

Finansdepartementet
Postboks 8008 DEP
0030 OSLO

Deres ref.: 13/812 SL ENE/HKT
Vår ref.: 17/269-5
Saksbehandler: Mona Holsve Ofigsbø
Dato: 20.06.2017

Høringsuttalelse om forslag til ny personidentifikator

Direktoratet for e-helse leverer med dette høringsuttalelse om forslaget til ny personidentifikator. Forslaget baseres på alternativ 1b fra konsekvensutredning og innebærer at ny personidentifikator endres til at det ikke er informasjon om kjønn lengre og at det kun er ett kontrollnummer. Direktoratet for e-helse støtter finansdepartementets forslag om at dette er det beste alternativet når både forventet kostnader og ikke-prissatte virkningene av ny personidentifikator legges til grunn. Vi anbefaler å gå videre med alternativ 1b med noen bemerkninger omtalt i notatet vedlagt.

Direktoratet for e-helse mener det er viktig med en rask beslutning og innføringstidpunktet må baseres på en tidsperiode på 20 år etter beslutning, for å sikre en god overgangsperiode. Dette er i samsvar med kvalitetssikrer sine vurderinger.

Vi stiller oss bak vurderingene om at alternativ 1a og 1b vil ha de laveste kostnadene for helsesektoren, men vi vil samtidig understreke at det er stor estimatusikkerhet fra konsekvensutredningen. Vi kan derfor ikke gå god for at alle relevante kostnadsdrivere er hensyntatt eller at identifiserte kostnadsdrivere er vurdert til noenlunde riktig størrelse. Kvalitetssikrer påpeker at det i KVV-en er noe svak dokumentasjon som grunnlag for kommunesektoren og helsesektoren sine kostnader, og at det er stor usikkerhet knyttet til basisestimatet. Stort omfang av virksomheter og lite erfaringsdata gjør det utfordrende å estimere kostnader ved innføring av ny personidentifikator.

Det som direktoratet for e-helse savner er hvordan standardisering av kjønn vil bli håndtert i Norge. Helse- og omsorgssektoren benytter for eksempel Mann/Kvinne mens i Folkeregisteret benytter Pike/Gutt. Videre benytter helsesektoren flere typer kodeverdier på kjønn som for eksempel «ikke kjent», «mann», «kvinne», «ikke spesifisert» (se <http://volven.helsedirektoratet.no/>). Det vil være behov for at det settes i gang et standardiseringsarbeid i offentlig sektor slik at en unngår feilsituasjoner. Videre er det behov for å avklare helsesektorens rolle mht. innrapportering av informasjon om kjønn. Dette vil spesielt gjelde endringer der personer gjør et kjønnsbytte og avklaring av kjønn for nyfødte babyer der en ikke kan fastsette kjønn ved fødsel (gjelder 50-100 nyfødte hvert år). Det vil være behov for å avklare nærmere rutiner og prosedyrer for hvem som skal innrapportere endringer av kjønn dersom en innfører kjønnsnøytral identifikator. Dersom helsesektoren skal produsere denne typen informasjon til Folkeregisteret er det bl.a. behov for å finne ut hvordan dette skal gjøres og om det vil/skal være reservasjonsmuligheter. Direktoratet savner disse forholdene høringsnotatet, dette tiltross for at det er påpekt ved tidligere høringsuttalelser.

Vennlig hilsen

Inga Nordberg e.f.
divisjonsdirektør

Direktoratet for e-helse

E-helse Avdeling portefølje- og arkitekturstyring
Mona Holsve Ofigsbø, tlf.:

Postboks 6737 St. Olavs plass, 0130 OSLO • Besøksadresse: Verkstedveien 1 • Tlf.: 21 49 50 70
Org.nr.: 915 933 149 • postmottak@ehelse.no • www.ehelse.no

Vidar Gjellestad Mikkelsen
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Til Finnsdepartementet
Dato 20.06.2017
Saksnr 17/261-5

Fra Direktoratet for e-helse
Saksbehandler Mona Holsve Ofigsbø
Ansvarlig Vidar Gjellestad Mikkelsen

Notat

Høringsuttalelse om forslag til ny personidentifikator

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse viser til høring om forslag til ny personidentifikator datert 23.03.2017. Bakgrunnen for forslaget er at dagens personidentifikator, fødselsnummeret, er bygd opp og regulert på et vis som gjør at det enkelte nummer er låst til et bestemt århundre. Etter 2039 vil det ikke lenger være mulig entydig å fastslå hvilket århundre en personidentifikator viser til. Etter 2054 vil det også være fare for gjenbruk av fødselsnummer fra 1855 og fremover. Disse to forholdene innebærer at en viktig egenskap ved fødselsnummeret, entydig identifisering, vil opphøre etter 2039. Det er derfor behov for å endre dagens identifikator for de neste 150 år.

Forslaget er identisk med dagens system, men med kun ett kontrollsiffer og uten opplysninger om kjønn. Det foreslås innført for hele befolkningen samtidig. Det innebærer at alle fødselsnummer, både eksisterende og fødselsnummer som tildeles eller endres etter innføring ikke inneholder opplysninger om kjønn. Folkeregisteret vil i stedet inneholde et eget felt med opplysninger om kjønn.

Direktoratet har tidligere gitt innspill til konsekvensutredningen både i 2012 og 2014. Innspillene ble den gang utarbeidet da vi var divisjon for e-helse i Helsedirektoratet. Divisjonen for e-helse ble virksomhetsoverdratt 1. januar 2016 og Direktorat for e- helse ble etablert. Direktoratet for e-helse skal sørge for nasjonal styring og koordinering på e- helsefeltet i samarbeid med alle aktørene i helse- og omsorgssektoren.

Denne høringsuttalelsen vil måtte sees i sammenheng med våre tidligere høringsuttalelser og er referert til der det er relevant. De tidligere høringsuttalelsene ble utarbeidet ved innspill fra et representativt utvalg av aktører fra sektoren. Referansegruppen bestod av de fire regionale helseforetakene, KommIT (representert ved Stavanger kommune), Norsk Helsenett, Folkehelseinstituttet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, samt Helsedirektoratet. Våre referanser fra de tidligere høringsuttalelsene er:

- 10/7967-24 Innspill til konseptvalgutredning av ny personidentifikator (PID) (fra 2012)
- 10/7967-78 Ny personidentifikator (PID) – utrede en kjønnsnøytral identifikator (fra 2014).

Helsesektoren benytter i dag fire ulike personidentifikatorer, PID: F-nummer(fødselsnummer), D-nummer, H¹-nummer og FH²-nummer.

¹ H-nummer, lokalt hjelpenummer pr helseforetak

² FH-nummer, nasjonalt hjelpenummer for helse- og omsorgssektoren (tjenesten tilbys av Norsk Helsenett)

Samhandling i helse- og omsorgssektoren

Det viktigste i helse- og omsorgssektoren er pasientsikkerhet. En endring av en personidentifikator som brukes til å gjenfinne informasjon om en pasient, er i utgangspunktet en risiko for pasientsikkerheten. I vår høringsuttalelse fra 14. desember 2012 viste vi til at det sendtes 400 000 elektroniske meldinger pr dag i 2012. Dette antallet har økt kraftig og utgjør nå 2 millioner elektroniske meldinger pr dag. At informasjonsflyten er entydig og følger riktig person, er kritisk for pasientsikkerheten.

Helse- og omsorgssektoren er en stor sektor som både er fragmentert og komplisert organisert med 17 000 små og store virksomheter. Virksomheter som bidrar til helsehjelp er både underlagt Helse – og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet. For eksempel er fastleger, hjemmesykepleietjeneste, sykehjemstjeneste, helsestasjoner og legevakt underlagt kommuner. I tillegg kommer de private aktørene som yter helsehjelp på vegne av offentlig sektor, og som også tilbyr helsehjelp i konkurranse med offentlig sektor. I høringsnotatet er det uklart for direktoratet om kostnadsberegningene for kommune og de private aktørene er tatt med i kostnader innunder helsesektoren i tabell 4 eller om de er fordelt til henholdsvis kommunene og de private aktørene.

Helse- og omsorgssektoren har mange kritiske systemer med krav om 24/7 oppetid, og en omlegging i et av basisregistrene er derfor krevende. Hvilke aktører som er en del av helse- og omsorgssektoren og hvordan disse samhandler er ytterligere beskrevet i vår høringsuttalelse fra 2012 (vår referanse 10/7967-24).

Beslutning og innføring av ny personidentifikator

Direktoratet har i begge de tidligere høringsuttalelsene påpekt at det er behov for en rask beslutning og en lang tidsperiode for innføring av den nye personidentifikatoren. En rask beslutning vil være en fordel ved pågående konsolideringer av IT-systemer som benytter personidentifikatorer, anskaffelser av nye systemer som for eksempel den pågående anskaffelse av ny felles pasientjournal (PAS/EPJ) for hele helsetjenesten i Midt-Norge. Videre vil det være behov for strategier for innføring og migrering for å oppnå konsistens mellom nye og gamle systemer i en sektor som har 17 000 virksomheter og er svært fragmentert.

Det fremkommer av KS1 at det er behov for et snarlig beslutningstidspunkt, men at innføringen av en ny personidentifikator kan utsettes. Dette er i tråd med våre anbefalinger. I KS1 beregnes kapasiteten for både d-nummer og fødselsnummer til å være tilstrekkelig fram mot 2050, og det anbefales at innføringstidspunkt settes til 2036. Skattedirektoratet mener kapasiteten blir kritisk allerede fra 2030, og foreslår innføring i 2032.

Direktoratet for e-helse deler kvalitetssikrer sine vurderinger om rask beslutning og innføring i 2036. Dette er i tråd med det vi har uttalt i 2012 (vår referanse 10/7967-24) om at beslutningen på hvilken PID man skal bruke i fremtiden må tas omtrent 20 år før det gjennomføres.

Informasjon om kjønn skrus av for hele befolkningen

Direktoratet støtter forslaget om at informasjon om kjønn skrus av for hele befolkningen. Dette da det blant annet vil være vanskelig å operere i to systemer med hensyn på forvaltning, drift og opplæring. Det er behov for å tilrettelegge eget felt for kjønn i våre systemer, noe som vil være kostnadsdrivende.

Standardisering av kjønn

For helse- og omsorgssektoren er det behov for å ha informasjon om kjønn for saksbehandlingsformål, arbeidsprosesser (for helsehjelpformål), og for forsknings- og statistikkformål. Eksempler på disse er ytterligere utdypet i vår høringsuttalelse fra 2014 (vår referanse er 10/7967-78). Når informasjon om kjønn skrur av vil det være behov for at Folkeregisteret er en autoritativ kilde for kjønn, noe som også foreslås i høringsnotatet.

Det som ikke kommer frem av høringsnotatet og som direktoratet har påpekt og utdypet ytterligere i høringssvaret fra 2014 (vår referanse er 10/7967-78), er behovet for å avklare helsesektorens rolle mht. innrapportering av informasjon om kjønn. Dette vil spesielt gjelde endringer der personer gjør et kjønnsbytte og avklaring av kjønn for nyfødte babyer der en ikke kan fastsette kjønn ved fødsel (gjelder 50-100 nyfødte hvert år). Det vil være behov for å avklare nærmere rutiner og prosedyrer for hvem som skal innrapportere endringer av kjønn dersom en innfører kjønnsnøytral identifikator. Dersom helsesektoren skal produsere denne typen informasjon til Folkeregisteret er det bl.a. behov for å finne ut hvordan dette skal gjøres og om det vil/skal være reservasjonsmuligheter. Direktoratet savner drøfting av disse forholdene i høringsnotatet.

I tillegg vil det bli behov for standardisering av angivelse av kjønn. For eksempel benytter helsesektoren Mann/Kvinne mens i Folkeregisteret benytter Pike/Gutt. Videre benytter helsesektoren flere typer kodeverdier på kjønn som for eksempel «ikke kjent», «mann», «kvinne», «ikke spesifisert» (se <http://volven.helsedirektoratet.no/>). For å muliggjøre automatisert rapportering og innhenting av kjønn er det en forutsetning at alle benytter samme standard på kjønn i de ulike etatene. Direktoratet savner beskrivelse av hvordan standardiseringsarbeidet er tenkt gjennomført i Norge.

Beregning av århundre

Direktoratet for e-helse antar at hvilket århundre en person er født vil fremgå gjennom koding av første siffer i individnummeret. Dersom dette ikke er tilfelle, vil det være behov for eget felt som angir fødselsårhundre. Dette er nødvendig da man for eksempel innen forskning og statistikk vil ha behov for å vite hvilket århundre en person er født.

Usikkerhet knyttet til kostnader i helsesektoren

Det er stor usikkerhet knyttet til kostnaden i helsesektoren og det er noe uklart hvordan basiskalkylen i KVVU-en har fremkommet. Kvalitetssikrer av KVVU-en påpeker at det er noe svak dokumentasjon som grunnlag for kommunesektoren og helsesektoren sine kostnader, og at det er stor usikkerhet knyttet til basisestimatet. Stort omfang av virksomheter og lite erfaringsdata gjør det utfordrende å estimere kostnader ved innføring av ny personidentifikator.

I KVVU-en opplyses det at det er hentet inn tall og innspill fra de fleste regionale helseforetakene, samt at direktoratet har gitt supplerende opplysninger for resten av sektoren. Kvalitetssikrer av KVVU-en påpeker imidlertid at forutsetningene bak kostnadsestimatene er noe utydelige, og at det er vanskelig å vurdere om estimatet representerer kostnader for alle virksomheter som blir berørt av endringene. I KS1 er det likevel lagt til grunn basisestimatet fra KVVU-en i kostnadsanalysene.

I KS1 opplyses det videre at estimatene på kostnader i Helsesektoren i stor grad er basert på Helse Vest RHF sitt estimat. Det ble ikke levert skriftlig estimat utover alternativ 1a da Helse Vest mente at det ikke var nok informasjon tilgjengelig og det presiseres at det har vært uenighet knyttet til kostnadene i

helsesektoren. I KS1 er det lagt til grunn en betydelig høyreskjev usikkerhet i estimatene, noe som har gitt et betydelig usikkerhetspåslag fra basiskostnad til forventningsverdi og videre til P85. Direktoratet opplever at KS1 fanger opp usikkerheten i prosjektet bedre enn KVVU-en.

Tabellen under sammenligner kostnader i KVVU og KS1, milliarder 2015-kroner. Basisestimatet er lavere i KS1 enn i KVVU, mens P85 er betydelig høyere i KS1 enn det er i KVVU.

Tabell 1: Sammenligning av kostnadsestimater, KVVU og KS1, milliarder 2015-kroner.

	KVVU	KS1
Grunnkalkyle/Basisestimat	2,7	2,3
Forventningsverdi (P50)	2,8	3,2
P85	3,8	5,5

Kostnadene fra KVVU er prisjustert med tabell fra SSB: 09936: Datakonsulent tjenester, prisindeks (2010=100). Tallene er prisjustert fra 3. kvartal 2014-verdier til gjennomsnittet av 1. til 4. kvartal 2015-verdier.

I KS1 vurderes den totale usikkerheten i estimatene til å være så stor at en ikke med noenlunde sikkerhet kan si hva dette vil koste. Det konkluderes likevel med at prosjektet har lyktes med å få frem de relative kostnader mellom alternativene.

Vi stiller oss bak vurderingen at alternativ 1a og 1b vil ha de laveste kostnadene for helsesektoren. Vi vil samtidig understreke at det er stor estimatusikkerhet og vi kan ikke gå god for at alle relevante kostnadsdrivere (se 10/7967-24) er hensyntatt eller at identifiserte kostnadsdrivere er vurdert til noenlunde riktig størrelse. Vi anbefaler at det gjennomføres en videre utredning av kostnader i forprosjektfasen, med deltakelse fra aktørene i helsesektoren. Her bør man vurdere kostnadsdrivende parametere i helsesektoren, omtalt i høringsvaret fra 2012 (vår referanse 10/7967-24), og de ulike parametere bør så langt det er mulig prissettes.

Direktoratet støtter anbefaling om alternativ 1b for innføring av ny personidentifikator

Det synes i all hovedsak å være gjort en grundig utredning av sakskomplekset i konseptvalgutredning og kvalitetssikring KS1, og anbefalingen om å gå videre med alternativ 1b fremstår som hensiktsmessig sett i lys av de samlede kostnads- og nyttevirkninger. Anbefalingen vil, slik vi ser det, være god både i et samfunnsperspektiv og et helsesektorperspektiv. Direktoratet støtter anbefalingen, og mener at arbeidet med alternativ 1b bør videreføres i et forprosjekt frem til kvalitetssikring KS2.