

Helse- og omsorgsdepartementet
Postmottak@hod.dep.no

C3 - Senter for framtidig helse
Oslo universitetssykehus
Postboks 4950, Nydalen
N-0424 Oslo, Norge

E-post: c3@ous-hf.no
www.c3connectedcare.org

15.01.2020

Ad: Høringsinnspill til lov om e-helse (e-helseloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering

Center for Connected Care (C3) har gleden av å sende høringsinnspill til ny e-helselov. C3 er et tverrfaglig forskningssenter etablert i 2015 under SFI-ordningen fra Forskningsrådet. Som et senter for forskningsdrevet innovasjon og et konsortium, har C3 et unikt perspektiv fra praksis og trender innen helse og helseteknologi. C3s fokusområde er avstandsoppfølging og samhandling mellom pasienter, pårørende og helsetjenesten på nye måter. Senterets partnere kommer fra ulike deler av helsetjenesten – kommunal og spesialist, fra forskningen – analyser, design, forretning og teknologi og fra helsenæringen – produktselskaper, systemintegratorer og en bransjeforening.

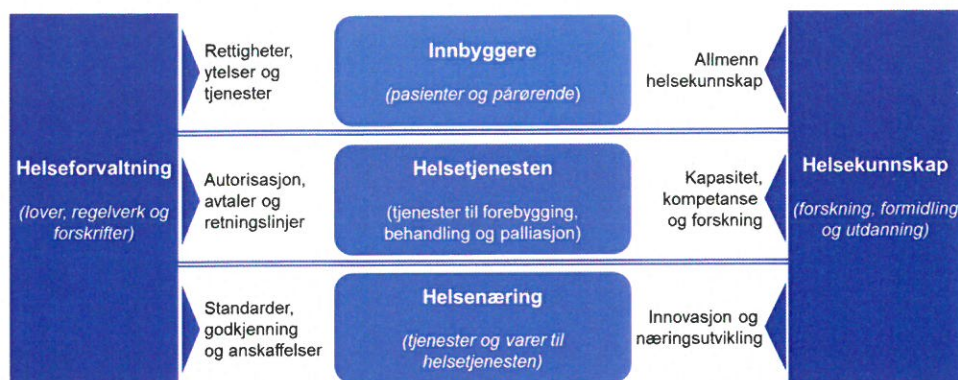
«Hva er viktig for deg?» fremfor «Hva feiler deg?»

Vi tolker WHO's «People-centered Integrated Care» rammeverk¹ som en oppfordring til en økosystemisk tilnærming til transformasjon av helse- og omsorgstjenesten. En slik tilnærming setter intensjonene og behovene til innbyggeren, pårørende og helsepersonell i fokus; både individuelt og samlet sett. Vi mener at tilnærmingen er i tråd med regjeringens ambisjon om «pasientens helsetjeneste», satsningsområder i e-helsestrategien 2017-2022 og målsettingen i helsenæringsmeldingen (Meld. St. 18, 2018-2019) «**Helsenæringen — Sammen om verdiskaping og bedre tjenester**».

Når individet settes i sentrum og det er tilrettelagt for pårørende å kunne bistå individet og det skal samhandle med en koordinert helse- og omsorgstjeneste, stilles det krav til samhandling på flere nivåer. En slik samhandling må ivareta pasientsikkerhet og kunnskapsbasert tjenesteyting samt legge premisser for utvikling av varer og tjenester for helsetjenesten². Det er samspillet mellom aktører i helsetjenesten og helsenæringen der helseforvaltningen spiller en viktig rolle som vi omtaler som en «økosystemisk tilnærming».

¹ <https://www.who.int/serviceeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>

² «Helsenæringen består av virksomheter som utvikler og produserer varer og tjenester til bruk i privat og offentlig helse- og omsorgstjenesten eller til bruk i forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering av sykdom hos mennesker. Næringen leverer varer og tjenester som er viktige for en stor del av befolkningen» kap 2.1 i Helsenæringsmelding



I tillegg til helseforvaltningen, -tjenesten og -næringen er aktører innen kunnskapsutvikling (helsekunnskap) viktige deltakere i økosystemet. Deres bidrag innen medisin er viktig for evidensbasert praksis og kapasitetsbygging på fagområder som innen forretningsmodeller, innen helseøkonomi og helsenæringen og kunnskap i sektoren og befolkningen.

Våre anbefalinger

1. Vi anbefaler at lovverket må understøtte og fremme design som et viktig prinsipp i utformingen av helsetjenester, digitale og fysiske helseteknologier og organisasjoner. Design må være mer synlig i forslaget; design av helsetjenestetilbudet, design av tilhørende oppgaver og organisasjonsdesign. Design påvirker også utformingen av digitale og fysiske produkter og i økende grad en sammensmelting av disse og design og arkitektur av helsebygninger og -anlegg. En slik helhetlig design tilnærming vil tydeliggjøre roller mellom helsetjenesten og helsenæringen og samtidig invitere aktører fra andre sektorer til å styrke økosystemet. Vi mener at det er viktig å huske at helseteknologi beskrives av WHO som «*anvendelsen av organisert kunnskap og ferdigheter i form av utstyr, medisiner, vaksiner, retningslinjer og systemer som er laget for å løse et helseproblem og gi økt livskvalitet*»³.
2. Vi anbefaler at aktører fra helsenæringen anerkjennes som viktige deltakere i helseøkosystemet. En slik anerkjennelse kan gjøres gjennom etablering av fora og arenaer for handlingsbasert samarbeid med bransjeorganisasjoner og virkemiddelapparatet. Disse fora og arenaer kan bidra til bedre flyt i dialogen rundt innovative anskaffelser og samtidig understøtte hovedbudskap i Helsenæringsmeldingen (Meld St. 18, 2018-2019)
3. Vi anbefaler en økning i innsats for å styrke arkitekturarbeid på tvers av fagdisipliner. Denne innsatsen må sikre at nasjonal koordinering, styring av e-helseutviklingen og felles innsats om nasjonale digitaliseringstiltak driver i samspill mellom myndigheter, tjenesteytere og leverandører av helseteknologi. Et økosystem-perspektiv ville også bidratt til et mer konkret fokus på kritiske barrierer mot digitalisering, som p.t. er mangelfullt håndtert i forslaget. Dette siste punktet savner vi spesielt i høringsnotatets kapittel 5 (forslaget til endring i IKT-forskriften).
4. Vi anbefaler at det settes mer fokus for å sikre skalering av produkter fra innovasjonsprosjekter i Norge til eksport. Kunnskapen fra C3s arbeid vil kunne gi en bedre forståelse av hvordan utforme, etablere og skalere innovative og pasient-rettete helsetjenester.

³ "What is a Health Technology" <https://www.who.int/health-technology-assessment/about/healthtechnology/en/>

5. Vi er enige i at etablering av standarder er en viktig myndighetsoppgave og et betydningsfullt virkemiddel for å legge til rette for digital innovasjon. Vi støtter at «utvikling av nødvendig underlag for å fastsette standarder, kodeverk, terminologi og felles arkitektur skal prioriteres».
6. Vi savner imidlertid en helhetlig tenking om standarders rolle i økosystemer og i kompliserte systemlandskap, og vi opplever derfor forslaget som tilfeldig og fragmentert. Slik det foreligger nå, har ikke endringen tilstrekkelig fokus på de viktigste og mest kritiske barrierene mot innovasjon og digitalisering, og heller ikke kraft nok til å endre disse. Vår forskning basert på analyse av anskaffelsesdata tyder på at arbeidet med anskaffelse kan forenkles ved bruk av standarder og samtidig danne grunnlaget for innovasjon slik som innsatsen⁴ med innovative anskaffelser legger opp til.
7. Forslagets endringer er utilstrekkelig som svar på kravet om at "myndighetsrollen skal styrkes innenfor arkitektur, tekniske standarder, helsefaglig terminologi, kodeverk og grunndata" (tildelingsbrevet for 2019). Høringsnotatet sier også at «Departementet vil at Direktoratet for e-helse i enda større grad skal bidra til en mer samordnet og helhetlig digitalisering gjennom å være en tydeligere premissgiver for utvikling og implementering av standarder, kodeverk, terminologi og felles arkitektur» (s. 30). For å gjennomføre dette, må standardiseringsarbeidet ha et fokus på helhetlig og ikke stykkevis digitalisering; det må også være proaktivt heller enn reaktivt. Dette får ikke nok vekt i det foreliggende forslaget. Betydningen av standardiserings- og arkitekturarbeid for digitaliseringen av helsesektoren kan vanskelig overvurderes. Det er avgjørende at dette arbeidet styrkes og rettes mer konkret mot allerede dokumenterte barrierer og problemer. Vi savner en tydeliggjøring av begreper og nødvendig standardisering i forslaget; en tydeliggjøring av roller og ansvar i produktutviklingen.
8. Vi deler vurderingen av at målet med lovforslaget må være «å styrke digitalisering i helse- og omsorgssektoren». Derimot opplever vi at lovforslaget er både fragmentert og snever i sin tolkning av helseteknologi og dermed ikke vil kunne oppnå målet med digitalisering.
9. Vi ønsker at arbeidet med nasjonal «grunnmur» (inkludert felleskomponenter) styrkes og at arbeidet blir målrettet mot å skape ressurser som trengs i et innovasjonsøkosystem. Helsemyndighetene bør snarest igangsette et arbeid på å etablere en regulatorisk sandkasse slik finansnæringen i Norge har etablert. En slik sandkasse kan brukes av innovasjonsøkosystemer for raskere å kunne utforme løsninger og gi nyttige innspill til utvikling av standarder og kompetansebygging.
10. Vi ønsker at myndighetene krever at offentlige anskaffelser skal basere seg på globale og åpne standarder. Med «globale standarder» mener vi både formelt vedtatte (*de jure*) og veletablerte industristandarder (*de facto*). Skal man oppnå ikke bare interoperabilitet mellom enkeltsystemer, men evne til endring, videreutvikling og nye innovasjoner i økosystemet, er det viktig at det legges til rette for «grensesnittressurser» som understøtter slik videreutvikling, f.eks. åpne APIer.
11. Vi ønsker en tydeligere og helhetlig politikk omkring helsedata som en ressurs i slike økosystemer. Dette gjelder i første rekke operasjonelle data fra administrative og kliniske systemer som brukes i daglig pasientbehandling. Data til sentrale helseregistre, kvalitetsregistre og helseøkonomiregistre styres av en

⁴ <https://innovativeanskaffelser.no/>

helhetlig helsedatapolitikk som sikrer en balanse mellom personvern, informasjonssikkerhet og bruk av data for formål som kommer fellesskapet til gode.

12. Vi ønsker at myndighetene krever at offentlige anskaffelser skal inkludere krav om at innbyggeres helsedata ikke 'lukkes inne' i enkeltsystemer pga. proprietære løsninger. Vi oppfordrer helsemyndighetene til å samarbeide med tilsynsorganer i andre sektorer om deres strategier tilknyttet reformer f. eks. Finanstilsynet når det gjelder PSD2. Videre vil vi oppfordre til dialog med globale initiativer som mydata.org som setter fokuset på individets rett til å disponere egne data.
13. Vi ønsker at myndighetene adresserer problemstillingene omkring sekundær-bruk av data for nye data-intensive metoder. Tilgang til data er sentralt for både utvikling og operativ drift av løsninger som baserer seg på stordata og maskinlæring, f.eks. til persontilpasset medisin, prediktiv og preskriptiv beslutningsstøtte osv. Disse nye formene for metode- og teknologi-utvikling som ikke er hjemlet hverken som forsknings- eller behandlingsrettet databehandling, støter på hindre som sinker digitaliseringen av norsk helsesektor samt utviklingen av nye diagnostikk- og behandlingsmetoder.
14. Vi ønsker at helsemyndighetene samarbeider med myndighetene i næringsliv og utdanning for å øke innsatsen for kompetansebygging som kan hente kunnskap fra innovasjonsøkosystemer

Vi mener at forslaget ikke i tilstrekkelig grad adresserer tiltak som må gjøres for en effektiv og forsvarlig digitalisering. Standarder og styring er et viktig virkemiddel i økosystemer, og de foreslåtte endringene i IKT-forskriften (i forskriftens navn, formålsbestemmelse, utvidelse av hjemmelsgrunnlaget, og inklusjonen av flere obligatoriske standarder) er utilstrekkelige. Våre forslag er basert på praktisk erfaring og forskning på digitale løsninger og infrastrukturer. Utover å levere høringsinnspill stiller vi oss gjerne til rådighet for Departementet i videre arbeid med e-helseloven og IKT-forskriften.

Viktige aktører i utarbeidelsen av dette dokumentet har vært våre partnere CGI, Siemens Healthineers, Institutt for Informatikk og Abelia.

Vennlig hilsen

Kari J Kværner
Senterdirektør
C3 - Centre for Connected Care
Oslo Universitetssykehus

Vedlegg: Kommentarer til lovtekst (Kap. 8 i høringsnotat)

VEDLEGG:

Våre kommentarer i *grønn kursiv*.

1 Forslag til lov om e-helse (e-helseloven)

§ 1 Formål

Loven skal bidra til å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren (e-helse), for å legge til rette for gode og effektive helse- og omsorgstjenester. Loven skal også legge til rette for bedre nasjonal samordning og samhandling mellom forvaltningsnivåene.

Det må gis en mer presis definisjon av hva menes med «e-helse». Det er viktig at definisjon av e-helse avstemmes med WHO's definisjon av helseteknologi - <https://www.who.int/health-technology-assessment/about/healthtechnology/en>. Se også «What is e-health» <https://www.jmir.org/2001/2/e20/>.

§ 2 Nasjonal samordning

Nasjonale e-helsetiltak skal understøtte nødvendig samhandling i helse- og omsorgssektoren, til nytte for innbyggerne, pasienter og helsepersonell, styring, statistikk og vitenskapelige formål. Nasjonale e-helsetiltak skal bidra til bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, pasientsikkerhet, personvern og effektivisering. E-helsetiltak kan være utredninger, prosjekter og programmer for å styrke digitaliseringen, herunder utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger.

Regionale helseforetak, helseforetak, helseforvaltning, fylkeskommuner og kommuner, skal i sitt arbeid ta hensyn til nasjonal samordning og den nasjonale e-helseutviklingen. Det samme gjelder privat virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med regionale helseforetak, helseforetak, kommuner eller fylkeskommuner, eller er godkjent med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. E-helsetiltak skal planlegges og gjennomføres slik at de legger til rette for digital samhandling med andre virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og bruk av nasjonale e-helseløsninger, jf. også spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

Kongen kan i forskrift bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forholdene.

I første setning, «Næringsutvikling» bør inkluderes som et av formålene

Det bør presiseres hva menes med at nasjonale e-helsetiltak skal forbedre i kvalitet i tjenesten, ettersom ansvaret for tjenesteyting ligger hos ansvarlig helseinstitusjon.

I tredje setning, «utredning» bør regnes som en del av bestilling og ikke et e-helsetiltak i seg selv, «utredning» bør være en del av arbeidet med utvikling og innføring.

«Digital samhandling» må presiseres sett i forhold til «elektronisk samhandling» slik det fremgår av nevnte lover (spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10).

§ 3 Nasjonal e-helseportefølje

Regionale helseforetak, helseforetak, helseforvaltning, fylkeskommuner og kommuner som planlegger e-helsetiltak med nasjonal betydning, skal forelegge planene for Direktoratet for e-helse, som vurderer om prosjektet skal inngå i den nasjonale e-helseporteføljen, jf. § 4 bokstav e. Med nasjonal betydning menes betydning for flere helseforetak eller flere kommuner, tiltak med potensial for gjenbruk eller betydning for nasjonale e-helseløsninger.

Direktoratet for e-helse skal i løpet av tre uker gi innmelder tilbakemelding om direktoratet foreslår at tiltaket skal inngå i den nasjonale e-helseporteføljen, eventuelt om det er behov for ytterligere dokumentasjon og utredning.

Forvaltning av e-helseportefølje bør underlegges prinsipper og retningslinjer tilknyttet Digitaliseringsrundskrivet

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/digitaliseringsrundskrivet/id2623277>

Det bør presiseres hva menes med at nasjonale e-helsetiltak skal forbedre i kvalitet i tjenesten, ettersom ansvaret for tjenesteyting ligger hos ansvarlig helseinstitusjon.

Det bør presiseres ytterligere hva menes med «e-helsetiltak med nasjonal betydning» for å avklare forskjellen fra «elektronisk samhandling» mellom helseinstitusjonene slik flere lover henviser til. Det kan vurderes etablering av forskrifter basert på Kjernejournalforskriften.

Arbeidet rundt «Health Information Exchange» fra amerikanske myndigheter bør vurderes brukt til å styrke innsatsen ifbm innføring av økt samhandling etter prinsipper for et vekselverk.*

<https://www.healthit.gov/topic/health-it-and-health-information-exchange-basics/health-information-exchange> (<https://ehelse.no/teknisk-dokumentasjon/kjernejournal/dokumentasjon-for-kjernejournal>).

**)Vekselverk: <https://snl.no/vekselverk>*

§ 4 Direktoratet for e-helse

Direktoratet for e-helse er et forvaltningsorgan underlagt departementet. Direktoratet skal gi råd til departementet og sektoren i saker om e-helse og legge til rette for nasjonal samordning og en helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling.

Direktoratet for e-helse skal:

- a) holde seg orientert om og informere om den nasjonale og internasjonale utviklingen innen e-helse og om relaterte utfordringer,
- b) utrede og foreslå nasjonale e-helsestrategier, -planer og tiltak,
- c) utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale veiledere og retningslinjer om standarder, kodeverk, klassifikasjoner, terminologi, arkitektur, informasjonssikkerhet mv.
- d) gi råd og veiledning i spørsmål om e-helse til departementet og til aktører som planlegger e-helsetiltak,
- e) føre en systematisk og offentlig oversikt (portefølje) over e-helsetiltak med nasjonal betydning som er innmeldt etter § 3 og legge til rette for nasjonal samordning og prioritering,
- f) sikre en konsensusbasert styringsmodell for e-helse med bred sektordeltagelse som skal gi direktoratet råd i saker om e-helsetiltak med nasjonal betydning,

g) vurdere om det skal gis pålegg om å rette forhold etter § 8.

Forvaltning av e-helseportefølje bør understøttes av et egnet verktøy for selvbetjening som kan samhandle med helseinstitusjonenes egne verktøy for investerings og porteføljestyring.

Det bør etableres knytning til andre nettverk for testbed og godkjenningssmiljøer som f.eks Nordic Proof for å støtte bedriftene i helsenæringen for å raskere kunne teste og få godkjente sine produkter inkl. medtech enheter.

§ 5 Norsk Helsenett SF

Norsk Helsenett SF er et statsforetak hvor eierskapet forvaltes av departementet. Norsk Helsenett SF skal gjøre følgende nasjonale e-helseløsninger tilgjengelige for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten:

- a) elektronisk kommunikasjonskjede for sikker overføring av reseptinformasjon opprettet etter pasientjournalloven § 12 (e-resept),
- b) Nasjonal kjernejournal opprettet etter pasientjournalloven § 13 (kjernejournal),
- c) en lukket kommunikasjonsarena med nasjonal infrastruktur, felles tjenester og felleskomponenter for utveksling av opplysninger mellom virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, og som ivaretar høy grad av sikkerhet og tilgjengelighet (helsenettet),
- d) en nasjonal innbyggerportal med infrastruktur for kvalitetssikret helseinformasjon, selvbetjening, kommunikasjon og digitale helsetilbud fra helse- og omsorgstjenesten, helseforvaltningen, forsknings- og registerfeltet (helsenorge.no).

Den dataansvarlige kan innhente personopplysninger fra Folkeregisteret når dette er nødvendig for å oppfylle den dataansvarliges plikter etter loven. Dette gjelder uten hensyn til om opplysningene er underlagt taushetsplikt.

Departementet kan gi forskrift til utfylling og presisering av plikten etter første ledd og om behandling av opplysninger etter andre ledd, og om dataansvar.

Det bør etableres en «regulatorisk sandkasse» der helsenæringen får tilgang til metadata inkl. kodeverk, terminologier, API'er og andre såkalte «Boundary Resources». Se også Finanstilsynets <https://www.finanstilsynet.no/tema/fintech/finanstilsynets-regulatoriske-sandkasse/>. Felles Datakatalog som er nå overført til Digitaliseringsdirektoratet pr. 1.1.2020 bør tas i bruk til definisjoner av helsedatabegreper og datasett og på sikt integreres med regulatoriske sandkasser.

Samhandlingsfunksjonalitet som ligger i Nasjonal Kjernejournalen bør vurderes skilt ut og underlagt egen forskrift for samhandling «samhandlingsjournalforskriften» slik vi har er kommentert i §3. En slik endring vil trolig bidra til at helsenæringen vil være i bedre stand til å oppfylle krav til «elektronisk samhandling» og styrke innsatsen ved å etablere en felles grunnmur.

Samhandlingsfunksjonaliteten fra helsenorge.no f.eks API'er i digihelse eller Verktøykatalogen kan trekkes sammen med samhandlingsfunksjonalitet fra andre nasjonale komponenter som f.eks e-Resept og Nasjonal Kjernejournal og inngå som en del av felles grunnmur. Helsenorge.no kan styres av en egen forskrift «pasientensjournalforskriften» som regulerer hvordan pasienter og deres helsedataleverandører kan lagre personlig helsedata som kan deles med helsepersonell inkl. data om bruk av verktøy fra Verktøykatalogen.

En samordning av samhandlingsfunksjonalitet slik beskrevet her kan bidra til at

Samhandlingsløsningen som ønskes bygget som del av Akson-prosjektet kan videreutvikles som en informasjonsinfrastruktur som Altinn. En slik samordnet og gradvis utvikling vil også kunne sees i sammenheng med etablering av «regulatoriske sandkassen».

§ 6 Plikt til å gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelige i virksomheten

Helseforetak, kommuner og fylkeskommuner skal gjøre de nasjonale e- helseløsningene som nevnt i § 5 tilgjengelige i virksomheten fra tidspunkt fastsatt i forskrift. Det samme gjelder private virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med regionale helseforetak, helseforetak, kommuner eller fylkeskommuner og virksomheter som er godkjent med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.

Apotek og bandasjister skal gjøre helsenettet og e-resept tilgjengelige i virksomheten fra tidspunkt fastsatt i forskrift.

Departementet kan gi forskrift til utfylling og presisering av pliktene etter første og andre ledd, blant annet om fra hvilket tidspunkt plikten gjelder for ulike løsninger og ulike virksomheter.

Virksomhetene bør incentiveres til å gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelig f.eks i en begrenset periode; dette for å få til en raskere tilkobling.

Det oppfordres å hente erfaringer fra banknæringen – både tekniske og merkantile forhold - tilknyttet til BankId-tjenesten og lignende løsninger. Bruk av Maskinporten fra Digitaliseringsdirektoratet bør også vurderes <https://samarbeid.difi.no/felleslosninger/maskinporten>

§ 7 Plikt til å betale for nasjonale e-helseløsninger

Regionale helseforetak og kommuner skal betale Norsk Helsenett SF for at de nasjonale e-helseløsningene som nevnt i § 5 gjøres tilgjengelige for virksomhetene.

Privat virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med regionale helseforetak, helseforetak, kommuner eller fylkeskommuner, eller er godkjent med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3, skal betale Norsk Helsenett SF for at helsenettet gjøres tilgjengelig for virksomhetene. Det samme gjelder fylkeskommunene.

Apotek og bandasjister skal betale Norsk Helsenett SF for at helsenettet og e-resept gjøres tilgjengelige for virksomhetene.

Privat virksomhet som ikke er nevnt i andre og tredje ledd skal betale for bruk av helsenettet.

Departementet fastsetter samlet betalingspliktig beløp og hvor stor andel de enkelte virksomhetene skal betale. Ved beregningen av avgiften skal det tas hensyn til virksomhetenes nytte av løsningene og en hensiktsmessig fordeling av kostnader til nasjonale løsninger som kommer pasientene til gode.

Virksomhetenes samlede betaling skal ikke overstige de kostnadene Norsk Helsenett SF har til forvaltning og drift av løsningene.

Departementet kan gi forskrift om betalingsplikten, blant annet om fra hvilket tidspunkt plikten til å betale oppstår for ulike løsninger og ulike virksomheter, betalingspliktig beløp, innkreving og kontroll.

Helse-ID som nasjonale e-helseløsning bør gjøres tilgjengelig for helsenæringen slik at deres produkter kan håndteres uten store påloggingskostnader for bruk av løsningen.

Ref. tidligere kommentar om bruk av kostnadsberegningsmodeller fra banknæringen.

§ 8 Pålegg

Direktoratet for e-helse kan gi pålegg om å rette forholdene hvis regionale helseforetak, helseforetak, helseforvaltning, fylkeskommuner eller kommuner ikke forelegger planer for e-helsetiltak av nasjonal betydning, jf. § 3 første ledd.

Pålegget skal inneholde en frist for oppfyllelse.

Det bør etableres gjensidig kompensasjon når nasjonale e-helseløsninger er utilgjengelig.

§ 9 Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at ulike deler av loven trer i kraft til ulik tid.