushetsbelagt informasjon til helseforetakene i forbindelse med krav om oppgjør.”

Høringsnotatet omtaler her flere forhold som er viktige i forhold til fakturering av kostnader knyttet til pasienter.

- 1) Hjemmel for fakturering med dokumentasjon av ytede tjenester og varer
- 2) Behov for intern kontroll
- 3) Hvilke tjenester og varer en mangler kontroll på
- 4) Behov for effektive rutiner for utsendelse, mottak og kontroll av faktura.

Hjemmel

Bokføringsloven med tilhørende forskrift er ikke nevnt i høringsnotatet. Helseregionene er regnskapspliktige iht. regnskapsloven og skal dermed også følge bokføringsloven. Tilsvarende gjelder for helseregionenes private leverandører. Det er fastsatt at tilsvarende regler skal gjelde for kommunene etter at løsbladforskriftene opphørte. Bokføringslovens regler gjelder ikke for øvrige statlige virksomheter, men regler tilsvarende bokføringslovens bestemmelser er tatt inn i statens økonomireglement og gjelder for disse virksomhetene. Dette innebærer i praksis at bokføringslovens bestemmelser om blant annet sporbarhet og dokumentasjon av bokførte opplysninger gjelder for de fleste partene som et helseforetak selger helsetjenester og varer til vedrørende personer, inkl. pasienter (andre helseforetak, kommuner) eller kjøper fra (andre helseforetak/helseregioner, private sykehus, apotek m.fl) selv om de er hjemlet i annet regelverk for noen av partene. Bokføringsforskriftens § 5-1-1 om krav til salgsdokumentets innhold (faktura, regning og lignende) gjelder dermed for de fleste aktuelle partene.

Bokføringsforskriftens § 5-1-1 fastsetter at dokumentasjon av salg av varer og tjenester blant annet skal inneholde opplysninger om "...ytelsens art og omfang". Videre er det et krav iht. bokføringslovens § 6 om sporbarhet at det på en lett måte skal la seg gjøre å finne tilbake til dokumentasjon for de enkelte bokførte opplysningene.

Hvordan en skal kunne sikre nødvendig sporbarhet og kontroll iht. bokføringsregelverket uten å på en eller annen måte kunne identifiseres hva som er levert og/eller hvem tjenesten er ytet til når det gjelder helsetjenester er vanskelig å se. Der kostnader skal belastes et helseforetak eller en helseregion ut fra en pasients bostedskommune eller folkeregistrerte adresse vil det ikke være mulig verken for tredjepart eller for det kjøpene foretaket selv å kontrollere om kostnaden tilhører foretaket uten en eller annen identifikasjon av pasienten.

Det er vår oppfatning at bokføringsloven med tilhørende forskrift hjemler krav til de opplysningene som er nødvendig for ønsket fakturering, jf. høringsnotatets side 108 m.fl.

Intern kontroll

Bokføringsregelverket hjemler imidlertid ikke foretakenes egne behov for dokumentasjon og kontroll. Lovgiver har lagt til grunn at foretakene selv gjennom egne systemer, avtaler etc. ivaretar sine interesser med hensyn til egen intern kontroll.

Ved håndtering av personopplysninger innen helse, herunder sensitive data må det stilles strenge krav til håndtering, oppbevaring, utveksling mv av slike opplysninger. Det er likevel et faktum at en stor andel av helsetjenestene som helseregionene yter finansieres av staten som på en eller annen måte er knyttet til enkeltpersoner og enkelthendelser, av andre helseregioner/helseforetak og / eller kommuner (særlig etter samhandlingsreformen). Dette krever stort omfang av ut- og inngående fakturaer fra et helseforetak. Kontrollbehovet foreligger hos helseforetakene, men også hos våre samarbeidende kommuner. Helseforetakenes kontrollbehov gjelder kontroll av at kostnadene gjelder deres foretak. Vanligvis gjelder dette kontroll av at en pasient tilhører deres opptaksområdet. I noen tilfeller er det i tillegg behov for å kontrollere om ytet tjeneste mv er i henhold til avtale, eksempelvis at et privat sykehus har utført kun de typer operasjoner de skal iht. avtale.

Varer og tjenester – manglende kontroll og/eller behov for kontroll.

RHF-enes økonomidirektører har fastsatt felles regler om at det i oppgjør mellom foretak i helseregionene ikke skal framgå personopplysninger av fakturaer. Det legges til grunn at dette gjelder kun når dette ikke er i motstrid med bokføringsreglene. Det er felles regler for helseregionene lagt til grunn at slik dokumentasjon skal kunne utveksles på annen måte enn via faktura. Dette må i praksis innebære nødvendige opplysninger sendes fra selgende foretak til kjøpende / finansierende foretak på andre måter for å sikre at begge partene har fullstendig salgs- og kjøpsdokumentasjon. Slike rutiner er blant annet etablert for fakturering for utskrivningsklare pasienter fra helseforetakene til kommuner.

Dokumentasjon og kontroll av kostnader (og inntekter) vedrørende kjøp av helsetjenester mv er varierende, men gjelder eksempelvis:

- Kjøp fra andre helseregioner:

- Behovet for kontroll er først og fremst knyttet til kontroll av at pasientene fakturaen gjelder tilhører fakturamottakers opptaksområde.
- Videre er det for deler av tjenestene behov for å kunne kontrollere fakturert pris. Dette gjelder i hovedsak innen psykisk helsevern og TBS.
- Kjøp fra private sykehus og andre private institusjoner.
 - Behovet for kontroll gjelder både personens opptaksområde og om ytet tjeneste er iht. avtale.
- Salg til kommuner vedr utskrivningsklare pasienter
 - Kommunene har behov for å kunne identifisere pasienten, samt sammenholde denne med informasjon som er gitt mht. varsling etc. iht. gjeldende regler.

Effektive rutiner

I høringsnotatet påpekes det at dagens oppgjørsordning vedrørende H-resepter består i stor grad av papirbaserte og manuelle prosesser.

Pr i dag er det etablert rutiner for fakturering av utskrivningsklare pasienter som innebærer at det sendes en faktura med kun total mengde for antall døgn e.l. pr måned. Øvrig del av fakturainformasjonen sendes på papir i egen forsendelse til egen avtalt adresse.

Løsningen som er etablert overfor kommunene er basert på at verken helseforetak eller kommuner har systemer og rutiner for effektiv og sikker håndtering av fakturainformasjon med personopplysninger.

Fra og med 1.7.2012 har helseforetakene hatt plikt både til å kunne sende og motta fakturaer elektronisk (EHF). Tilsvarende krav trer i kraft for kommunene fra og med 1.1.2015.

Manuelle og papirbaserte rutiner er i sterk motstrid til statens arbeid med å få flere og flere til å benytte elektroniske løsninger for fakturering, herunder krav til statlige virksomheter der dette skal skje iht. EHF-format.

Regler og rutiner knyttet til fakturering av helsetjenester bør så langt det er mulig understøtte ovenstående målsettinger og krav til effektivisering og standardisering.

Forslag til ny hjemmel

Selv om det etter vår oppfatning foreligger hjemmelsgrunnlag for å gi opplysninger i faktura om hva som er ytet av tjenester og varer av slikt omfang at det sikrer både tredjeparts og egne behov for kontroll anses bokføringslovens hjemmelsgrunnlag av mange å være for svak. Vi er imidlertid usikker på om et sterkere hjemmelsgrunnlag bør tas inn forskrifter til spesiallovgivning innen helse. Bokføringsloven med tilhørende forskrift regulerer innholdet i fakturaer uavhengig av bransje, virksomhet etc. Den gjelder også for andre virksomheter som håndterer personopplysninger innen andre områder enn helse, inkl. sensitive data. Å sikre tilstrekkelig kontroll av transaksjoner mellom parter som behandler ulike personopplysninger bør neppe skje gjennom særlovgivning gjeldende for ulike sektorer, bransjer etc., men bør i stedet forsterkes i bokføringsregelverket hvis en anser at dagens bestemmelser ikke gir tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag.

Et nytt hjemmelsgrunnlag, eller forsterking av dette, bør ikke begrenses til et mindre utvalg av fakturerte tjenester og/eller varer. En eventuell forsterking av hjemmelsgrunnlaget bør være nøytral i forhold til tjenester og varer, men gi hjemmel som sikrer foretakenes behov for intern kontroll – i forhold til alt kjøp av helsetjenester underlagt taushetsplikt mv.

Informasjonssikkerhet

Usikkerhet og manglende kunnskap om gjeldende hjemmelsgrunnlag har bidratt til ulike varianter av løsninger for fakturering mellom helseforetak, helseregioner mv. En av de største utfordringene antas å være knyttet til manglende fokus på informasjonssikkerhet.

Vår virksomhet bedriver i hovedsak kjøp og salg av helsetjenester. Det er da også naturlig, og nødvendig, at det foreligger stort omfang av personopplysninger i våre systemer, også i tilknytning til økonomiske transaksjoner. En bred aksept av at det er og må være slik vil også kunne bidra til at det stilles riktige krav til informasjonssikkerhet i tilknytning til aktuelle systemer. Med utgangspunkt i en tilnærming der flere mener at personopplysninger ikke skal forekomme i tilknytning til økonomiske transaksjoner øker risikoen for brud på de kravene personopplysningsloven stiller til håndtering av slike opplysninger.

Det er et mål at fakturaer og annet regnskapsmaterieell skal inneholde minst mulig personopplysninger. Sensitive opplysninger skal normalt ikke forekomme, men med et så stort omfang av transaksjoner som gjelder ulike kjøp av helsetjenester, inkl. fra sykehus i andre land vil det være vanskelig å sikre seg mot at slike opplysninger ikke kommer våre helseforetak i hende.

Vi ser av høringsnotatet at i forbindelse med H-resepter er det behov for opplysninger om diagnosekoder for å sikre at en faktura er berettiget. Skal man samtidig unngå at framtidige fakturarutiner fører til økt omfang av manuelle og papirbaserte rutiner må en samtidig etablere bedre IT-systemer, rutiner mv hos alle parter som ivaretar de kravene som gjelder for håndtering av slike opplysninger. Kun med en tilnærming der alle parter er innforstått med at økonomi- og administrative systemer i helseregionene, kommunene m.fl. inneholder personopplysninger, inkludert sensitive opplysninger, vil det være mulig å sikre at alle parter har etablert løsninger som i tilstrekkelig grad ivaretar nødvendige krav til informasjonssikkerhet.

Oppsummering

Ovenstående tilbakemelding gjelder ikke høringens hovedspørsmål, men temaer som er tatt opp i høringsnotatet og som er foreslått løst på andre måter enn i det regelverket høringen omfatter. Vi håper tilbakemeldingene tas med i videre arbeid med eventuell andre lov- og forskriftsendringer gjeldende fakturering, økonomiske oppgjør mv for helsetjenester. Vi håper slike eventuelle endringer innrettes på en måte som ivaretar all fakturering som omfatter sensitive opplysninger, og ikke bare deler av de opplysningene som gjelder de få eksemplene som er omtalt i denne høringen.

