



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 20 L

(2009–2010)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

Endringer i folketrygdloven og  
helseregisterloven m.m. (innføring av  
automatisk frikortordning og  
etablering av nødvendige  
registre m.m.)



## Innhold

<b>1</b>	<b>Proposisjonens hovedinnhold</b> .....	5			
<b>2</b>	<b>Bakgrunn for lovforslaget</b> .....	6		6.2	Etablering av et egenandelsregister ... 20
2.1	Utgangspunktet for departementets arbeid .....	6		6.2.1	Innledning .....
2.2	Høringer .....	6		6.2.2	Formålet med Egenandelsregisteret .. 21
2.2.1	Høringsnotat om innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m. ....	6		6.2.3	Opplysninger i Egenandelsregisteret . 22
2.2.2	Høringsnotat om endring i folketrygdloven § 5-3, slik at egenandels- takordningen også skal omfatte egen- andeler betalt for helsehjelp som utføres poliklinisk av andre helseper- sonellgrupper enn leger .....	10		6.2.4	Meldeplikt til Egenandelsregisteret – forholdet mellom utfakturerte og betalte egenandeler .....
<b>3</b>	<b>Nærmere om automatisk frikort- ordning</b> .....	12		6.2.5	Samtykke .....
<b>4</b>	<b>Syketransport</b> .....	14		6.2.6	Rett til å reservere seg .....
<b>5</b>	<b>Gjeldende rett</b> .....	16		6.2.7	Sammenstilling med opplysninger i andre registre .....
5.1	Egenandeler og fritak .....	16		6.2.8	Andre personvernforebyggende tiltak ... 28
5.1.1	Innledning .....	16		6.3	Etablering av registre knyttet til administrering og samordning av syketransport .....
5.1.2	Egenandelstak 1 .....	16		6.3.1	Innledning .....
5.1.3	Innhenting av opplysninger om betalte egenandeler .....	16		6.3.2	Formålet med Direkteoppgjørsgis- teret og Enkeltoppgjørsgis- teret .....
5.2	Taushetsplikt .....	16		6.3.3	Meldeplikt til registre for admini- strering og samordning av syketrans- port .....
5.2.1	Taushetsplikt etter helsepersonel- loven .....	16		6.3.4	Samtykke .....
5.2.2	Taushetsplikt etter helseregisterloven	17		6.3.5	Register for direkteoppgjør – rett til å reservere seg .....
5.2.3	Taushetsplikt for helseøkonomi- forvaltningen (HELFO) .....	17		6.3.6	Databehandlingsansvarlig og databe- handler – Enkeltoppgjørsgis- teret ....
5.2.4	Taushetsplikt etter spesialisthelse- tjenesteloven .....	17		6.3.7	Databehandlingsansvarlig og databe- handler – Direkteoppgjørsgis- teret ..
5.3	Regulering av registre .....	17		6.3.8	Sammenstilling med opplysninger i andre registre .....
5.3.1	Personverndirektivet .....	17		6.3.9	Andre personvernforebyggende tiltak ... 33
5.3.2	Den europeiske menneskeretts- konvensjon (EMK) .....	17		6.4	Spørretjenesten .....
5.3.3	Helseregisterloven .....	18		6.5	Lovgrunnlag for å gi transportører opplysning om pasienten skal betale egenandel .....
5.3.4	Folketrygdloven .....	18		6.6	Departementets adgang til å dispen- sere fra taushetsplikt .....
5.3.5	Personopplysningsloven .....	18		6.7	Utbetaling av småbeløp .....
<b>6</b>	<b>Lovforslagene</b> .....	20		6.8	Forholdet til arkivloven .....
6.1	Lovgrunnlag for å utlevere frikort uten at det er satt fram krav .....	20		<b>7</b>	<b>Administrative og økonomiske konsekvenser</b> .....
				7.1	Innledning .....
				7.2	Virkning for brukerne .....
				7.3	Virkning for helsepersonell og andre tjenesteytere .....

7.3.1	Hyppigere innsending av data .....	40	8.3	Nærmere om forslaget i høringsnotatet .....	43
7.3.2	Kostnader til investeringer i IKT-utstyr .....	41	8.4	Høringsinstansenes syn .....	44
7.4	Virkning for forvaltningen og statens utgifter .....	42	8.5	Departementets vurdering .....	44
7.5	Oppsummering .....	42	8.6	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget .....	44
<b>8</b>	<b>Endring i folketrygdloven § 5-3, slik at egenandelstaksordningen også skal omfatte egenandeler betalt for helsehjelp som utføres poliklinisk av andre helsepersonellgrupper enn leger .....</b>	<b>43</b>	<b>9</b>	<b>Merknader til de enkelte bestemmelsene .....</b>	<b>46</b>
8.1	Bakgrunn .....	43	<b>Forslag til lov om endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m. (innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.) ....</b>		
8.2	Gjeldende rett .....	43	<b>49</b>		



DET KONGELIGE  
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Prop. 20 L

(2009–2010)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

---

## Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m. (innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 16. oktober 2009,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Stoltenberg II)*

### 1 Proposisjonens hovedinnhold

Regjeringen legger med dette fram forslag til endringer i folketrygdloven, helseregisterloven og spesialisthelsetjenesteloven. Forslagene er en oppfølging av Stortingets tilslutning til å innføre en nasjonal automatisk frikortordning. Det er redegjort for bakgrunnen for innføring av ordningen i *kapittel 2*. I dette kapitlet er det også redegjort for høringer som er gjennomført. *Kapittel 3* beskriver nærmere hva den nye automatiske ordningen går ut på, og *kapittel 4* gir en beskrivelse av administrering og samordning av syketransport og digitalisering av saksbehandling ved enkeltoppgjør og direkteoppgjør. *Kapittel 5* redegjør for gjeldende rett på området, mens *kapittel 6* inneholder en gjennomgang av de forskjellige lovforslagene. I *kapittel 6* blir også høringsuttalelser til de forskjellige lovforslagene gjengitt.

Det foreslås en ny bestemmelse i folketrygdloven som presiserer at departementet kan bestemme at frikort kan utleveres uten at det er satt fram krav. I tillegg foreslås lovendringer for å legge til rette for innføring av en spørretjeneste som skal gjelde for helseforetakene, helsepersonell og andre

som yter tjenester for trygdens regning. Det er foreslått nye bestemmelser i folketrygdloven, helseregisterloven og spesialisthelsetjenesteloven som gjør unntak fra taushetsplikten, slik at opplysninger om brukerne skal betale egenandel m.m. kan utleveres.

Proposisjonen inneholder også forslag om lovgrunnlag for etablering av et egenandelsregister og registre for administrering, samordning og digitalisering av saksbehandling knyttet til oppgjør for syketransport. Det foreslås nye bestemmelser i helseregisterloven som gir hjemmel for disse registrene.

I *kapittel 7* blir det redegjort for administrative og økonomiske konsekvenser av etablering av en nasjonal automatisk frikortordning og nye registre. De budsjettmessige konsekvensene er fulgt opp ved forslag i statsbudsjett for 2010.

*Kapittel 8* inneholder en gjennomgang av forslag om endring i folketrygdloven § 5-3, slik at egenandelstak 1 også skal omfatte helsehjelp som utføres poliklinisk av annet helsepersonell enn leger. *Kapittel 9* inneholder merknader til de enkelte lovforslagene.

## 2 Bakgrunn for lovforslaget

### 2.1 Utgangspunktet for departementets arbeid

Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til helsehjelp hos en rekke privatpraktiserende behandlere og tjenesteytere (helserefusjoner). Etter pasientrettighetsloven § 2-6 har pasienter rett til å få dekket nødvendige utgifter til transport i forbindelse med helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, og som dekkes av helseforetak etter helseforetaksloven. Det sammen gjelder transport i forbindelse med helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5. I tillegg til refusjon fra det offentlige betaler den enkelte ofte en del av utgiftene selv gjennom egenandeler.

Saksbehandlingen for stønad etter folketrygdloven kapittel 5 er lagt til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), som er et forvaltningsorgan underlagt Helsedirektoratet. Arbeids- og velferdsetaten har inntil videre fått delegert myndighet til å behandle saker som gjelder egenandeler og utstedelse av frikort.

Ansvar for syketransport er etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a lagt til de regionale helseforetakene. Ansvar inkluderer finansieringsansvar og ansvar for å sørge for nødvendig transport. Helseforetakene skal fra 1. januar 2010 overta ansvaret for all saksbehandling av refusjonskrav.

Ved behandling av statsbudsjettet for 2008, jf. St.prp. nr. 1 (2007-2008), ga Stortinget sin tilslutning til utvikling av en automatisk frikortordning. Helsedirektoratet er i gang med utviklingen av den tekniske løsningen. Ordningen innebærer at brukerne i utgangspunktet ikke lenger trenger å sette fram krav om frikort overfor de lokale NAV-kontorene. Frikortet vil automatisk bli sendt til brukerne når egenandelstaket er nådd.

Innføring av en automatisk frikortordning er et viktig bidrag for å gjøre offentlig sektor enklere og mer brukervennlig. Forvaltningen av egenandelssområdet er i dag preget av omfattende manuelle registreringsrutiner, og saksbehandlingstiden ved de lokale NAV-kontorene er svært varierende. Dagens praksis er tungvint for brukerne som må samle på kvitteringer for betalte egenandeler og selv sette fram krav om frikort.

En automatisk frikortordning vil også gi et bedre grunnlag for å sikre brukernes rettigheter og utvikle en moderne digitalisert forvaltning der millioner av papirkvitteringer erstattes av elektronisk datalagring og behandling av saker. NAV vil få frigjort ressurser til å rendyrke sin innsats for å få flere brukere i arbeid og aktivitet.

En automatisk frikortordning og administrering, samordning og digitalisering av saksbehandlingen ved syketransport reiser flere problemstillinger knyttet til personvern. Nødvendige endringer i regelverket må tilfredsstille gjeldende krav til personvern, bl.a. EUs personverndirektiv (95/46/EU) og Menneskerettskonvensjonen artikkel 8, jf. også personopplysningsloven og helseregisterloven.

### 2.2 Høringer

#### 2.2.1 Høringsnotat om innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.

Høringsnotat med forslag til endringer i folketrygdloven, helseregisterloven og spesialisthelsetjenesteloven – innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m. ble sendt ut 25. mai 2009. Høringsfristen var 6. juli 2009. Høringsnotatet ble sendt til følgende instanser:

ACTIS  
ADHD-foreningen  
Afasiforbundet i Norge  
Akademikerne  
Angstringen  
Anonyme Alkoholikere  
Apotekforeningen  
Arbeids- og velferdsdirektoratet  
Aurora, Støtteforening for mennesker med psykiske problemer  
Autismeforeningen i Norge  
Aleris Helse  
Barneombudet  
Barne-, ungdoms- og familieetaten  
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet  
Bergen tingrett  
Blå Kors Norge

Endringer i folketrygdløven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

Borgarting lagmannsrett	Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser
Borgestadklinikken	JURK
Cerebral Parese-foreningen	Juss-Buss
Colosseumklinikken – Allmennlegene	Jussformidlingen
Datatilsynet	Jusshjelpa
DELTA	Kirkens Bymisjon
Demensforeningen	Klientaksjonen – Velferdsalliansen
Den Norske Advokatforening	Kliniske ernæringsfysiologers forening
Den norske Dommerforening	Kommuneadvokaten i Oslo
Den Norske Jordmorforening	Kommunenes Sentralforbund (KS)
Den norske Kreftforening	Kompetansesenter rus – Midt-Norge.
Den norske tannlegeforening	Kontoret for voldsoffererstatning
Den norske legeforening	Kreftregisteret
Departementene	Kriminalomsorgen, regionkontorene
De regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål	Landets distriktpsikiatriske sentra
Det Norske Diakonforbund	Landets fylkesmenn / Sysselmannen på Svalbard
Det Norske Nettverket av Fontenehus	Landets fylkestannleger
Domstoladministrasjonen	Landets fylkeskommuner
Drammen private sykehus	Landets helseforetak
Dysleksiforbundet i Norge	Landets kommuner
Fagforbundet	Landets regionale helseforetak
Fagrådet innen Rusfeltet i Norge	Landets høyskoler (m/helse fagl. utdanning)
Fellesorganisasjonen FO	Landets pasientombud
Farmasi Forbundet	Landets universiteter
Finansnæringens Hovedorganisasjon	Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
Forbrukerombudet	Landsforeningen Alopecia Areata
Forbrukerrådet	Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
Forbundet mot rusgift	Landsforeningen for Huntingtons sykdom
Foreningen for blødere i Norge	Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
Foreningen for hjertesyeke barn	Landsforeningen for Psykopat Ofre
Foreningen for human narkotikapolitikk	Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
Foreningen for Muskelsyke	Landsforeningen for Trafikkskadde
Foreningen for kroniske smertepasienter	Landsforeningen for utekontakter
Forskningstiftelsen FAFO	Landsforeningen for utviklingshemmede og pårørende
Forsvarergruppen av 1977	Landsforeningen for voldsofre
Frostating lagmannsrett	Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	Landslaget for offentlige pensjonister
Fürst medisinske laboratorium AS	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Galebevegelsen	LAR Nett Norge
Gatejuristen – Kirkens Bymisjon	Legeforeningens forskningsinstitutt
Gulating lagmannsrett	Legemiddelindustriforeningen
Gynlab AS	Likestillings- diskrimineringsombudet
Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon	Marborg
Haraldsplass diakonale høyskole	Medborgernes Menneskerettighets Kommissjon
Helsedirektoratet	Menneskeverd
Helse- og sosialombudet i Oslo	Mental Helse Norge
Helsetilsynet i fylkene	M.E. Nettverket i Norge
HIV-Norge	MS-forbundet
Hørselshemmedes Landsforbund	NA, Anonyme narkomane
Høyesterett	Nasjonalt folkehelseinstitutt
Innovasjon Norge	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Institutt for samfunnsforskning	
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin	

Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording	Norsk Tannpleierforening
Nettverket for Private helsevirksomheter	Norsk Tjenestemannslag (NTL)
NOKUT	Norsk Tourette Forening
Nordisk institutt for odontologisk materialprøving	Norsk Thyreoideaforbund
Norges Astma- og Allergiforbund	Norske Fotterapeuters Forbund
Norges Blindeforbund	Norske Ortoptisters Forening
Norges Diabetesforbund	NOVA
Norges Døveforbund	Næringslivets Hovedorganisasjon NHO
Norges Fibromyalgi Forbund	Oslo tingrett
Norges Farmaceutiske Forening	PARAT
Norges forskningsråd	PARAT Helse
Norges Handikapforbund	Pasientskadenemnda
Norges Juristforbund	Personvernemnda
Norges kristelige legeförening	PRISY – Privatsykehusenes fellesorganisasjon
Norges Optikerforbund	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
Norges Parkinsonforbund	PRO-LAR – Nasjonalt forbund for folk i LAR
Norges Tannteknikerforbund	PRO-Sentret
Norsk audiografforbund	Redd Barna
Norsk Cøliakiförening	Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
Norsk Epilepsiforbund	Regjeringsadvokaten
Norsk Ergoterapeutforbund	Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO)
Norsk Forbund for Utviklingshemmede	Rettspolitisk forening
Norsk forening for cystisk fibrose	Riksadvokaten
Norsk forening for nevrofibromatose	Riksrevisjonen
Norsk forening for Stomi-og Reservoaropererte (Norilco)	Ringvoll Klinikken
Norsk forening for Tuberøs Sklerose	Rokkansenteret
Norsk Fysioterapeutforbund	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Norsk Helse- og Sosiallederlag	Oslo
Norsk Helsesekretærforbund	ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk Immunsviktförening	Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
Norsk Interesseforening for Stamme	Ryggforeningen i Norge
Norsk Intravenøs Forening	Røntgeninstituttens Fellesorganisasjon
Norsk Kiropraktorforening	Rådet for psykisk helse
Norsk Landsforening for laryngectomerte	Sametinget
Norsk Logopedlag	Seniorsaken Norge
Norsk Manuellterapeutforening	Senter for sjeldne sykdommer og diagnosegrupper
Norsk OCD forening, ANANKE	Senter for seniorpolitikk
Norsk Osteopat Forbund	SINTEF Helse
Norsk Osteoporoseforening	SPEKTER
Norsk ortopedisk forening	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
Norsk Palliativ Forening	Statens Helsepersonellnemnd
Norsk Pasientforening	Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	Statens helsetilsyn
Norsk Pensjonistforbund	Statens legemiddelverk
Norsk Psoriasis Forbund	Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
Norsk Psykologforening	Statens seniorråd
Norsk Psykiatrisk Forening	Statens senter for Ortopedi
Norsk Radiografforbund	Statstjenestemannsforbundet
Norsk Revmatikerforbund	Stortingets ombudsmann for forvaltningen
Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste	Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Norsk senter for menneskerettigheter	Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
Norsk Sykepleierforbund	Stiftelsen Rettferd for taperne
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH)	Støtteforeningen for Kreftsyrke Barn
	Trondheim tingrett



Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

Trygderetten  
Turner Syndrom foreningen i Norge  
Ungdom mot narkotika  
UNIO  
Universitets- og høyskoleutdannedes forbund  
Utdanningsforbundet  
Veiledningssenteret for pårørende til stoffmisbrukere og innsatte  
Voksne for barn  
Volvat Medisinske Senter AS  
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)  
Yngre legers forening

Departementet har mottatt 54 høringsuttalelser. Følgende 18 instanser har svart at de ikke har merknader til forslagene eller at de ikke avgir uttalelse:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet  
Kunnskapsdepartementet  
Landbruks- og matdepartementet  
Miljøverndepartementet  
Nærings- og handelsdepartementet  
Samferdselsdepartementet

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet  
Domstoladministrasjonen  
Høyesteretts kontor  
Kriminalomsorgen region nord  
Regjeringsadvokaten  
Riksadvokaten  
Sykehuset Østfold  
Statens legemiddelverk

Fylkestannlegen i Hedmark  
Arbeidsgiverforeningen Spekter  
Landsorganisasjonen i Norge

Kreftregisteret

Følgende 36 instanser har uttalt seg om innholdet i forslagene:

Fornyings- og administrasjonsdepartementet  
Justis- og politidepartementet  
Kultur- og kirkedepartementet

Arbeids- og velferdsdirektoratet  
Barneombudet  
Datatilsynet  
Helsedirektoratet  
Likestillings- og diskrimineringsombudet

Helse Sør-Øst RHF (uttalelsen er avgitt på vegne av alle de fire regionale helseforetakene)  
Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål  
St. Olavs Hospital HF

Bergen kommune  
Bjerkreim kommune  
Rauma kommune  
Salangen kommune

Fylkestannlegen i Vestfold

Apotekforeningen  
Den norske legeforening  
Fagforbundet  
Farmasiforbundet  
Norges Farmaceutiske Forening  
Norsk Fysioterapeutforbund  
Norsk Manuellterapeutforening  
Norsk Psykologforening  
Næringslivets hovedorganisasjon  
Yngre legers forening

Det Norske nettverket av Fontenehus  
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon  
Kreftregisteret  
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke  
Norges Diabetesforbund  
Norsk forening for cystisk fibrose  
Norsk Osteopat Forbund  
Borgestadklinikken  
Gatejuristen

Et overveiende flertall av høringsinstansene er positive til departementets forslag. Mange understreker at det er viktig at personvernet blir ivaretatt, og enkelte presiserer at deres støtte forutsetter at personvernet er tilstrekkelig ivaretatt/ikke blir krenket. *Norsk Manuellterapeutforening* støtter ikke forslaget og har bedt om at reformen utsettes inntil det er mulig å etablere en helhetlig ordning som omfatter både egenandelstak 1 og 2. *Legeforeningen* viser til at den hittil har støttet arbeidet med elektronisk frikortløsning, og at støtten har vært betinget av en løsning som ivaretar pasientenes personvern fullt ut, samtidig som den er hensiktsmessig økonomisk og administrativt. *Legeforeningen* er nå kritisk til flere punkter i forslaget. Dette gjelder manglende krav til samtykke for innrapportering til registrene, at frikort skal kunne utstedes på grunnlag av ikke betalte fordringer og at det ikke er foretatt vurderinger av kostnadsdekning for nye systemkrav knyttet til ordningen.

Flere høringsinstanser forutsetter at tekniske løsninger og nye rutiner er på plass før iverksetting av ny ordning. Dette gjelder blant annet *Apotekforeningen* og *Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke* (LHL).

*Norsk Fysioterapeutforbund* mener at ordningen med manuell behandling av krav om frikort må vi-

Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

dereføres også i framtiden og ikke bare opprettholdes som en midlertidig ordning. *Bjerkreim kommune* mener det vil skape svært mye ekstra arbeid for alle parter hvis barn opp til 16 år skal utelukkes fra ordningen, og at også barn i alderen 12-16 år må innlemmes i ordningen hvis det ikke i løpet av kort tid er planlagt å innføre fri helsehjelp for alle barn opp til 16 år. *Barneombudet* støtter at dagens ordning opprettholdes for barn 12-16 år.

### **2.2.2 Høringsnotat om endring i folketrygdloven § 5-3, slik at egenandelstakordningen også skal omfatte egenandeler betalt for helsehjelp som utføres poliklinisk av andre helsepersonellgrupper enn leger**

I et eget høringsnotat som ble sendt ut 30.06.09 ble det i tillegg til flere forskriftsendringer foreslått en endring i folketrygdloven § 5-3, slik at egenandeler betalt for helsehjelp som utføres poliklinisk av andre helsepersonellgrupper enn leger, skal omfattes av egenandelstak 1. Høringsfristen var 17. august 2009. Dette forslaget ble sendt til følgende høringsinstanser:

ADHD-foreningen  
AMATHEA Rådgivningstjeneste for gravide  
Ananke, Norsk OCD-forening  
Angstringen  
Aurora, Støtteforening for mennesker med psykiske problemer  
Autismeforeningen i Norge  
Cerebral Parese-foreningen  
De regionale helseforetakene  
Den norske jordmorforening  
Den norske Legeforening  
Den norske tannlegeforening  
Det Norske Diakonforbund  
Departementene  
Fagrådet innen Rusfeltet i Norge  
Fampo  
Foreningen for blødere i Norge  
Foreningen for hjertesyke barn  
Foreningen for Muskelsyke  
Foreningen for kroniske smertepasienter  
Foreningen retten til en verdig død  
Foreningen for søvnsykdommer  
Fylkeskommunene  
Fylkesmenn/Sysselmannen på Svalbard  
Galebevegelsen  
Helsedirektoratet  
Hørselshemmedes Landsforbund  
Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser  
Interesseforeningen for LMBB syndrom

Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende  
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk  
Landsforeningen Alopecia Areata  
Landsforeningen for etterlatte ved selvmord  
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke  
Landsforeningen for Huntingtons sykdom  
Landsforeningen for kosthold og helse  
Landsforeningen for lesbisk og homofil frigjøring  
Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte  
Landsforeningen for Psykopat Ofre  
Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri  
Landsforeningen for private sykehus – PRISY  
Landsforeningen for Transseksuelle  
Landsforeningen for Trafikkskadde i Norge  
Landsforeningen for voldsofre  
Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer  
Mental Helse Norge  
Morbus Addisons forening  
Multippel Sklerose Forbundet i Norge/MS-forbundet  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording  
Nettverket for private helsevirksomheter  
Norges Astma- og allergiforbund  
Norges Blindeforbund  
Norges Diabetesforbund  
Norges Døveforbund  
Norges Farmaceutiske Forening  
Norges Fibromyalgi Forbund  
Norges forskningsråd  
Norges Handikapforbund  
Norges Ingeniørorganisasjon (NITO)  
Norges Optikerforbund  
Norges Parkinsonforbund  
Norsk audiografforbund  
Norsk Cøliakiforening  
Norsk Dysmeliforening  
Norsk Epilepsiforbund  
Norsk Ergoterapeutforbund  
Norsk Forbund for Psykoterapi  
Norsk Forbund for Utviklingshemmede  
Norsk Forbund for voldsofre  
Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner  
Norsk forening for cystisk fibrose  
Norsk Foreldrelag for Funksjonshemmede  
Norsk forening for pedagogisk psykologi  
Norsk forening for nevrofibromatose  
Norsk forening for Osteogenesis Imperfecta  
Norsk forening for Stomi- og Reservoaropererte (Norilco)  
Norsk forening for Tuberøs Sklerose

Endringer i folketrygdløven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

Norsk Fysioterapeutforbund	Regjeringsadvokaten
Norsk Helsesekretærforbund	Riksadvokaten
Norsk Immunsviktforening	Riksrevisjonen
Norsk Osteopat Forbund	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Norsk Osteoporoseforening	Ryggmargsbrokk- og Hydrocephalusforeningen
Norsk ortopedisk forening	Ryggforeningen i Norge
Norsk Pasientforening	Rådet for psykisk helse
Norsk Pasientskadeerstatning	Rådgivning for spiseforstyrrelser (ROS)
Norsk Psoriasis Forbund	SINTEF Helse
Norsk Psykiatrisk Forening	Statens Helsetilsyn
Norsk Psykologforening	Statens legemiddelverk
Norsk Radiografforbund	Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
Norsk Revmatikerforbund	Stortingets ombudsmann for forvaltningen
Norsk sykepleierforbund	Straffedes Organisasjon i Norge
Norsk sykehus-og helsetjenesteforening (NSH)	Støtteforeningen for Kreftsyke Barn
Norsk tannpleierforening	Ønskebarn – Norsk forening for fertilitet og barnløshet
Norsk Tourette Forening	
Norsk Thyreoideaforbund	
Norsk forening for kriminalreform – KROM	Det blir redegjort nærmere for høringsinstansenes syn og departementets vurdering i kapittel 8.
Næringslivets Hovedorganisasjon	
Pasientombud	

### 3 Nærmere om automatisk frikortordning

Etablering av en nasjonal automatisk frikortordning innebærer en endring av dagens system for behandling av egenandelsopplysninger. Systemet er i dag basert på at den enkelte bruker oppbevarer sine egenandelskvitteringer og innen seks måneder etter at taket er nådd framsetter et krav om frikort overfor sitt lokale NAV-kontor. Etter behandling av kravet blir et frikort eventuelt sendt i posten. Samtidig blir det beløpet brukeren har betalt ut over egenandelsaket, refundert. Dersom brukeren har oversittet fristen på seks måneder, tapes retten til å få de aktuelle egenandelsutgiftene refundert.

Den automatiske frikortordningen forutsetter at behandlere og tjenesteytere som yter tjenester som inngår i ordningen med egenandelstak 1, herunder helseforetakene, sender inn opplysninger om alle brukerens betalte egenandeler til HELFO. Opplysningene skal fortløpende lagres i en egenandelstaller, det vil si et register over betalte egenandeler. Dette registeret blir heretter omtalt som Egenandelsregisteret. Basert på de innsendte opplysningene skal bruker automatisk få tilsendt frikortet i posten innen 3 uker etter at taket er nådd. I dag sendes opplysninger om betalte egenandeler som oftest inn til HELFO sammen med krav om direkte oppgjør. De direkte oppgjørene gjelder refusjon fra folketrygden til delfinansiering av tjenester som utføres for trygdens regning. Av tekniske årsaker vil den nye ordningen innebære at de fleste behandlere og tjenesteytere må sende inn sine oppgjør hyppigere enn i dag, og at de derfor vil få utbetalt refusjon hyppigere enn i dag. Målet er at innsending av opplysninger om betalte egenandeler og refusjonskrav alltid skal skje elektronisk over linje (ikke ved diskett).

Den automatiske ordningen vil for brukerne innebære en enklere tjeneste ved at de ikke må sette fram krav om fritak overfor NAV-kontorene. Brukerne kan velge å samle på kvitteringene for egen kontroll og oversikt over registrerte egenandeler. For å hindre at noen taper sine rettigheter på grunn av en systemomlegging, er det forutsatt at de lokale NAV-kontorene i en overgangsperiode har beredskap for å håndtere egenandelskvitteringer og utstede frikort slik de gjør i dag.

Ordningen foreslås i første omgang å omfatte

egenandeler som går inn under egenandelstak 1. I dag mottar ca. 900 000 personer frikort etter å ha nådd dette taket. Det vil kunne bli vurdert å utvide ordningen til også å omfatte egenandelstak 2 på et senere tidspunkt. Det er i dag ca. 50 000 personer som mottar frikort etter å ha nådd egenandelstak 2. Dagens ordning med manuell behandling av krav om frikort vil fortsatt gjelde for egenandeler som omfattes av egenandelstak 2. Brukerne må derfor ta vare på kvitteringene for disse egenandelene. Det er i punkt 5.1.1 redegjort for hvilke tjenester de forskjellige egenandelstakene omfatter.

Brukerne kan kontakte HELFO for å få tilsendt oversikt over innrapporterte egenandeler. På sikt skal brukerne også kunne hente informasjon om registrerte egenandeler og sin egen egenandelssaldo, bestille duplikat av frikort og reservere seg på internettsiden MinSide. Å ta i bruk MinSide til disse formålene forutsetter imidlertid at sikkerhetsnivået for MinSide økes til høyeste sikkerhetsnivå.

Den automatiske frikortordningen skal ikke omfatte brukere mellom 12 og 16 år. Denne brukergruppen er gitt særlige rettigheter med hensyn til å begrense foreldrenes innsyn i opplysninger om helseforhold, jf. pasientrettighetsloven § 3-4 andre ledd. Barns egenandeler kan ikke *automatisk* telle med foreldrenes egenandeler og beregning av fritak, fordi dette i visse tilfeller kan føre til at det gis ut taushetsbelagt informasjon om barn til foreldre. For øvrig vises til forslag i St.prp. nr. 1 (2009–2010) om å fjerne egenandeler for barn inntil 16 år.

Egenandelsregisteret vil omfatte personer som er medlemmer i folketrygden. Personer som gis rettigheter gjennom konvensjonsavtaler (først og fremst EØS-avtalen), og som med jevne mellomrom oppholder seg i Norge uten å bli opptatt som medlemmer av folketrygden, skal gis samme rett til helsetjenester i Norge som medlemmer av folketrygden. Det betyr blant annet at de ikke skal betale mer i egenandeler enn det medlemmene gjør, og de har krav på frikort når egenandelstaket er nådd. Den automatiske frikortordningen vil imidlertid bare kunne utstede frikort automatisk til personer med norsk fødselsnummer eller D-nummer. I praksis innebærer dette at personer uten fødselsnummer eller D-nummer selv må framsette krav om fri-

kort ved å sende kvitteringene til HELFO. HELFO vil foreta en manuell behandling av kravet og vurdere om egenandelstaket er nådd. Bakgrunnen for dette er at forvaltningen ikke har noen adresse å sende frikortet til, og at det er vanskelig sikkert å identifisere personen som har betalt egenandelen.

Det foreslås å gi helseforetakene og personell som yter behandling og tjenester for trygdens regning, en adgang til å spørre Egenandelsregisteret om en bruker har frikort. Det foreslås også å gi helseforetakene en slik adgang ved administrering og samordning av syketransport. Denne tjenesten blir

kalt Spørretjenesten. En slik tjeneste er nødvendig for at helseforetakene ved rekvirering av syketransport kan opplyse transportøren om pasienten skal betale egenandel for reisen eller ikke. Det er også behov for spørretjenesten ved beregning av refusjon av utgifter til syketransport der pasienter har lagt ut for reisen. Dessuten kan spørretjenesten hindre unødig innkreving av egenandeler der bruker har mistet /glemt frikortet eller venter på at frikortet kommer i posten. Spørretjenesten kan også ha en kontrollfunksjon ved at den kan hindre misbruk av frikortordningen.

## 4 Syketransport

En forutsetning for at frikort kan utstedes til bruker på riktig grunnlag og til riktig tidspunkt, er at opplysninger om alle betalte egenandeler registreres fortløpende i Egenandelsregisteret. Egenandeler for syketransport utgjør ca. 30 % av det totale antallet av egenandelene for helsetjenester som faller inn under tak 1.

Pasienten kan få dekket utgifter til transport enten ved *direkteoppgjør* fra helseforetaket til transportør eller ved *enkeltoppgjør* (etterbetaling). Ved *direkteoppgjør* reiser pasienten med en rekvisisjon som er utstedt på medisinsk og/eller trafikalt grunnlag (manglende rutegående tilbud). Pasienten betaler egenandel med mindre vedkommende har frikort eller det foreligger andre fritaksgrunner. Det gjenstående oppgjøret for reisen betales direkte til transportør fra det helseforetaket som har ansvar for det geografiske området der transporten starter. Ved dekning av utgifter gjennom *enkeltoppgjør* reiser pasienten normalt uten rekvisisjon. Pasienten legger selv ut for reisen og søker deretter om å få refundert reiseutgiftene.

Samtidig med at de regionale helseforetakene overtok finansieringsansvaret for syketransport, overtok helseforetakene ansvaret for kjørekontorene og transportkonsulentene. Ordningen med kjørekontor og transportkonsulenter var etablert i daværende trygdeataten for å planlegge drosjeturer slik at flere kan reise med samme bil. Ved behandlingen av Ot.prp. nr. 66 (2002–2003), jf Innst. O. nr 9 (2003–2004), ble det besluttet at oppgavene knyttet til saksbehandling av direkteoppgjør og enkeltoppgjør fortsatt skulle utføres i trygdeataten. Det ble inngått avtaler om kjøp av oppgjørstjenester mellom de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet (tidligere Rikstrygdeverket). Ordningen innebærer at Arbeids- og velferdsetaten er teknisk oppgjørsenhet for de regionale helseforetakene, mens foretakene har det forvaltningsmessige ansvaret. I Ot.prp. nr. 66 (2002–2003) ble det tatt forbehold om at modellen med kjøp av tjenester skulle vurderes på nytt i lys av resultatene fra NAV(SATS)-prosessen. Fra 1. januar 2006 overtok helseforetakene ansvaret for direkteoppgjør, mens de fortsatt kjøper tjenester fra NAV til behandling av enkeltoppgjør, reiseplanlegging, infor-

masjon og veiledning. Det er lagt til grunn at forvaltningen av enkeltoppgjør for syketransport ikke er i tråd med formålet med NAV-reformen, og fra 1. januar 2010 skal helseforetakene også overta ansvaret for enkeltoppgjørene, reiseplanlegging, informasjon og veiledning.

### *Direkteoppgjør*

Da de regionale helseforetakene overtok administreringsansvaret for direkteoppgjør i januar 2006, ble det besluttet å etablere et felles IKT-system, Nasjonalt informasjonssystem for pasienttransport (NISSY). Formålet med NISSY er å administrere og samordne ikke-akutt syketransport til og fra helseinstitusjoner og sikre effektiv utnyttelse av transportkapasiteten. NISSY benyttes av sykehusene, av helseforetakenes lokale enheter for pasientreiser og av deler av primærhelsetjenesten. «Lokale enheter for pasientreiser» er en betegnelse for pasienttransportavdeling med kjørekontor. Det er 18 lokale enheter med ansvar for direkteoppgjør. 12 av disse skal også få ansvaret for enkeltoppgjør.

Systemet er delt i en rekvisisjonsmodul, en planleggingsmodul, og en oppgjørsmodule. I tillegg er det etablert et system for elektronisk kommunikasjon av bestillinger til de ulike transportørene. Behandlerne rekvirerer transporter gjennom rekvisisjonsmodulen. Lokale enheter for pasientreiser legger også inn rekvisisjoner elektronisk for pasienter som har rekvisisjon på papir. Alle som benytter NISSY, kan registrere opplysninger i dette systemet.

Dersom transporten forhåndsbestilles, må pasienter kontakte lokal enhet for pasientreiser dagen før transporten for å bekrefte at de skal ha transport. Rekvirerte reiser som er bekreftet, overføres til planleggingsmodulen. Der koordineres transportbehov med tilgjengelige transportmidler og bestilling sendes transportøren.

Hensiktsmessig saksbehandling av refusjonskrav ved direkteoppgjør forutsetter følgende:

- adgang for helseforetaket ved lokal enhet for pasientreiser til å innhente informasjon fra HELFO om pasienten har frikort
- adgang til å ha et personidentifiserbart register

Endringer i folketrygdløven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

- uten samtykke fra pasienten med følgende opplysninger: pasientens navn, fødselsnummer, hvor og når pasienten skal hentes og bringes, eventuelle særskilte transportbehov (for eksempel behov for transport tilpasset rullestol) og hvilket beløp pasienten skal betale i egenandel
- plikt for helsepersonell og virksomhet til å gi ovennevnte opplysninger uten hinder av taushetsplikt til NISSY
  - sletting av informasjon i det personidentifiserbare registeret etter hvert som den ikke lenger er nødvendig for å gjennomføre transporten og foreta oppgjør for denne
  - adgang for helseforetaket ved lokal enhet for pasientreiser til å gi følgende opplysninger til transportør: pasientens navn, hvor og når pasienten skal hentes og bringes, eventuelle særskilte transportbehov og hvilket beløp pasienten eventuelt skal betale i egenandel
  - tilgang til registeret for samtlige helseforetak ved lokal enhet for pasientreiser slik at disse kan samordne transporttjenester og utnytte transportkapasiteten
  - plikt for helseforetaket ved lokal enhet for pasientreiser til å melde inn til HELFO hvor mye pasienten har betalt i egenandel
  - adgang for helseforetaket ved lokal enhet for pasientreiser til å melde inn krav til HELFO der pasienten ikke har betalt egenandel fordi egenandelstaket er nådd.

#### *Enkeltoppgjør*

Ansvar for enkeltoppgjør skal i sin helhet overtas av de regionale helseforetakene 1. januar 2010. I denne forbindelse er Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS etablert. I tillegg får 12 av de 18 lokale enhetene for pasientreiser som i dag har ansvaret for direkteoppgjør, også et ansvar for saksbehandling av enkeltoppgjør. Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS eies i fellesskap av de regionale helseforetakene. Selskapet skal ivareta samordningsfunksjoner, postmottak, skanning, utsending av vedtaksbrev og utbetaling. Denne organiseringen er i tråd med beslutninger i foretaksmøter i de regionale helseforetakene i januar 2008.

Pasienten skal sende søknad om dekning av reiseutgifter til Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS. Selskapet skal registrere saken og sende refusjonskravet til det aktuelle helseforetaket ved lokal enhet for pasientreiser, som har ansvar for å behandle kravet. Dette helseforetaket skal behandle kravet og fatte vedtak. I saksbehandlingen skal det gjøres en spørring mot Egenandelsregisteret via Spørretjenesten for å få avklart om pasienten har nådd egenandelstaket. Videre skal Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS sende ut vedtaket til pasienten og utbetale refusjonen. Ved innvilgelse av krav om dekning av reiseutgifter belastes pasienten med en egenandel, med mindre pasienten allerede har frikort eller det foreligger andre fritaksgrunner. Der pasienten belastes egenandel, må helseforetaket så snart som mulig, og senest innen 14 dager, melde inn dette til HELFO.

Hensiktsmessig saksbehandling av refusjonskrav ved enkeltoppgjør forutsetter følgende:

- adgang for helseforetaket ved lokale enhet for pasientreiser til å innhente informasjon fra HELFO om pasienten har nådd egenandelstaket
- tre registre: et hovedregister for saksbehandlingsløsning med lagring av krav fra pasienter, et oppmøteregister (registrering og lagring av hvilke pasienter som har vært til behandling) og et innkallingsregister (registrering og lagring av hvem som er innkalt til behandling). Innkallingsregisteret er nødvendig for at lokal enhet for pasientreiser kan utstede rekvisisjon på trafikkalt grunnlag, mens registeret for saksbehandlingsløsning og oppmøteregisteret er nødvendig for å utføre hovedprosessen ved enkeltoppgjør.
- en plikt for helseforetaket ved lokal enhet for pasientreiser til å melde inn til HELFO hvor mye pasienten har betalt i egenandel
- adgang for helseforetaket ved lokal enhet for pasientreiser til å melde inn krav til HELFO der pasienten ikke har betalt egenandel fordi egenandelstaket er nådd

For vurdering og forslag til bestemmelser om registre knyttet til syke transport vises det til punkt 6.3.

## 5 Gjeldende rett

### 5.1 Egenandeler og fritak

---

#### 5.1.1 Innledning

For å avhjelpe situasjonen for personer med høye utgifter til helsetjenester ble det fra 1. april 1984 innført en ordning med et utgiftstak for egenandeler (nå egenandelstak 1). Ordningen omfatter egenandeler betalt for legehjelp, psykologhjelp, legemidler og sykepleieartikler på blå resept, syke-transport, radiologisk undersøkelse og behandling pluss laboratorieprøver.

Fra 1. januar 2003 ble det innført en ny frikortordning, egenandelstak 2, som omfatter egenandeler betalt for fysioterapi, opphold ved opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner som har driftsavtale med regionalt foretak, refusjonsberettiget tannbehandling med visse unntak og behandlingsreiser til utlandet (klimareiser).

Begge egenandelstakene er hjemlet i folketrygdloven § 5-3.

#### 5.1.2 Egenandelstak 1

Stortinget fastsetter årlig det høyeste samlede beløpet som skal betales i godkjente egenandeler i løpet av et kalenderår (egenandelstaket). Betalte egenandeler utover det fastsatte taket gir brukere rett til frikort og å få refundert framtidige egenandeler. For 2009 er grensen satt ved 1780 kroner for egenandelstak 1.

Forskrift 18. april 1997 nr. 334 om egenandelstak 1 § 3 gir bestemmelser om hvilke utgifter som godtas som egenandeler. Forskriften § 2 andre ledd avgrenser ordningen mot egenandeler betalt i utlandet. De konkrete egenandelene framgår av forskriftene gitt til de aktuelle bestemmelsene i folketrygdloven §§ 5-4, 5-5, 5-7 og 5-14, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og pasientrettighetsloven § 2-6.

#### 5.1.3 Innhenting av opplysninger om betalte egenandeler

Etter lovendring som trådte i kraft 1. januar 2009 åpner folketrygdloven § 21-4 første ledd første punktum for å innhente «de opplysninger som er

nødvendige for å kontrollere om vilkårene for en ytelse er oppfylt eller har vært oppfylt i tilbakelagte perioder eller for å kontrollere utbetalinger etter en direkte oppgjørsordning». Etter den tidligere ordlyden måtte formålet med innhenting være å behandle krav om ytelser eller kontroll av løpende ytelser og tidligere utbetalte ytelser.

Isolert sett kan utstedelse av frikort karakteriseres som en ytelse etter folketrygdloven, og slik sett dekkes av opplysningspliktbestemmelsen. For at den automatiske frikortordningen skal fungere optimalt, må imidlertid alle betalte egenandeler innrapporteres fra behandlere og tjenesteytere, ikke bare der egenandelstaket er nådd og det blir satt fram krav om frikort.

Kjerneområdet for folketrygdloven § 21-4 knytter seg til et aktuelt krav fra en navngitt person, og opplysningene skal være nødvendige for å behandle dette konkrete kravet. I den automatiske frikortordningen vil rapporteringsplikt være løsrevet fra konkrete saker om frikort. I tillegg vil de egenandeler som innrapporteres, ikke alltid være nødvendige for behandlingen av et krav, verken på rapporteringstidspunktet eller senere i kalenderåret. Det siktes her til de tilfelle der egenandelstaket ikke nås. På denne bakgrunn mener departementet at folketrygdloven § 21-4 ikke gir tilstrekkelig hjemmel for innhenting av opplysninger om alle betalte egenandeler. Det er nødvendig å få en ny bestemmelse som løser denne problemstillingen.

### 5.2 Taushetsplikt

---

#### 5.2.1 Taushetsplikt etter helsepersonelloven

Taushetsplikten i helsetjenesten reguleres etter et tosporet system. Enhver som yter tjenester for et forvaltningsorgan, er bundet av reglene om taushetsplikt i forvaltningsloven. I tillegg er helsepersonell bundet av profesjonsbestemt taushetsplikt etter helsepersonelloven. Helsepersonellovens hovedregel om taushetsplikt følger av § 21:

«Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks le-  
gems- eller sykdomsforhold eller andre person-



lige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.»

Plikten omfatter både en passiv plikt til å tie og en aktiv plikt til å hindre at andre får tilgang til taushetsbelagte opplysninger. Forsvarlig håndtering og oppbevaring av pasientopplysninger er en forutsetning for å etterleve den lovbestemte taushetsplikten. Bestemmelsen innebærer at taushetsbelagte opplysninger bare kan gis eller utleveres til andre når det i lov, eller i medhold av lov, uttrykkelig er fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde.

Taushetsplikten i helsetjenesten skal beskytte pasienters personlige forhold og er en grunnleggende forutsetning for et tillitsforhold mellom pasienten og helsetjenesten. Det er viktig med et godt tillitsforhold slik at personer ikke unnlater å oppsøke helsetjenesten i frykt for at opplysninger kommer på avveie. Taushetsplikten skal også ivareta hensynet til at pasienter er trygge på å gi informasjon som er nødvendig for å gi en forsvarlig behandling.

### 5.2.2 Taushetsplikt etter helseregisterloven

Det følger av helseregisterloven § 15 at enhver som behandler helseopplysninger etter loven, har taushetsplikt både etter forvaltningsloven og helsepersonelloven. Dette innebærer at helsepersonell som utfører administrative oppgaver, men ikke utøver sin profesjon som for eksempel lege eller sykepleier, også er underlagt helsepersonellovens regler om taushetsplikt. Det samme gjelder for personell som forvalter lokale, regionale og sentrale helseregistre. Bestemmelsen innebærer at dersom det skal gjøres unntak fra taushetsplikt, må det være hjemmel både i forvaltningsloven og i helsepersonelloven. Det gjelder for alle helseopplysninger som behandles i henhold til helseregisterloven og uansett til hvilke formål opplysningene behandles.

### 5.2.3 Taushetsplikt for helseøkonomiforvaltningen (HELFO)

HELFOs taushetsplikt er regulert i arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 og forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Dette følger av folketrygdloven § 21-11a tredje ledd.

Forvaltningsloven § 13 første ledd oppstiller taushetsplikt for opplysninger om «noens personlige forhold». Det følger av arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 første ledd at taushetsplikt for Arbeids- og velferdsetaten også gjelder «fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerskap, sivilstand, yrke, bosted og arbeidssted».

En opplysning om en person har nådd egenandelstaket eller ikke, regnes som en opplysning om «noens personlige forhold». Utgangspunktet er derfor at HELFO ikke kan utlevere denne opplysningen med mindre det fins hjemmel i lov.

### 5.2.4 Taushetsplikt etter spesialisthelsetjenesteloven

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 regulerer den forvaltningsmessige taushetsplikt i helseinstitusjoner og fastslår at «enhver» som utfører tjeneste eller arbeid for en helseinstitusjon har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13e. Bestemmelsen har bare betydning for ansatte i spesialisthelsetjenesten, herunder ansatte ved helseforetakenes lokale enheter for pasientreiser, som behandler opplysninger som ikke reguleres av helseregisterloven.

Taushetsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 går, på samme måte som etter arbeids- og velferdsforvaltningsloven, lengre enn taushetsplikten i forvaltningsloven § 13 annet ledd ved at bestemmelsen regner opp en del opplysninger som taushetsbelagte, som i utgangspunktet ikke regnes som taushetsbelagte etter forvaltningsloven. Dette gjelder pasientens fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Denne utvidelsen ble gjort etter modell fra sosialtjenesteloven § 8-8. Begrunnelsen for taushetsplikt for såkalte nøytrale opplysninger i sosialtjenesteloven var først og fremst at klienter ellers kunne bli redde for å oppsøke denne tjenesten.

## 5.3 Regulering av registre

### 5.3.1 Personverndirektivet

Europaparlaments- og rådsdirektiv 95/46/EF av 24. oktober 1995 om beskyttelse av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger (Personverndirektivet) er tatt inn i EØS-avtalen. Dette innebærer at det ikke er adgang til å gjøre endringer i lovverket, herunder endring av prinsipper, som ikke vil være i tråd med EUs personverndirektiv. Personopplysningsloven og helseregisterloven er i stor grad utformet etter dette direktivet.

### 5.3.2 Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK)

Det følger av EMK artikkel 8 nr. 1 at enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, hjem og sin korrespondanse. EMK artikkel 8 nr. 2 stiller krav om at inngrep overfor individet må være 1) i

samsvar med loven (krav om lovhjemmel), og 2) nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet, offentlig trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter. Fastsettelse av regler om behandling av sensitive opplysninger som helseopplysninger, må vurderes opp mot disse bestemmelsene.

### 5.3.3 Helseregisterloven

Lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) gjelder for behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen og helsetjenesten som skjer helt eller delvis med elektroniske hjelpemidler for å fremme lovens formål, eller når helseopplysninger inngår eller skal inngå i et helseregister. Formålet med helseregisterloven er å bidra til å gi helsetjenesten og helseforvaltningen informasjon og kunnskap uten å krenke personvernet, slik at helsehjelp kan gis på en forsvarlig og effektiv måte. Gjennom forskning og statistikk skal loven bidra til informasjon og kunnskap om befolkningens helseforhold, årsaker til nedsatt helse og utvikling av sykdom for administrasjon, styring og kvalitetssikring. En viktig del av lovens formål er å sikre at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysninger.

Helseopplysninger er i helseregisterloven § 2 nr. 1 definert som «taushetsbelagte opplysninger i henhold til helsepersonelloven § 21 og andre opplysninger og vurderinger om helseforhold som kan knyttes til en enkeltperson».

Behandling av helseopplysninger og etablering av helseregistre skal etter helseregisterloven i utgangspunktet være basert på samtykke fra de registrerte. Et samtykke er «en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den registrerte om at han eller hun godtar behandling av helseopplysninger om seg selv», jf. § 2 nr.11. All behandling av helseopplysninger må ha et hjemmelsgrunnlag. Dersom det ikke foreligger hjemmel i lov eller forskrift, må det innhentes konsesjon, jf. helseregisterloven § 5 og personopplysningsloven § 33, jf. §§ 8 og 9.

Helseregisterloven inneholder en rekke bestemmelser om behandling av helseopplysninger. Regler om sammenstilling av helseopplysninger står i § 12 og tilgang til opplysninger i den databehandlingsansvarliges og databehandlers institusjon er regulert i § 13. Helseregisterloven § 11 første punktum krever at enhver behandling av helseop-

plysninger skal ha et uttrykkelig angitt formål som er saklig begrunnet i den databehandlingsansvarliges virksomhet. Videre følger det av helseregisterloven § 11 tredje ledd at helseopplysninger ikke kan anvendes til formål som er uforenlig med det opprinnelige formålet med innsamlingen av opplysningene, uten at den registrerte samtykker.

Den registrertes rett til informasjon følger av helseregisterloven § 21 og §§ 23 og 24, som omhandler henholdsvis den registrertes rett til generell informasjon om registeret, den registrertes rett til informasjon når det samles inn opplysninger fra den registrerte og informasjon når det samles inn opplysninger fra andre enn den registrerte.

Den registrerte har videre etter helseregisterloven § 22 annet ledd rett til innsyn i de opplysningene som er registrert om vedkommende i registeret. I tillegg har den registrerte rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene så langt dette ikke svekker sikkerheten. Rent praktisk kan innsynet gjøres gjeldende via henvendelse til den databehandlingsansvarlige for opplysningene, som må ha rutiner for håndtering av slike henvendelser.

Helseregisterloven § 16 om informasjonssikkerhet inneholder en forskriftshjemmel slik at det kan gis nærmere regler om sikkerheten ved behandling av helseopplysninger etter loven.

Helseregisterloven utfylles av personopplysningsloven og forskrift 15. desember 2000 nr. 1265 om behandling av personopplysninger (personopplysningsforskriften), jf. helseregisterloven § 36.

### 5.3.4 Folketrygdloven

Ved overføring av helserefusjonsområdet fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til Helsedirektoratet ble det gjort endringer i folketrygdloven, herunder ny § 21-11a. Det fremgår av fjerde ledd i denne bestemmelsen at helseregisterloven ikke får anvendelse på behandling av personopplysninger i tilknytning til ytelser etter lovens kapittel 5, stønad ved helsetjenester. Dette innebærer at det er personopplysningsloven som får anvendelse.

Det følger videre av § 21-11a femte ledd at det er Helsedirektoratet som er behandlingsansvarlig ved behandling av saker etter folketrygdloven kapittel 5. Bestemmelsen gir hjemmel for å gi nærmere regler om behandlingsansvaret i forskrift.

### 5.3.5 Personopplysningsloven

Personopplysningsloven gir generelle bestemmelser om behandling av personopplysninger. Loven

definerer en personopplysning som opplysninger som kan knyttes til en fysisk person.

Formålet med personopplysningsloven er å «beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger», jf. § 1. Loven stiller alminnelige vilkår for å behandle personopplysninger i § 8 og særlige vilkår for å behandle sensitive personopplysninger i § 9. Grunnvilkår for å behandle personopplysninger er at det må foreligge *samtykke, lovhjemmel* eller behandlingen av opplysningene må være *nødvendig* for visse formål som er angitt i loven. Utgangspunktet er at den enkelte, i så stor grad som mulig, selv skal ha bestemmelsesrett over opplysninger som gjelder en selv. Personopplysningslovens og helseregisterlovens definisjon av samtykke er sammenfallende.

Opplysninger om helseforhold er sensitive personopplysninger, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 bokstav d. Behandling av sensitive personopplysninger krever som hovedregel konsesjon fra Data-tilsynet, jf. personopplysningsloven § 33.

Personopplysningen med tilhørende personopplysningsforskrift inneholder en rekke krav for behandling av personopplysninger, herunder krav til behandlingsansvarlig (kalt databehandlingsansvarlig i helseregisterlovgivningen), informasjonsplikt, rett til innsyn, krav til informasjonssikkerhet og konfidensialitet, tilgang til og utlevering av opplysninger, oppbevaring mv.

## 6 Lovforslagene

### 6.1 Lovgrunnlag for å utlevere frikort uten at det er satt fram krav

Alle som ønsker å få ytelse etter folketrygdloven må selv sette frem krav om dette, jf. folketrygdloven § 22-13. Forvaltningen kan følgelig ikke på eget initiativ sette i gang med behandling av en sak. En automatisk frikortordning bryter med denne forutsetningen. Departementet mener at det bør presiseres i loven at det kan gjøres unntak fra hovedregelen. Departementet foreslo derfor i høringsnotatet å tilføye en forskriftshjemmel i første ledd § 22-13, som innebærer at departementet får en begrenset adgang til å gjøre unntak fra lovens hovedregel. Departementet ønsker med dette å tilpasse regelverket til den tekniske løsningen som er valgt for den automatiske frikortordningen. En forskriftshjemmel er etter departementets vurdering et godt alternativ til å gjøre unntak i selve lovteksten. Hvis det på et senere tidspunkt vurderes å ta inn egenandeler og krav om frikort knyttet til egenandelstak 2, taler det for å velge en slik løsning. Ingen av høringsinstansene har hatt innvendinger mot dette forslaget. Det fastholdes derfor i denne proposisjonen.

### 6.2 Etablering av et egenandelsregister

#### 6.2.1 Innledning

Innføring av en automatisk frikortordning innebærer at alle betalte egenandeler må innrapporteres til et sentralt helseregister. På basis av disse innsendingene vil det skje en automatisk utsending av frikort uten forutgående krav fra den som har betalt egenandel når egenandelstak 1 er nådd. Det følger av gjeldende rett at det må lovfestes en lovhjemmel for et slikt register.

Departementet har vurdert i hvilken lov det er naturlig å hjemle Egenandelsregisteret. Det samme gjelder registre over oppgjør for syketransport, jf. punkt 6.3. Behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen og helsetjenesten reguleres i dag av helseregisterloven, jf. punkt 5.3.3, men det er i

folketrygdloven gjort unntak for behandling av opplysninger tilknyttet ytelse etter kapittel 5. Departementet foreslo i høringsnotatet at de nevnte registrene hjemles i helseregisterloven, fordi det er helseforvaltningen som nå er ansvarlig for disse registrene, jf. kapittel 2. Som et utgangspunkt mener departementet at alle opplysninger som er innsamlet i helsetjenesten og som helseforvaltningen har forvaltningsansvar for, bør reguleres av helseregisterloven. Et viktig hensyn er at alle som behandler helseopplysninger innen helseforvaltningen skal ha det samme regelverket å forholde seg til ved behandling av helseopplysninger. Egenandelsregisteret kan også sies å ha trykderettslige formål. Det vises til at stønad ved helsetjenester er regulert i folketrygdloven kapittel 5, og at reglene om utbetaling ved direkte oppgjør for den som gir behandling eller yter tjenester for trygdens regning, er plassert i folketrygdloven § 22-2. Forarbeidene til helseregisterloven, Ot.prp. nr. 5 (1999-2000) forutsetter at helseregisterloven også gjelder i slike tilfeller, jf. blant annet følgende sitat fra side 184 i proposisjonen:

«Det er også verdt å merke seg at personvern-hensynene, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysninger, jf. § 1 annet ledd, kan være en selvstendig grunn for å la lovens regler komme til anvendelse på behandling av helseopplysninger. Dette gjelder spesielt i forhold til helseopplysninger som er innsamlet i helseforvaltningen og helsetjenester, men siden er utlevert til annen forvaltning for bruk til formål som har nær sammenheng med helseforvaltningens og helsetjenestens formål. Det tenkes her først og fremst på behandling av helseopplysninger innen trygdeforvaltningen og evt. på helseregistre som opprettes med bakgrunn i bl.a. arbeidsmiljøloven § 20. Også slike helseregistre kan det eventuelt være aktuelt å regulere i forskrift, istedenfor etter konsesjon fra Datatilsynet.»

Egenandelsregisteret og registre knyttet til syketransport opprettes av administrative hensyn. Disse registrene er administrative saksbehandlingsregistre og skal ikke inneholde opplysninger om diagnose eller sykdom. Departementet har på

denne bakgrunn funnet det mest naturlig å foreslå en ny paragraf i helseregisterloven § 6 c som gir hjemmel for disse registrene. De høringsinstansene som har uttalt seg om lovgrunnlaget for registrene, støtter at registrene bør hjemles i helseregisterloven.

Det må utarbeides forskrifter for etablering av registrene. Loven og proposisjonen her vil gi rammer for forskriftene. Departementet foreslår at forskriftene skal angi hvilke typer opplysninger som kan behandles i registeret og gi nærmere regler om behandling av opplysningene, herunder om plassering av ansvar. I forskrift kan det også gis utdypende bestemmelser om tilgang til opplysningene, tilgangskontroll mv. Egenandelsregisteret foreslås hjemlet i ny § 6 c nr. 1, mens registrene for administrering og samordning av syketransport foreslås hjemlet i ny § 6 c nr. 2. En nærmere redegjørelse for bakgrunnen for forslag til bestemmelse om Egenandelsregisteret vil bli gitt her i punkt 6.2, mens redegjørelse for bakgrunnen for forslag til bestemmelse om registre for syketransport vil bli gitt i punkt 6.3.

Det anses som en klar fordel at brukerne ikke lenger trenger å sette fram krav ved de lokale NAV-kontorene når egenandelstak 1 er nådd. I tillegg til en forenklet tjeneste sikrer automatisk frikortordning brukernes rettigheter. Det er mange brukere som ikke klarer å nyttiggjøre seg dagens ordning. For enkelte brukere kan det være vanskelig å samle på kvitteringer og gjøre krav på sine rettigheter. Videre er det grunn til å tro at enkelte brukere ikke fremmer krav om fritkort fordi de ikke kjenner sine rettigheter. På denne bakgrunn mener departementet at innføring av en automatisk frikortordning på en bedre måte enn dagens ordning vil sikre rettighetene til brukerne. Samtidig vil en reservasjonsadgang som foreslås nedenfor, ivareta hensynet til de brukerne som ikke ønsker at opplysninger om vedkommendes egenandeler automatisk skal samles og registreres i et sentralt register og sikre mot utlevering av egenandelsopplysninger.

### 6.2.2 Formålet med Egenandelsregisteret

#### *Forslaget i høringsnotatet*

Det ble foreslått i høringsnotatet at formålet med etablering av et egenandelsregister og behandling av opplysningene i registeret skal være å sikre en god og effektiv forvaltning av frikort/egenandeler. Anonyme opplysninger fra registeret kan ifølge høringsforslaget gi departementet data som bidrar til god styring av egenandelstaket som et velferds gode. Det ble presisert at opplysningene i registeret ikke skal benyttes til andre formål enn de her nevnte.

#### *Høringsinstansenes syn*

To høringsinstanser har merknader til høringsnotatets omtale av formålet med registeret.

#### *Helsedirektoratet uttaler:*

«I høringsnotatet diskuteres kun løsninger for selve frikortordningen. Etablering av elektroniske meldesystemer til sentrale registre for henholdsvis egenandeler og pasientreiser, kan gi mye nyttig informasjon. Fra innrapporterte egenandelsopplysninger kan man blant annet få vite mer om hvilke brukere det er som betaler mest i egenandeler, hvor stor andel av samlet inntekt egenandelene utgjør for ulike grupper og hvor mye det betales i egenandeler av brukere som ikke når egenandelstaket. Denne informasjonen kan være nyttig i forbindelse med arbeidet med å sikre en mer sosial rettferdig egenandelsordning, og dermed sikre lik(ere) tilgang til helsetjenester for hele befolkningen. I tillegg vil systemet for innrapportering av konsultasjoner i primærhelsetjenesten kunne bidra til opprettelse av et pasientregister for primærhelsetjenesten. Helsedepartementet har tidligere bedt Helsedirektoratet om å etablere et bedre kunnskapsgrunnlag for primærhelsetjenesten, og konklusjonen til departementet er at det på lengre sikt er ønskelig å etablere et pasientregister for primærhelsetjenesten. Samhandlingsreformen aktualiserer opprettelsen av et slikt register ytterligere, noe som også er en foreløpig konklusjon i det nasjonale helseregisterprosjektet som har vært ledet av Helsedepartementet. På samme måte vil et nasjonalt register over pasientreiser kunne være en verdifull kilde til kunnskap om pasienttransport, og dermed vil helseforetakene kunne få mer kunnskap om hvordan plassering av ulike tjenestetilbud vil påvirke kostnader for pasienter og foretak. Helsedirektoratet er av den oppfatning at slik kunnskap vil kunne gi en bedre samlet ressursutnyttelse, og dermed være i tråd med intensjonene om å overføre ansvaret for pasienttransport fra folketrygden til helseforetakene. Samhandlingsreformen aktualiserer også dette ytterligere. Helsedirektoratet antar imidlertid at en utvidelse av formålet til de foreslåtte registrene til også å gjelde forskning, kvalitetssikring og planlegging, sannsynligvis vil være kontroversielt og vanskelig å gjennomføre. Etter all sannsynlighet vil mange aktører ønske å bruke opplysninger om egenandeler, legekonsultasjoner og pasientreiser til de ovennevnte formål. På bakgrunn av dette antar Helsedirektoratet at det ville være hensiktsmessig å vurdere disse behovene og eventuelt hjemle disse i forkant, slik at man unngår lokale tilpasninger og kreative fortolkninger for å tillate slik bruk i etterkant. I forbindelse med etablering av registre for primær-

Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

helsetjenesten vil ulike måter å etablere disse på bli diskutert, og det er rimelig å anta at de systemene som nå etableres for automatisk frikortordning også vil bli vurdert i denne sammenheng. Helsedirektoratet anser det som ryddig at disse behovene blir diskutert i forarbeidene, selv om konklusjonen blir at hjemmelsgrunnlaget for et helsetjenesteregister for primærhelsetjenesten bør diskuteres for seg og eventuelt legges frem for Stortinget ved en senere anledning.»

*Landsforeningen for hjerte- og lungesyke* uttaler at foreningen er tilfreds med at person- og helseopplysninger i Egenandelsregisteret ikke kan brukes til andre formål.

#### *Departementets vurdering*

Departementet ser at opplysninger i Egenandelsregisteret kan gi mye nyttig informasjon og kunnskap. De fleste formålene som direktoratet nevner, forutsetter at opplysninger i Egenandelsregisteret kobles til personidentifiserende opplysninger fra andre kilder. Dette vil for eksempel gjelde spørsmål om hvor stor andel av samlet inntekt egenandelen utgjør for ulike grupper og mer kunnskap om hvilke brukere som betaler mest i egenandeler.

For å unngå lokale tilpasninger og kreative fortolkninger for bruk ut over formålet – saksbehandling for å avgjøre om det kan treffes vedtak om frikort/fritak fra å betale egenandel samt refusjon av betalte egenandeler, vil departementet presisere at opplysningene, som det klare utgangspunkt, ikke kan brukes til annet formål enn det her nevnte. Som angitt i høringsnotatet, er dette ikke til hinder for at anonyme opplysninger fra registeret kan gi departementet data som bidrar til god styring av egenandelstaket som et velferdsgode. Det vil heller ikke være til hinder for at opplysningene brukes i konkrete forskningsprosjekter i samsvar med reglene i helseforskningsloven.

#### **6.2.3 Opplysninger i Egenandelsregisteret**

Det følger av helseregisterloven § 11 første ledd annet punktum at den databehandlingsansvarlige skal sørge for at helseopplysninger som behandles, er relevante og nødvendige for formålet med behandlingen av opplysningene.

#### *Forslaget i høringsnotatet*

Departementet foreslo i høringsnotatet at Egenandelsregisteret uten samtykke kan inneholde følgende opplysninger om personer som mottar helsetjenester som omtales i folketrygdloven § 5-3.

- navn, fødselsnummer eller annen sikker identifikasjon
- tjenesteyters navn, organisasjonsnummer og kommunenummer
- virksomhetens navn
- tjenestetidspunkt
- egenandelsbeløp eller egenandelstakst

Departementet uttrykte tvil om fritaksgrunner skal registreres og oppfordret høringsinstansene til å kommentere dette nærmere. Det ble anført:

«Det er viktig for å yte god service til brukerne at HELFO har oversikt over fritaksgrunner. Dersom en bruker henvender seg til HELFO og reagerer på at en tjeneste hos en behandler eller tjenesteyter på en angitt dato ikke er registrert i Egenandelsregisteret, bør HELFO ha oversikt over om tjenesten har utløst en egenandel og eventuell grunn til at den ikke har utløst egenandel. Dette er nødvendig for at HELFO skal kunne veilede brukeren. Dersom HELFO ikke har oversikt over dette, må brukeren i hvert enkelt tilfelle henvises til behandleren eller tjenesteyteren for å få klarhet i hvorfor tjenesten ikke er innrapportert som en betalt egenandel til Egenandelsregisteret. Angivelse av fritaksgrunn vil sikre brukeren en bedre tjeneste, samtidig som løsningen blir mer effektiv for behandlerne og tjenesteyterne.»

På den annen side ble det anført at personvernshensyn taler mot at fritaksgrunner registreres i registeret.

Høringsnotatet anførte følgende opplysninger/fritaksgrunner som aktuelle:

- barn under 12 år
- frikort
- minstepensjonist
- yrkesskade
- kommunalt frikort
- krigsskade
- krigspensjonist
- vernepliktig eller militær
- andre fritaksgrunner. Opplysninger om diagnose eller sykdom kan ikke registreres.

#### *Høringsinstansenes syn*

Ti høringsinstanser har uttalt seg til høringsnotatets forslag til innholdet i Egenandelsregisteret. Seks av disse kan knyttes til spørsmålet om fritaksgrunner bør kunne registreres.

Fornyings- og administrasjonsdepartementet, *Norsk Psykologforening* og *Bergen kommune* går imot at opplysninger om fritaksgrunner registreres.

Helsedirektoratet og *Det Norske Nettverket av Fontenehus* støtter at fritaksgrunner registreres.

Det følger videre av uttalelsen fra *Apotekforeningen* at foreningen støtter at opplysninger om minstepensjoniststatus registreres.

Fornyings- og administrasjonsdepartementet uttaler:

«Slik FAD ser det, kan mange av de aktuelle fritaksgrunnene for den enkelte fremstå som sensitive, og de fleste faller innenfor personopplysningslovens definisjon av sensitive personopplysninger (...). Både opplysninger om at man har minste- eller krigspensjon og lider av en yrkes- eller krigsskade, kan være opplysninger de berørte ønsker at i minst mulig grad skal registreres, og at færrest mulig skal ha tilgang til. Det er dessuten vår vurdering at de fleste pasienter vil henvende seg til behandlende lege dersom de har spørsmål om hvorfor en behandling ikke utløser egenandel. Vi går etter dette inn for at det ikke bør registreres hvilken fritaksgrunn som har ført til at behandlingen ikke har blitt registrert.»

Psykologforeningen uttaler:

«Til tross for at en mulighet for å angi fritaksgrunn i Egenandelsregisteret vil gi brukerne en bedre og mer brukervennlig tjeneste, ser Psykologforeningen imidlertid at sterke personvern hensyn taler mot en slik ordning. Sett i sammenheng, vil registrerte opplysninger om behandler og behandlingssituasjon kunne utgjøre helseopplysninger som er taushetsbelagte.

Psykologforeningen mener derfor at det ikke bør åpnes for angivelse av fritaksgrunn i Egenandelsregisteret dersom alle behandlere og tjenesteytere skal ha tilgang til disse opplysningene. En ordning med registrering av fritaksgrunner vil imidlertid være mindre betenkelig dersom den aktuelle delen av Egenandelsregisteret tilgangsbegrenses, slik at det kun er HELFO som har tilgang til disse opplysningene.»

Foreningen viser videre til at barn og ungdom under 18 år er fritatt for egenandeler hos psykolog, og bør være med i listen over fritaksgrunner som er aktuelle for registrering i Egenandelsregisteret.

Bergen kommune uttaler:

«Bergen kommune deler departementets tvil om at Egenandelsregisteret bør inneholde opplysninger om fritaksgrunner. Det ligger i grunnprinsippene for personvern at man skal være restriktiv med å la hensynet til «den gode hensikt» gå foran personvern hensyn. Når man som her skal veie personvern hensyn mot hensynet til å yte god service, samtidig som denne servicen ikke er en nødvendig forutsetning for den aktuelle tjenesten, å automatisere frikorttilde-

ling, må personvern hensyn veie tyngst. Egenandelsregisteret bør bare inneholde de opplysninger som er nødvendig for å yte tjenesten, og kommunen tilrår derfor at andre ledd i § 5 i dette forslaget utgår.»

*Helsedirektoratet* er av den oppfatning at fritaksgrunner bør registreres i Egenandelsregisteret. Direktoratet uttaler at ved at fritaksgrunner registreres i Egenandelsregisteret, sørger man for å oppnå formålet om å yte god service og veiledning overfor brukeren.

Helsedirektoratet opplyser for øvrig at databasen inneholder flere enkeltelementer enn det som er gjengitt i listen i høringsnotatet fra departementet.

*St. Olavs Hospital HF* viser til forskriftsforslaget som fastslår at behandler/tjenesteyters navn, organisasjonsnummer og kommunenummer kan omfattes av registeret. Sykehuset uttaler at de går ut ifra at helseforetakene bare trenger å oppgi poliklinikidentifikasjon ved offentlig avdelingskode.

*Apotekforeningen* mener at det er uklart hva som menes med tjenesteyters navn kontra virksomhetens navn, jf. forskriftens forslag til opplysninger i Egenandelsregisteret. Foreningen viser til at apotekets kommunenummer ikke sendes inn til HELFO, verken i dagens oppgjørsløsning eller i oppgjørsløsningen som kommer med eResept. Apotekforeningen uttaler at hvordan en organisasjon identifiseres teknisk kan endres over tid, og er avhengig teknologisk valg. Foreningen foreslår derfor at kravet om identifikasjon av den som fremsetter oppgjørskrav nøytraliseres i forskrift til for eksempel «*identifikasjon av avsender*» og at det spesifiseres systemspesifikasjonene for de systemløsninger som skal avgi informasjonen.

Apotekforeningen uttaler at de støtter adgangen til registerspørringen om pasienten er minstepensjonist eller om frikort er innvilget.

*Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)* uttaler at foreningen ikke har sterke synspunkter på om opplysninger om fritaksgrunner bør inngå som opplysning i registeret, men ser klart at dette vil gjøre det enklere både for brukerne og forvaltningen dersom slike opplysninger fremgår.

*Det Norske Nettverket av Fontenehus (DNNF)* mener angivelse av fritaksgrunn i Egenandelsregisteret vil gjøre tjenesten mer tilgjengelig for brukeren. Foreningen uttaler:

«HELFO bør ha oversikt over om tjenesten har utløst en egenandel og eventuell grunn til at den ikke har utløst egenandel. DNNF ser at dette er nødvendig for at HELFO skal kunne veilede brukeren. Dersom HELFO ikke har oversikt

Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

over dette, må brukeren i hvert enkelt tilfelle henvises til behandleren eller tjenesteyteren for å få klarhet i hvorfor tjenesten ikke er innrapportert som en betalt egenandel til Egenandelsregisteret.»

*Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL)* uttaler at foreningen er tilfreds med at opplysninger om diagnose eller sykdom ikke kan registreres i registeret.

*Yngre legers* forening stiller spørsmål til forslaget i forskriften om at opplysninger om egenandelsbeløp eller takst kan registreres i registeret. Foreningen viser til at konkretisering av hvilket takstnummer i Normaltariffen man har benyttet lett vil kunne identifisere hvilken medisinsk behandling pasienten har fått. Foreningen mener at det bør være tilstrekkelig at informasjon om det betalte beløpet sendes inn.

#### *Departementets vurdering*

Ved vurdering av hvilke opplysninger som skal kunne inngå i Egenandelsregisteret må det tas utgangspunkt i registerets formål. Det er bare de opplysninger som er nødvendige og relevante for å nå formålet med registeret, som kan innsamles og/eller inngå i registeret.

Formålet med Egenandelsregisteret er ifølge departementets forslag saksbehandling for å avgjøre om det kan treffes vedtak om frikort og refusjon av betalte egenandeler, jf. pasientrettighetsloven § 2-6, spesialisthelsetjenesteloven 5-5 og folketrygdloven kapittel 5.

For å yte service/informasjon til brukerne er det etter departementets vurdering tilstrekkelig at HELFO har en alminnelig oversikt over gjeldende fritaksgrunner for betaling av egenandel, men det er ikke nødvendig at HELFO har kunnskap om fritaksgrunn for en konkret bruker. En bruker som henvender seg til HELFO vil som regel selv ha kunnskap om vedkommende har en yrkesskade, krigsskade, er minstepensjonist, krigspensjonist eller av andre grunner er fritatt fra å betale egenandel. Dersom brukeren etter en eventuell henvendelse til HELFO ikke kan forstå hvorfor en tjeneste hos en behandler eller tjenesteyter ikke er registrert i Egenandelsregisteret antar departementet at de fleste pasienter vil henvende seg til behandleren/lege/tjenesteyter, slik at spørsmålet kan bli oppklart og tjenesten kan bli riktig registrert.

Departementet har på denne bakgrunn kommet til at opplysninger om fritaksgrunner ikke skal kunne registreres i Egenandelsregisteret – fordi det ikke er nødvendig for å nå formålet med registeret. Departementet viser til at hovedformålet med

Egenandelsregisteret er administrativ saksbehandling av utstedelse av frikort og refusjon av egenandeler.

Departementet tar sikte på at forskriften skal angi at følgende type opplysninger kan innsamles og registreres i Egenandelsregisteret:

- fødselsnummer og eventuelt navn, eller annen sikker identifikasjon, adresse og bostedskommune
- behandler/tjenesteyters navn, praksistype, organisasjonsnummer og kommunenummer eller annen sikker identifikasjon av tjenesteyter
- tjenestetidspunkt
- egenandelsbeløp, eventuelt egenandelstakst. Det kan også registreres at brukeren ikke har betalt egenandel på grunn av fritak. Den konkrete fritaksgrunnen skal imidlertid ikke registreres ut over det som framgår nedenfor. I tillegg skal det være anledning til å lagre en merknad dersom en egenandel er en utestående fordring.
- om vedkommende har frikort eller mottar minstepensjon
- at brukeren har reservert seg.

Det framgår av lovforslaget at opplysninger om diagnose eller sykdom ikke kan registreres i Egenandelsregisteret. Dette innebærer at en takst som kan referere til en bestemt type behandling en pasient har fått, ikke kan registreres hvis ikke pasienten samtykker i det.

Dersom det på et senere tidspunkt vurderes å utvide den automatiske frikortordningen til også å gjelde tak 2, vil den lovhjemmelen som departementet foreslår i denne proposisjonen, også gi hjemmel for registrering av egenandeler som går inn under tak 2.

Departementet mener at de presiseringer i adgangen til å registrere personopplysninger i Egenandelsregisteret som her foreslås, bidrar til at den automatiske frikortordningen ivaretar hensynet til personvernet og den enkeltes integritet på en god måte.

#### **6.2.4 Meldeplikt til Egenandelsregisteret – forholdet mellom utfakturerte og betalte egenandeler**

##### *Forslaget i høringsnotatet*

I høringsnotatet ble det uttalt følgende om meldeplikt til Egenandelsregisteret:

«I helseregisterloven § 9 er det inntatt en egenbestemmelse om meldeplikt til ulike sentrale helseregistre. For at helsepersonell og virksom-



Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

het kan pålegges å sende inn helseopplysninger til et helseregister uten hinder av taushetsplikt, må det være en klar hjemmel for det. Departementet foreslår derfor å innta en henvisning til den nye § 6 c i helseregisterloven § 9. (...)

Nærmere bestemmelser om hvilke tjenesteytere som pålegges meldeplikt, må inntas i forskriften for registeret.»

Departementet sendte i desember 2008 ut et høringsnotat med forslag til forskriftsendringer for å legge til rette for innføring av en automatisk frikortordning for brukere som har betalt egenandeler opp til egenandelstak 1. Her ble det blant annet foreslått å forskriftsfeste bestemmelser som angir et minimumskrav til hvor ofte oppgjørene skal sendes inn (hyppighet) og hva slags type informasjon kravene skal inneholde (kvalitet). Både i dette høringsnotatet og i høringsnotatet som ble sendt ut 25.mai 2009 er det lagt til grunn at opplysninger om egenandeler skal sendes inn senest 14 dager etter at de er betalt.

På bakgrunn av innspill fra Den norske legeforening til høringsnotatet fra desember 2008 ble det i høringsnotatet av mai 2009 uttalt følgende om forståelsen av begrepet «betalte egenandeler».

«Flere høringsinstanser har kommentert at det bare er betalte egenandeler som skal tas med når utgifter til egenandeler skal beregnes. Departementene deler bekymringen over at personer som ikke har betalt de utfakturerte egenandelene også skal få frikort. Departementet legger til grunn at en faktura i denne sammenheng kan anses som en reell betalingsforpliktelse som fakturamottageren plikter å oppfylle. Departementet er kjent med at det foreligger et behov for utvikling av ulike journalsystemer der som bare betalte egenandeler skal innrapporteres. På denne bakgrunn foreslår departementet å videreføre den langvarige praksisen som er etablert, der utfakturerte egenandeler likestilles med betalte egenandeler.»

#### Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser har kommentert ulike sider ved den foreslåtte plikten til å sende inn informasjon om betalte egenandeler til Egenandelsregisteret. Det vises til omtale i punkt 7.3.1.

Fire høringsinstanser har uttalt seg om forholdet mellom utfakturerte og betalte egenandeler. *Den norske legeforening* og *Norsk Psykologforening* er negative, mens *St. Olavs Hospital HF* og *Helsedirektoratet* er positive til forslaget. *St. Olavs Hospital HF* uttaler følgende:

«Vårt sykehus har skiftet standpunkt fra forrige høring når det gjelder dette. Det er helt greit at

utfakturerte egenandeler likestilles med betalte egenandeler. Uoppgjorte forhold blir en sak mellom pasient og helseforetak. De fleste har purreutiner som tar seg av slike saker. Når frikort er utløst, vil refusjonen komme automatisk fra HELFO.»

*Helsedirektoratet* uttaler:

«Helsedirektoratet [vil] bemerke at vi er enige med departementets forslag. En slik likestilling vil være til klar fordel, inntil systemene er tilrettelagt for innrapportering av kun faktisk betalte egenandeler, for brukere som ikke har anledning til å betale egenandelen for behandlingen/tjenesten samme dag som behandlingen/tjenesten finner sted. Særlig for brukere med dårlig økonomisk bæreevne vil dette innebære en fordel, for eksempel rusmiddelavhengige.»

*Legeforeningen* uttaler blant annet følgende:

«Legeforeningen er svært kritisk til departementets vurdering av at ikke betalte fordringer skal kunne utløse/bidra til å utløse frikort for pasienten. Dette er etter Legeforeningens vurdering ikke i samsvar med folketrygdloven § 5-3 som etablerer rett til egenandelsfritak for «balt» egenandel.

Legeforeningen mener det er svært uheldig at en slik forståelse nå legges til grunn etter at det i lengre tid har vært uttalt fra NAV, senere Helsedirektoratets side at man vil legge opp ordningen til kun å omfatte betalte egenandeler. (...)

Etter Legeforeningens vurdering synes det nå som om departementet ønsker å legge til grunn en lovstridig praksis på grunn av problemer med å få EPJ leverandørene til å legge til rette for en hensiktsmessig teknisk løsning på dette punktet. EPJ leverandørene har uttalt at det er nødvendig å få på plass en kostnadsdekning for en slik systemendring, jf nedenfor.»

*Norsk Psykologforening* har sammenfallende oppfatning som legeforeningen og uttaler blant annet følgende:

«Forholdet mellom betalte og påløpte egenandeler har gjentatte ganger vært gjenstand for diskusjon mellom NAV/Helsedirektoratet og ulike samhandlere i referansegruppen. Helsedirektoratet har etter de siste møtene gitt uttrykk for at kun betalte egenandeler skal danne grunnlag for utstedelse av automatisk frikort, men at dette ville kunne ta litt tid da det må legges til rette for en slik mulighet i de elektroniske journalsystemene. (...)

Psykologforeningen mener at det vil være svært uheldig om påløpte egenandeler som ikke er betalt, skal inngå i beregningen av oppnådd egenandelstak for frikort. Foreningen stil-

Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

ler seg bak vurderingen til Helsedirektoratet og Legeforeningen om at folketrygdloven § 5-3 setter en rettslig ramme for dette, som innebærer at frikort kun skal utstedes på bakgrunn av betalte egenandeler. Behovet for utvikling av ulike journalsystemer, og kostnader ved dette, kan etter Psykologforeningens vurdering ikke stå i veien for at en riktig løsning blir lagt til grunn ved innføring av en automatisk frikortordning.»

#### *Departementets vurdering*

Departementet har i høringsnotatet gitt uttrykk for bekymring knyttet til å likestille utfakturerte og betalte egenandeler. At utfakturerte egenandeler kan gi grunnlag for å utstede frikort, bidrar til raskere utsending av frikort og forenkler de administrative rutinene ved forvaltning av ordningen. Risikoen er at noen pasienter vil la være å betale fakturerte egenandeler. Bruk av fakturerte egenandeler for tjenester som omfattes av egenandelstak 1, antas å være mest utbredt ved behandling på legevakt og ved poliklinisk behandling på sykehus. Her er det etablert nødvendige administrative rutiner med utsending av purremeldinger mv. Departementet antar at eventuelt misbruk vil være svært begrenset og viser til langvarig praksis der utfakturerte egenandeler er likestilt med betalte egenandeler, jf. økonomimelding nr. 2 for 2002 fra daværende Rikstrykerverket. I denne meldingen framgår det at det er et vilkår for rett til refusjon at medlemmet har hatt en utgift. Det er presisert at dette innebærer at regningen skal være betalt, men at det normalt er tilstrekkelig at «medlemmet kan dokumentere at de har mottatt et krav». Det vises også til støtten departementets forslag har fått av Helsedirektoratet og St. Olavs Hospital HF. Departementet legger også vekt på at frikortordningen skal være et velferdsgode. Den nye automatiske ordningen skal særlig være til hjelp for personer som ikke tar vare på egenandelskvitteringer, ikke klarer å ha tilstrekkelig oversikt over betalte og ubetalte regninger og ikke fremmer krav om frikort.

På denne bakgrunn fastholder departementet forslaget om inntil videre å godta at utfakturerte egenandeler kan inngå i opptjeningen til frikort. Det er nødvendig å utvikle nye systemer for å skille mellom utfakturerte og betalte egenandeler. Når disse systemene er ferdig utviklet, tar departementet sikte på å gi nye retningslinjer om dette.

#### **6.2.5 Samtykke**

Personvern dreier seg om et knippe rettigheter knyttet til vern av integritet, vern av retten til å væ-

re privat og vern av opplysninger om ens person. Et sentralt element i personvernet er «den enkeltes rett til og reelle mulighet for å bestemme over bruk av egne personopplysninger», jf. veileder til utredningsinstruksen om vurdering av personvernkonsekvenser. Behandling av opplysninger om en person skal i størst mulig grad bygge på et samtykke fra personen. Dette gjelder både av hensyn til at personen selv bør kunne bestemme hvilke opplysninger han eller hun vil dele med andre om seg selv, men også for at personen skal ha oversikt over hvem som har opplysninger om vedkommende og til hvilket formål opplysningene blir brukt. For å gjøre unntak fra den enkeltes rett til selv å samtykke i behandling av helseopplysninger, må det foreligge hensyn som klart overstiger den ulempen behandling av opplysningene har for den enkelte.

#### *Høringsnotatet*

Høringsnotatets forslag var at opplysninger til Egenandelsregisteret skulle innsamles uten hensyn til samtykke fra den registrerte. Departementets vurdering var at ulempen ved et absolutt krav om samtykke fra personen kan være større enn ulempen ved at det ikke stilles krav om samtykke. Det ble vist til at et krav om samtykke vil innebære at opplysninger om betalt egenandel ikke kan sendes inn og registreres i registeret dersom tjenesteyter ikke har innhentet samtykke, og at dette vil innebære at personen ikke får tilbakebetalt det vedkommende har krav på. Departementet mente at dette, sammenholdt med at opplysningene i registeret bare skal brukes til administrative formål – det kan for eksempel ikke inneholde opplysninger om diagnose eller sykdom – tilsier at opplysningene kan innhentes og behandles uten samtykke.

#### *Høringsinstansenes syn*

*Fornyings- og administrasjonsdepartementet* viser til at registeret i utgangspunktet ikke vil inneholde spesielt følsomme opplysninger, og at registeret kan anses som et brukervennlig tilbud. Departementet er derfor enig i at det åpnes for at opplysninger registreres uten den enkeltes samtykke. *Data-tilsynet* anser primært at myndighetenes behandling av personopplysninger til gjeldende formål skal være begrunnet i et aktivt samtykke fra den registrerte og viser til at den foreslåtte reservasjonsordningen innebærer en reell innskrenkning av den enkeltes autonomi, sammenlignet med i dag, jf. punkt 6.2.6. *Legeforeningen* uttaler at det etter deres vurdering vil være problematisk å etablere de nye registrene uten samtykke, og at det under enhver

omstendighet er helt nødvendig at det knyttes en reservasjonsrett til registeret. *Helsedirektoratet* er enig i at ulempene ved å stille krav om samtykke er større enn ulempene ved ikke å stille et slikt krav. *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon* (FFO) uttaler at personvernfanen må holdes høyt, men at det kan være personvernmessig forsvarlig ikke å kreve samtykke. FFO opplever at de opplysningene som er tenkt lagret i Egenandelsregisteret, ikke utfordrer personvernet og forutsetter at ikke flere opplysninger enn de som er listet opp i høringsnotatet, skal inngå i registeret. *Landsforeningen for hjerte og lungesyke (LHL)* mener at det må godtas at opplysninger om betalte egenandeler kan behandles uten samtykke fra den registrerte.

#### Departementets vurdering

På bakgrunn av uttalelsene fra høringsinstansene fastholder departementet forslaget om at opplysningene kan registreres uten den enkeltes samtykke. Departementet legger særlig vekt på uttalelsene fra Fornyings- og administrasjonsdepartementet, Helsedirektoratet, FFO og LHL.

#### 6.2.6 Rett til å reservere seg

Selv om departementet mener at personvernulempen ved å bli registrert i Egenandelsregisteret i utgangspunktet må anses som liten, kan det ikke legges til grunn at dette gjelder for alle brukere av helsetjenester. Noen brukere eller brukergrupper kan kanskje føle seg ubekvemme med at helsepersonell eller annen tjenesteyter sender inn opplysninger om vedkommende til Egenandelsregisteret. Dette kan for eksempel gjelde brukere eller brukergrupper som ofte har behov for å oppsøke helsetjenesten. For å redusere den eventuelle personvernulempen ved manglende samtykke til at opplysninger sendes inn til Egenandelsregisteret, har departementet vurdert om det bør innføres en reservasjonsrett.

Den foreslåtte reservasjonsretten vil innebære at den enkelte kan reservere seg mot at opplysninger om egenandeler automatisk sendes og lagres i Egenandelsregisteret. For at reservasjonsretten skal bli reell, må det merkes av for dette i Egenandelsregisteret. En reservasjon vil i praksis si at brukeren har reservert seg mot Spørretjenesten, jf. punkt 6.4, og den automatiske lagringen i registeret.

Hvis en bruker har reservert seg, må personen selv ta ansvar for å melde inn egenandeler og sette fram krav om frikort når egenandelstaket er nådd. Kravet fra bruker vil da bli behandlet manuelt av

HELFO. Det vil da ikke bli lagret egenandelsinformasjon ut over det som er sendt inn av brukeren selv. En reservasjon skal ikke innebære at vedkommende taper rettigheter etter loven.

#### Høringsnotatet

Departementet uttalte i høringsnotatet at det kan hevdes at det å tilrettelegge for en reservasjonsrett vil «undergrave» den automatiske frikortordningen og gjøre den mindre effektiv/funksjonell. Det ble også vist til at en reservasjonsadgang kan føre til forsinkelser og innebære mer manuelt arbeid, men at personvern hensyn taler for en reservasjonsadgang. Departementet ga uttrykk for tvil om en reservasjonsrett bør innføres og oppfordret høringsinstansene til å kommentere dette nærmere.

#### Høringsinstansenes syn

Alle høringsinstansene som har uttalt seg om reservasjonsrett, støtter at det bør innføres en slik rett. Datatilsynet begrunner sin støtte med at en reservasjonsadgang vil gi den enkelte et minimum av kontroll over egne opplysninger. Flere kommenterer at det er viktig å informere om reservasjonsretten for at den skal bli reell. *Fornyings- og administrasjonsdepartementet* mener at det bør åpnes for reservasjon mot registrering i enkelttilfeller og «mot registeret i sin helhet». De administrative utgiftene ved en økt manuell behandling kan ikke anses som uproporsjonalt høye sammenlignet med betydningen av å ha muligheten til å reservere seg. *Fylkestannlegen i Vestfold* mener at det ikke bør innføres en reservasjonsrett mot registrering av innbetalte egenandeler i Egenandelsregisteret fordi dette kan bidra til at gevinstene på individ- og samfunnsnivå ikke oppnås. Brukeren bør derimot gis reservasjonsrett mot ekstern spørring i Egenandelsregisteret fordi dette trolig ikke vil undergrave hovedmålsettingen med innføring av den nye ordningen. *Helsedirektoratet* påpeker problemer med å håndtere en splitting av reservasjonsretten ved direkteoppgjør og anbefaler at reservasjonsretten ikke deles opp i flere nivåer før nødvendige systemendringer hos taxisentralene er på plass. Tilsvarende påpeker *de regionale helseforetakene* i en felles uttalelse at reservasjonsretten kan være problematisk ved syke transport.

#### Departementets vurdering

På bakgrunn av uttalelsene fra høringsinstansene mener departementet at det bør være adgang til å reservere seg mot automatisk registrering av opp-

Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

lysninger i Egenandelsregisteret. Personvernhen-  
syn taler for en slik adgang.

Et viktig moment i departementets vurdering er at Egenandelsregisteret innebærer registrering av overskuddsinformasjon. Dette gjelder egenandelsopplysninger om brukere som ikke når egenandels-  
taket i løpet av kalenderåret. Egenandelsregisteret vil inneholde opplysninger om flere personer som ikke når taket, enn personer som har nådd taket. Opplysninger om egenandeler for personer som ikke når egenandelstaket i løpet av kalenderåret, vil slettes i henhold til foreldelsesreglene i folketrygdloven, jf. nedenfor i punkt 6.2.8 om sletting av opplysninger – oppbevaringstid.

Etter departementets vurdering bør reservasjonsretten være generell, slik at det ikke skal være mulig å reservere seg mot registrering i enkelttilfeller. En adgang til å reservere seg i enkelttilfeller vil komplisere ordningen ytterligere og gjøre den uoversiktlig og mindre funksjonell. Ut fra personvern hensyn vil det etter departementets vurdering være tilstrekkelig at brukeren får en generell adgang til å reservere seg mot registrering i Egenandelsregisteret.

### 6.2.7 Sammenstilling med opplysninger i andre registre

#### *Høringsnotatet*

Det vil være aktuelt å sammenstille opplysninger Egenandelsregisteret med blant annet registrene for direkteoppgjør og enkeltoppgjør. Disse registrene er nærmere omtalt i punkt 6.3. For å få en klar hjemmel til en slik sammenstilling foreslo departementet i høringsnotatet endringer i helseregisterloven § 12. Bestemmelsen regulerer sammenstilling av helseopplysninger. Departementet foreslo at det tas inn en ny bestemmelse i andre ledd om at helseopplysninger som behandles i registre som nevnt i § 6 c, kan sammenstilles i samsvar med formålene med registrene.

For å klargjøre at adgangen til å sammenstille opplysninger fra Folkeregisteret også gjelder andre helseregistre som etableres i medhold av helseregisterloven, foreslo departementet i høringsnotatet at helseregisterloven § 12 første ledd andre punktum flyttes til fjerde ledd. En forutsetning for sammenstilling av opplysninger mellom et helseregister og Folkeregisteret vil imidlertid alltid være at det aktuelle helseregisteret har hjemmel til å inneholde slike opplysninger som tilføres registeret ved sammenstillingen, og at formålet med sammenstillingen ligger innenfor vedkommende helseregisters formål. Det innebærer at en sammenstilling

som nevnt bare kan være aktuell for helseregistre med direkte personidentifiserbare opplysninger som navn og fødselsnummer.

#### *Høringsinstansenes syn*

Ingen av høringsinstansene har innvendinger mot forslaget.

#### *Departementets vurdering*

Departementet fastholder forslaget i høringsnotatet

### 6.2.8 Andre personvernforebyggende tiltak

#### *Informasjonssikkerhet*

Den foreslåtte ordningen krever en omfattende løsning for tilgangskontroll og sikkerhet. Departementet vil presisere at reglene om informasjonssikkerhet og internkontroll i helseregisterloven §§ 16 og 17, og forbudet mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger i helseregisterloven § 13 a, gjelder ved behandling av opplysningene i registeret. Inntil det eventuelt gis egne regler om informasjonssikkerhet i medhold av helseregisterloven § 16 fjerde ledd og § 17 tredje ledd vil personopplysningsforskriftens regler om informasjonssikkerhet og internkontroll gjelde for behandlingen av opplysningene.

#### *Informasjon og innsyn*

Det følger av helseregisterloven kapittel 4 at enhver har krav på generell og individuell informasjon om blant annet hva slags registrering den databehandlingsansvarlige foretar, formålet med registret, hvem som er behandlingsansvarlig og hvilke opplysninger som er registrert om en. Rett til generell informasjon er regulert i helseregisterloven § 21, rett til innsyn i § 22 og rett til informasjon ved innsamling av opplysningene i §§ 23 og 24. Disse reglene gjelder også i forhold til innsamling av og behandling av opplysninger i Egenandelsregisteret.

På sikt vil egenandelsinformasjon som samles inn, bli tilgjengelig for den enkelte bruker på MinSide, men dette kan først skje når MinSide har et høyere sikkerhetsnivå. For informasjon om registrerte egenandeler kan publikum henvende seg til HELFO. Når vedtak om frikort fattes, vil det i vedtaket framgå hvilke egenandeler som ligger til grunn for vedtaket. Et frikort er gyldig for et kalenderår.

*Helsedirektoratet* har i sin høringsuttalelse påpekt at informasjon og kommunikasjon er et viktig virkemiddel ved etablering av nye løsninger i forvaltningen og derfor også ved etablering av den automatiske frikortordningen. Departementet slutter seg til dette.

#### *Sletting av opplysninger – oppbevaringstid*

Det følger av helseregisterloven § 27 at helseopplysninger ikke skal oppbevares lenger enn det som er nødvendig for å oppnå formålet med behandlingen av opplysningene. Hvis helseopplysningene ikke skal oppbevares i henhold til arkivloven eller annen lovgivning, skal de slettes. Opplysninger om de som ikke når opp til egenandelstaket, må på grunn av folketrygdlovens foreldelsesregler lagres i minimum tre år etter utløp av angjeldende kalenderår, slik at ingen mister sine rettigheter. Etter dette slettes opplysningene. Egenandelsdata for personer som får utstedt frikort lagres i henhold til statens økonomireglement i 10 år. Etter 10 år slettes også disse dataene. Forholdet til arkivloven blir nærmere omtalt i punkt 6.8.

#### *Forholdet til EMK artikkel 8*

Etter departementets vurdering er forslaget til nye bestemmelser i helseregisterloven i samsvar med EMK artikkel 8. Departementet viser til at forslaget om et egenandelsregister har som formål å være et administrativt saksbehandlingsregister, og at det for eksempel ikke registreres opplysninger om sykdom eller diagnose. Det samme gjelder for registre for administrering og samordning av syketransport. Behandlingen av opplysningene i registeret er også viktig for å oppfylle borgernes rettskrav på frikort.

#### *Oppsummering*

Departementet legger stor vekt på de positive sidene ved frikortordningen. Departementet mener de positive konsekvensene av ordningen vil oppveie eventuelle negative konsekvenser. Samtidig vil departementet understreke viktigheten av at den automatiske ordningen på en tilfredsstillende måte ivaretar enkeltpersoners ønske om å ha tilgang til opplysninger om deres betalte egenandeler og frikort. God informasjon til allmennheten, herunder informasjon om reservasjonsadgangen, vil være avgjørende viktig for at borgerne kan ivareta sine rettigheter.

## **6.3 Etablering av registre knyttet til administrering og samordning av syketransport**

---

### **6.3.1 Innledning**

For å kunne administrere og samordne transport av pasienter til og fra undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten på en hensiktsmessig måte må det etableres nasjonale registre med personidentifiserbare opplysninger. Videre forutsettes det en plikt for virksomheter og helsepersonell til å melde inn nødvendige opplysninger til registrene for syketransport, at opplysninger kan utleveres fra Direkteoppgjørsregisteret til transportør, og at opplysninger i Egenandelsregisteret, Enkeltoppgjørsregisteret og Direkteoppgjørsregisteret kan sammenstilles med hverandre og at disse registrene kan sammenstilles med Folkeregisteret. Departementet mener det bør lovfestes en klar hjemmel for de nødvendige registrene, og hjemmelen bør fremgå av helseregisterloven. Det vises til departementets vurdering i punkt 6.2.1.

Departementet foreslår at registrene for administrering og samordning av syketransport hjemles i ny § 6 c nr. 2 i helseregisterloven. Den foreslåtte reguleringen innebærer at det må utarbeides en forskrift for registre til bruk ved administrering av syketransport (direkteoppgjør og enkeltoppgjør). Forskriften vil angi hvilke type opplysninger som kan behandles i registrene og gi nærmere regler om databehandlingsansvaret for opplysningene, herunder om plassering av ansvar. Forskriften kan også gi utdypende bestemmelser om tilgang til opplysningene, tilgangskontroll, krav til når opplysningene skal slettes og formål med registrene. Departementet foreslår at meldeplikten hjemles ved en endring i helseregisterloven § 9, og at sammenstilling av opplysninger hjemles i et nytt andre ledd i helseregisterloven § 12. Nedenfor følger en nærmere redegjørelse for bakgrunn for forslag til omtalte lovendringer, høringsinstansenes synspunkter og departementets vurderinger. Formålet med registrene omtales i punkt 6.3.2, meldeplikt til registrene i punkt 6.3.3, spørsmål om samtykke i punkt 6.3.4 og reservasjonsrett i punkt 6.3.5.

I arbeidet med regelverket for disse registrene har plassering av datahandlingsansvaret vært gjenstand for omfattende vurderinger, og flere høringsinstanser har uttalt seg om spørsmålet. Omtale av dette er tatt inn i punkt 6.3.6 og 6.3.7.

### 6.3.2 Formålet med Direkteoppgjørsregisteret og Enkeltoppgjørsregisteret

#### Høringsnotatet

Departementet foreslo i ny § 6 c nr. 2 at formålet med registrene og behandling av helseopplysninger skulle være «administrasjon av transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 6». Formålet med Enkeltoppgjørsregisteret og Direkteoppgjørsregisteret ble nærmere utdypet i forslag til forskrift om registre for administrasjon av syketransport § 3.

#### Høringsinstansenes syn

Ingen høringsinstanser har kommentarer til formålet med registrene.

#### Departementets vurdering

Etter departementets vurdering er forslaget i høringsnotatet til ny bestemmelse i helseregisterloven § 6 c nr. 2, ikke fullt ut dekkende for det tiltenkte formålet med registrene. Et sentralt formål med Direkteoppgjørsregisteret, som faller utenfor administrering, er å samordne transporttjenester og utnytte transportkapasiteten. Departementet foreslår derfor at samordning tilføyes administrering i ny bestemmelse i helseregisterloven § 6 c nr. 2.

### 6.3.3 Meldeplikt til registre for administrering og samordning av syketransport

#### Høringsnotatet

Departementet foreslo en endring i helseregisterloven § 9 som innebærer en adgang til å pålegge virksomheter og helsepersonell meldeplikt, uten hinder av taushetsplikten, til registre som etableres med hjemmel i ny § 6 c. Nærmere bestemmelser om hvilke tjenesteytere som pålegges meldeplikt, må inntas i forskriften for registrene.

#### Høringsinstansenes syn

Ingen høringsinstanser har innvendinger mot forslaget.

#### Departementets vurdering

Departementet fastholder forslaget i høringsnotatet til endring i helseregisterloven § 9.

### 6.3.4 Samtykke

Behandling av opplysninger om en person skal i størst mulig grad bygge på samtykke fra personen. For å gjøre unntak fra den enkeltes rett til selv å samtykke i behandling av helseopplysninger, må det foreligge hensyn som klart overstiger den ulempen det har for den enkelte, jf. punkt 6.2.5 første avsnitt.

#### Høringsnotatet

Høringsnotatets forslag var at behandlingen av helseopplysningene i registrene for administrering og samordning av syketransport skulle skje uten hensyn til samtykke. Departementets vurdering i høringsnotatet var at ulempen ved et absolutt krav om samtykke fra personen til å la seg registrere i registrene kan være større enn ulempen ved at det ikke stilles krav om samtykke. Departementet viste til at registrene ikke vil inneholde opplysninger om diagnose eller sykdom, og at det bare vil framgå hvor vedkommende skal motta, eventuelt har mottatt helsehjelp. Departementet viste videre til at krav om samtykke vil innebære at det må innhentes 2, 4 millioner samtykker hvert år, og at registrering er en forutsetning for å samordne syketransporttjenester. Manglende samordning vil undergrave intensjonen med å overføre ansvaret for syketransport til de regionale helseforetakene, jf. Ot. prp. nr. 66 (2002–2003), og føre til en økning av kostnadene til syketransport. Departementet begrunnet videre forslaget med at opplysningene i registrene bare er av administrativ og lite sensitiv karakter.

#### Høringsinstansenes syn

##### Den norske legeforening uttaler at

«(...) det vil være problematisk å etablere nye registre uten krav til samtykke. Bare behandlingssted vil i en del tilfeller røpe arten av undersøkelse og behandling pasienten har oppsøkt helsetjenesten for.»

Ingen av de øvrige høringsinstansene uttaler seg negativt til departementets forslag om at samtykke ikke skal kreves ved registrene for administrering og samordning av syketransport. *Fornyings- og administrasjonsdepartementet (FAD)* uttaler at departementet er enig i at det åpnes for at opplysninger registreres uten den enkeltes samtykke. *Helsedirektoratet* uttaler at de er «enige i at ordningen knyttet til syketransport ikke skal baseres på samtykke». Både *FAD* og *Helsedirektoratet* uttaler seg om reservasjonsrett, se punkt 6.3.5.

*Departementets vurdering*

Departementet fastholder sitt forslag om at opplysninger kan registreres uten den enkeltes samtykke. Som påpekt i høringsnotatet vil opplysningene i registrene være av lite sensitiv karakter, og registrering er en forutsetning for å samordne transporttjenester.

**6.3.5 Register for direkteoppgjør – rett til å reservere seg***Høringsnotatet*

Høringsnotatet inneholdt ikke forslag om rett til å reservere seg mot å stå i registre som opprettes til formål å administrere og samordne transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

*Høringsinstansenes syn*

*Helsedirektoratet* savner en grundigere diskusjon av om det bør innføres en reservasjonsrett i forhold til registre knyttet til administrering av syke transport (NISSY). *Fornyings- og administrasjonsdepartementet* uttaler følgende om Direkteoppgjørregisteret:

«(...) de administrative ulempene ved å åpne for at pasienten skal kunne reservere seg mot opplysninger blir lagret i registeret kan la seg forsvare. Det må antas at det hører til unntakstilfellene at pasienter ønsker å reservere seg mot registrering av transportopplysninger, men i unntakstilfeller kan opplysninger om behandlingssted og – tid være følsomme opplysninger som pasienten ikke ønsker registrert. Det vil da være av betydning at pasienten kan unngå å bli registrert uten at dette går ut over vedkommendes rettigheter.»

*Departementets vurdering*

På bakgrunn av høringsuttalelser fra Helsedirektoratet og Fornyings- og administrasjonsdepartementet har departementet vurdert nærmere om det bør innføres en reservasjonsrett mot å bli registrert i Direkteoppgjørregisteret for administrering og samordning av syke transport (NISSY). Siden departementet foreslår en reservasjonsrett for Egenandelsregisteret, mener departementet det er relevant å sammenligne dette registeret med Direkteoppgjørregisteret. Dersom forslaget i høringsnotatet følges opp, vil alle pasienter som får rekvisisjon til transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten, stå i registeret. Egenandelsregisteret vil omfatte alle personer

som *kan* få rett til frikort, og en andel av disse vil ikke oppnå frikort i løpet av kalenderåret. I motsetning til det som gjelder for Egenandelsregisteret, vil samtlige av de som står i Direkteoppgjørregisteret få oppfylt en rettighet ved at de får dekket transportkostnader. I Direkteoppgjørregisteret anonymiseres informasjonen fortløpende etter hvert som den ikke lenger er nødvendig for å gjennomføre transporten og foreta oppgjør for denne. Personidentifiserbare opplysninger oppbevares vesentlig kortere i Direkteoppgjørregisteret enn i Egenandelsregisteret. Departementet mener på bakgrunn av dette at en registrering i Direkteoppgjørregisteret kan anses som et mindre inngrep i personvernet enn en registrering i Egenandelsregisteret. Hvis pasienter kan reservere seg mot å bli registrert, innebærer det at pasienter selv kan velge å bestille taxi og kreve dette refundert i etterkant. Refusjonskravet vil da bli registrert i enkeltoppgjørssystemet, der lagringstiden er lengre. Det rekvireres ca 2,4 millioner syke transporter årlig. En forutsetning for å få til samordning av syke transporttjenester og dermed utnytte transportkapasiteten effektivt, er at pasientenes transportbehov registreres i et felles nasjonalt register. I Ot. prp. nr. 66 (2002–2003) punkt 3.3 framgår følgende: «Syke transportområdet har i flere år hatt en stor utgiftsvekst og en økning ut over veksten ellers i spesialisthelsetjenesten. Etter departementets syn kan en ansvarsoverføring til de regionale helseforetakene på sikt medføre at etterspørselen etter transporttjenester vil kunne reduseres dersom helsetjenester lokaliseres på en annen måte. Det må også kunne forventes at de regionale helseforetakene utnytter samordningsgevinstene ved å organisere transporten på en hensiktsmessig måte.» En adgang til å reservere seg mot å bli registrert i Direkteoppgjørregisteret kan således undergrave hele intensjonen ved overføringen av ansvaret for syke transport til de regionale helseforetakene, og føre til en kraftig økning av kostnadene til syke transport. Dersom 0,5 % av pasientene benytter seg av reservasjonsretten, vil dette føre til en ekstrakostnad på anslagsvis 10 millioner kroner per år i økte transport- og saksbehandlingskostnader. Med begrunnelse i at opplysningene i Direkteoppgjørregisteret er av administrativ karakter og lite sensitive, registeret på flere måter skiller seg fra Egenandelsregisteret, og forventningen om at de regionale helseforetakene utnytter samordningsgevinstene, foreslår departementet at det ikke innføres en rett til å reservere seg mot å bli registrert i Direkteoppgjørregisteret.

### 6.3.6 Databehandlingsansvarlig og databehandler – Enkeltoppgjørregisteret

#### Høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS, som eies av de regionale helseforetakene i fellesskap, skal være databehandlingsansvarlig for registrene for administrering og samordning av enkeltoppgjør, og at helseforetakene ved de lokale enheter for pasientreiser og driftsleverandør skal være databehandlere.

#### Høringsinstansenes syn

*Oslo universitetssykehus HF, Ullevål* uttaler at helseforetak ikke kan være databehandler på grunn av organisasjonen ikke vil inneha en IT-driftsenhet etter 1.9.2009.

#### Departementets vurdering

Departementet mener at det kan skilles mellom oppgaven som databehandler (behandling av dataene i henhold til formålet) og oppgaven som IT-driftsenhet (drifting av systemet som sådan). Det er ikke et vilkår at databehandler selv innehar egen driftsenhet og eier eget utstyr. IT-driftsenhet skal blant annet utføre oppgaver i tilknytning til den tekniske driften av applikasjoner, oppgradere systemer etc. og har lite med selve behandlingen av opplysningene å gjøre. Det er mulig for en databehandlingsansvarlig å ha en databehandler som forestår begge oppgaver, men det er svært mange databehandlingsansvarlige, eventuelt databehandlere, som benytter seg av eksterne driftsleverandører. Departementet viser til helseregisterloven § 18, der det framgår at en databehandler ikke kan behandle helseopplysninger på annen måte enn det som er skriftlig avtalt med den databehandlingsansvarlige. Opplysningene kan heller ikke uten slik avtale overlates til andre for lagring eller bearbeidelse. Dersom en databehandler benytter en ekstern driftsenhet, må dette være i samsvar med den avtalen som inngås etter helseregisterloven § 18.

Nærmere regler om databehandlingsansvaret vil bli gitt i forskrift om registre for administrering og samordning av syketransport. Denne forskriften skal først vedtas etter at de nødvendige lovhjemler er på plass. Departementet tar sikte på å foreslå Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS som databehandlingsansvarlig for registre knyttet til enkeltoppgjør. Begrunnelsen for dette er særlig hen-

synet til et klart plassert ansvar for registre knyttet til enkeltoppgjør.

### 6.3.7 Databehandlingsansvarlig og databehandler – Direkteoppgjørregisteret

#### Høringsnotatet

Departementet vurderte i høringsnotatet to alternative løsninger for hvem som skal være databehandlingsansvarlig for registrene for administrering og samordning av direkteoppgjør. Det ene alternativet var at det regionale helseforetaket, som har det overordnede ansvaret for syketransport, skal være databehandlingsansvarlig for registeret, og at helseforetak som behandler opplysninger i forbindelse med direkteoppgjør, er databehandler. Det andre alternativet var at både det regionale helseforetaket som departementet beslutter at har det overordnede ansvaret for ordningen med direkteoppgjør, og helseforetak som behandler opplysninger i forbindelse med direkteoppgjør, skal være databehandlingsansvarlig for de opplysningene de behandler. Departementet mente at alternativ to var det beste, men påpekte at dette alternativet heller ikke er en ideell løsning, særlig fordi det ikke er ideelt å ha flere databehandlingsansvarlige for samme register. Departementet ba spesielt om innspill fra høringsinstansene om hvem som bør være databehandlingsansvarlig for Direkteoppgjørregisteret.

#### Høringsinstansenes syn

*Datatilsynet* støtter ikke departementets forslag om flere databehandlingsansvarlige for Direkteoppgjørregisteret. Tilsynet mener dette vil skape svært uklare ansvars- og myndighetsforhold, og anser det nokså klart at helseforetakene bør være databehandlingsansvarlige. Det vises til at selve tjenesten «syketransport» er helseforetakenes ansvar, og at «RHFene ikke er ansvarlig for tjenesten og heller ikke vil ha noen befatning med registeret.» At RHFene etter dette skal være delvis databehandlingsansvarlige er etter tilsynets vurdering uforståelig. Eventuell behandling av personopplysninger fra Direkteoppgjørregisteret i RHF-ene må etter dette bero på en ryddig utlevering fra helseforetakene, i tråd med personopplysningslovens bestemmelser. Herunder må det vurderes om RHFene kan få utlevert identifiserbare opplysninger.

*Oslo universitetssykehus HF, Ullevål* fraråder på det sterkeste å etablere registre med delt databehandlingsansvar,

«da det svært fort smuldrer ansvaret. Det synes



Endringer i folketrygdløven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

videre ikke i samsvar med definisjonen av databehandlingsansvar å tillegge dette til RHF når disse ikke skal ha noen befatning med registret. Enn videre kompliseres dette ytterligere ved at ansvaret for de regionale helseforetakene skal gå på rundgang mellom disse (...)».

*De regionale helseforetakene* støtter ikke departementets forslag om plassering av databehandlingsansvarlig. De begrunner dette med at det lett vil kunne oppstå uklare ansvarsforhold dersom databehandlingsansvaret skal legges til både det regionale helseforetak, som har det overordnede ansvaret for syketransport, og til helseforetakene. Dette vil igjen lett skape problemer i forhold til personvernet. De regionale helseforetakene mener at departementets alternativ om å legge databehandlingsansvaret til det regionale helseforetaket som til enhver tid har systemansvaret for NISSY, heller ikke er en optimal løsning. Faren ved at det innføres et databehandlersansvar som går på rundgang, er at nødvendig kompetanse lett blir svekket samt at rutiner, systemforbedringer og arbeid med informasjonssikkerhet ikke blir optimalisert. De regionale helseforetakene mener

«den beste løsningen vil være å legge databehandlingsansvaret for NISSY til det nylig stiftede nasjonale selskapet, Helseforetakenes senter for Pasienttransport ANS. Selskapets rolle er bl.a. å ivareta samordnings- og koordinerende funksjoner på vegne av de fire regionale helseforetakene, og skal f.o.m. 01.01.10 fullt ut forestå administrasjonsoppgavene innen den delen av pasienttransport som favner under enkeltoppgjør. Når det gjelder de 18 lokale enheter for pasientreiser som har ansvaret for direkteoppgjør, skal 11 av disse fra 01.01.10 også ha ansvaret for enkeltoppgjør. Det er således en innbyrdes sammenheng mellom selskapets ansvarsområder og NISSY, og i tillegg bruker systemene for enkeltoppgjør mange av de funksjonene som ligger i NISSY.»

De regionale helseforetakene uttaler at

«den foreslåtte løsningen med plassering av databehandlersansvaret for NISSY hos selskapet innebærer at det overordnede koordineringsansvaret for de lokale enheter for pasientreiser samles hos en overordnet enhet eid av de fire regionale helseforetakene, og at de lokale enhetene kun får en databehandlingsansvarlig å forholde seg til hva gjelder syketransport generelt. Det antas også at samling av funksjoner og systemer knyttet til pasienttransport vil innebære en økonomisk besparelse på sikt.»

### *Departementets vurdering*

Høringsinstansenes innvendinger gjelder hovedsakelig at databehandlersansvaret deles mellom flere. Departementet ser at mye taler for å følge opp de regionale helseforetakenes forslag om at databehandlingsansvaret for Direkteoppgjørsregisteret skal legges til Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS. Dette vil gi en databehandlersansvarlig og mye taler for at det vil være hensiktsmessig å samle databehandlersansvaret for de ulike registrene innen syketransport. Helse Sør-Øst RHF har i dag det overordnede ansvar for den del av syketransport som gis i henhold til rekvisisjon (direkteoppgjør), et ansvar som er ment å rullere mellom de regionale helseforetakene hvert tredje år. Per i dag har Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS bare ansvaret for den del av syketransport som gis i henhold til søknad (enkeltoppgjør) og ikke ansvar for eller oppgaver innenfor den del av syketransport som gis i henhold til rekvisisjon (direkteoppgjør). Det er imidlertid et tett samspill mellom registrene for enkeltoppgjør og registrene for direkteoppgjør. Før departementet tar endelig stilling til hvem som skal være databehandlingsansvarlig for dette registeret, er det noen forhold som må vurderes nærmere. Nærmere regler om databehandlingsansvaret for Direkteoppgjørsregisteret vil bli gitt i forskrift om registre for administrering og samordning av syketransport. Denne forskriften skal vedtas etter at de nødvendige lovhjemplene er på plass.

### **6.3.8 Sammenstilling med opplysninger i andre registre**

Departementets forslag til endringer i helseregisterloven § 12 gjelder både for Egenandelsregisteret, Direkteoppgjørsregisteret og Enkeltoppgjørsregisteret. For nærmere omtale av dette forslaget, høringsinstansenes uttalelser og departementets vurdering vises det til punkt 6.2.7.

### **6.3.9 Andre personvernforebyggende tiltak**

Det vises til punkt 6.2.8. om *informasjonssikkerhet, informasjon og innsyn og forholdet til EMK artikkel 8*. Tilsvarende som beskrevet for Egenandelsregisteret gjelder for Enkeltoppgjørsregisteret og Direkteoppgjørsregisteret. Når det gjelder sletting av opplysninger, vises det til punkt 6.8 om *forholdet til arkivloven*.

## 6.4 Spørretjenesten

### Høringsnotatet

I høringsnotatet er spørretjenesten omtalt under to ulike overskrifter og med to ulike navn. Den omtales både som «HarBorgerFrikort» og «Minstepensjonistspørringen». I notatet ble det uttalt følgende om de ulike ordningene:

«Den automatiske frikortordningen forutsetter at opplysninger om frikortstatus formidles til behandlere og tjenesteytere som kan kreve egenandel fra brukerne. Dette vil være til fordel for brukerne ettersom de unngår å måtte legge ut for egenandeler når egenandelstaket er nådd. (...)

Departementet foreslår endringer i helseregisterloven som gir HELFO adgang til å utlevere opplysninger om frikortstatus.

Ut fra personvern hensyn bør spørretilgangen gjøres så snever som mulig, men likevel slik at spørringen kan gjennomføres på en effektiv og hensiktsmessig måte. Opplysning om frikortstatus bør etter departementets oppfatning kunne utleveres til alle som innkrever egenandel fra brukerne ved tjenestelig behov. Dette omfatter først og fremst helsepersonell, men også ansatte hos for eksempel bandasjist og på legekantor som ikke er helsepersonell. Departementet kan fastsette forskrifter om hvem som kan motta opplysningene.»

Det ble i tillegg uttalt om minstepensjonistspørringen:

«En mulighet for apotek og bandasjistforretninger til å spørre HELFO direkte via en automatisk spørretjeneste om minstepensjoniststatus, vil sikre minstepensjonister et mer effektivt vern mot å betale egenandeler for legemidler mv. forskrevet på blå resept. (...)

Minstepensjonister er en gruppe som utelukkende er unntatt fra å betale egenandeler på grunn av svak betalingsevne. En egenandel på inntil 520 kroner per resept for legemidler mv., kan resultere i at livsviktig medisin ikke blir hentet av økonomiske årsaker. (...)

Spørretjenesten forutsetter at Helsedirektoratet eller HELFO har tilgang til opplysninger som eies av Arbeids- og velferdsdirektoratet, og at denne informasjonen kan videreformidles til apotek og bandasjistforretninger.»

### Høringsinstansenes syn

To høringsinstanser har uttalt seg spesifikt om minstepensjonistspørringen og ytterligere to, *Fornyings- og administrasjonsdepartementet* og *Yngre le-*

*gers forening*, har gitt uttrykk for at navnene på spørretjenestene bør forenkles. Øvrige uttalelser knyttet til «HarBorgerFrikort» omhandler muligheten til å reservere seg mot tjenesten, se punkt 6.2.6.

*Apotekforeningen* støtter innføringen av en spørretjeneste både for minstepensjonist- og for frikortstatus og uttaler:

«Dette vil gi betydelig bedre service til pasientene og apotekets kunder forutsatt at de tekniske løsningene er utformet slik at oppslagene kan gjøres raskt og effektivt.»

*Helsedirektoratet* har i sin uttalelse bedt om at departementet vurderer om de to spørretjenestene kan slås sammen slik at apotek og bandasjistforretninger bare har en spørring mot HELFO. Direktoratet uttaler blant annet følgende:

«Helsedirektoratet vil opplyse om at det funksjonelt kan legges opp til at apotek og bandasjist foretar en spørring opp mot begge spørretjenestene samtidig, og at svaret enten blir «ja» eller «nei/utlilgjengelig». Dersom disse to spørretjenestene slås sammen til én, får apoteket og bandasjisten gjennom spørretjenesten kun informasjon om at vedkommende ikke skal betale egenandel, og ikke også at vedkommende er minstepensjonist.»

### Departementets vurdering

Departementet har på bakgrunn av høringsinstansenes innspill valgt å foreslå endringer i forhold til det som ble foreslått i høringsnotatet. Når det gjelder spørsmålet om sammenslåing av spørretjenesten for apotek og bandasjistforretninger, legger departementet særlig vekt på Helsedirektoratets uttalelse om det som er praktisk gjennomførbart. Målsettingen med den automatiske frikortordningen er å forenkle. En sammenslåing av spørringene vil etter departementets oppfatning være forenkende.

En sammenslåing av de to spørringene aktualiserer innspillene om de foreslåtte navnene. «HarBorgerFrikort» vil ikke lenger være et dekkende navn for tjenesten. I tillegg er navnet språklig sett utilfredsstillende og tungt. Departementet foreslår «Spørretjenesten» som ny benevnelse på den tjenesten Helsedirektoratet/HELFO skal tilby.

## 6.5 Lovgrunnlag for å gi transportører opplysning om pasienten skal betale egenandel

### Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det anført følgende:

«Ordningen med automatisk frikort forutsetter at helseforetakene som skal dekke utgiftene til syketransport, utleverer visse opplysninger om pasienten til den som utfører transportoppdraget. I praksis vil det ofte være den lokale enhet for pasientreiser ved det aktuelle helseforetaket som bestiller reise for pasienten.

(...) Transportører må alltid få opplysninger om henteadresse og leveringsadresse for å kunne utføre oppdraget. Det samme gjelder opplysninger om det kreves spesielle tilpasninger for reisen. Når pasienten velger å benytte seg av slik transport, kan det legges til grunn at pasienten stilltiende samtykker til at helseforetaket utleverer opplysninger om hentested, reisemål og spesielle behov under reisen, selv om dette i seg selv kan avsløre sykdomsforhold hos pasienten.

Det kan ikke legges til grunn at en pasient uten videre forstår at pasientnavn og opplysninger om pasientens egenandelsstatus skal utleveres fra helseforetaket til transportør i forbindelse med en syketransport. Det må antas at pasienten heller ikke har kunnskap om at opplysningene lagres elektronisk hos transportøren sammen med opplysningene om hvor og når pasienten har reist. Etter gjeldende rett kreves det et informert samtykke fra pasienten for at slike opplysninger skal kunne utleveres.

(...) Departementet forutsetter at transportørene bare lagrer opplysninger som er relevante og nødvendige for å kunne sende regning for reisen til helseforetaket. Helseforetakene har et selvstendig ansvar for å inngå avtale med og utlevere opplysninger til transportører som håndterer opplysningene på en lovlig måte.»

Departementet foreslo et nytt femte ledd i helseregisterloven § 15 om unntak fra taushetsplikt. Forslaget gikk ut på at opplysning om en pasients navn, transportbehov, om pasienten skal betale egenandel og eventuelt beløp kan utleveres til transportør i forbindelse med syketransport. Samme endring ble foreslått inntatt i spesialisthelsetjenesteloven § 6-1.

### Departementets vurdering

Ingen av høringsinstansene har innvendinger mot forslaget i høringsnotatet. Forslaget fastholdes.

## 6.6 Departementets adgang til å dispensere fra taushetsplikt

### Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det vist til at før overføringen av helserefusjonsområdet i folketrygdloven kapittel 5 fra Arbeids- og velferdsetaten til Helsedirektoratet, var saksbehandlingen etter kapitlet regulert direkte av arbeids- og velferdsforvaltningsloven. Departementet hadde derfor mulighet til å dispensere fra taushetspliktbestemmelsene i tråd med arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 fjerde ledd også for så vidt gjaldt opplysninger knyttet til stønad etter kapittel 5.

Ved overføringen av folketrygdloven kapittel 5 til Helsedirektoratet ble saksbehandlingen etter dette kapitlet regulert av folketrygdloven § 21-11a. Helsedirektoratets oppgaver ble ivaretatt i § 21-11a tredje ledd ved følgende formulering: «Arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 6 og § 7 første, tredje og femte ledd gjelder tilsvarende for Helsedirektoratet ved behandling av saker etter kapittel 5.»

Det ble i § 21-11 a ikke inntatt en uttrykkelig henvisning til § 7 fjerde ledd om departementets dispensasjonsadgang. Departementet la likevel til grunn at § 7 fjerde ledd gjelder tilsvarende for Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet la avgjørende vekt på at formålet med overføringen av helserefusjonsområdet til Helsedirektoratet ikke var å endre rettigheter eller plikter. Videre ble det uttalt følgende:

«Departementet anser at dispensasjonsadgangen for fremtiden bør framgå uttrykkelig av folketrygdloven § 21-11a. Det kan være uheldig over tid å basere dispensasjonsadgangen på formålsbetraktninger, selv om disse er kommet klart til uttrykk i forarbeidene. Departementet foreslår derfor en endring i folketrygdloven § 21-11 a tredje ledd.»

### Høringsinstansenes syn

Ingen av høringsinstansene har innvendinger mot forslaget i høringsnotatet om at dispensasjonsadgangen bør framgå uttrykkelig av folketrygdloven § 21-11 a tredje ledd. *Bergen kommune* har imidlertid foreslått en annen ordlyd for å gjøre bestemmelsen klarere.

### Departementets vurdering

Departementet er enig med Bergen kommune i at bestemmelsen kan gjøres klarere. Det er derfor tatt

inn noen presiseringer i forhold til det som ble forelått i høringsnotatet. Realiteten i forslaget er imidlertid den samme.

## 6.7 Utbetaling av småbeløp

*Helsedirektoratet* har i sin høringsuttalelse gitt innspill om folketrygdloven § 22-19. Bestemmelsen ble ikke omtalt i høringsnotatet, men problemstillinger knyttet til bestemmelsen blir aktualisert gjennom forslag om innføring av automatisk frikortordning. Bestemmelsen lyder:

«Dersom en stønad som gis som et engangsbeløp utgjør mindre enn 50 kroner, skal stønaden ikke utbetales. Dersom medlemmet innen 6 måneder får rett til ytterligere stønadsbeløp, og summen av stønadsbeløpene utgjør minst 50 kroner, kan vedkommende kreve at beløpene slås sammen og utbetales under ett. Bestemmelsene i første og andre punktum gjelder for alle stønader som administreres av trygdens organer eller utbetales av dem.»

Helsedirektoratet uttaler blant annet følgende:

«Med automatisk frikortordning vil brukerne få utstedt frikort idet de passerer egenandelstaket, og de vil ikke selv ha hovedansvaret for å holde oversikt over betalte egenandeler. En må av den grunn kunne anta at antall brukere som ikke vil få utbetaling på bakgrunn av 50 kroners regelen, vil bli høyere enn i dag, da det med automatisk frikortordning blir slik at brukerne ikke på egenhånd avgjør når det utstedes frikort.

Helsedirektoratet vurderer det slik at den automatiske frikortordningen ikke kan sies å være tilpasset regelen om utbetaling av småbeløp i ftrl. § 22-19, og at departementet derfor bør vurdere hvorvidt denne bestemmelsen bør endres på bakgrunn av dette.»

### *Departementets vurdering*

Den automatiske frikortordningen og de foreslåtte endringene i folketrygdloven § 22-13 fratar ikke den enkelte bruker ansvaret for selv å følge med på innrapporteringen av påløpte egenandeler. Dersom en egenandel ikke rapporteres inn, vil det være opp til den enkelte bruker å følge opp dette i forhold til den aktuelle tjenesteyter/behandler. Det samme gjelder dersom en innbetalt egenandel ikke refunderes.

Det departementet må ta stilling til, er om folketrygdloven § 22-19 krever en samordning av ytelser fra Arbeids- og velferdsetaten og HELFO.

Fra og med 1. juli 2006 opphørte trygdeetaten å

eksistere, og Arbeids- og velferdsetaten ble etablert. Arbeids- og velferdsetaten (NAV) overtok trygdeetatens oppgaver, og etableringen skapte ingen uklarheter om hvordan begrep som «trygdens organer» skulle tolkes. Fra 1. januar 2009 ble imidlertid deler av den tidligere trygdeetatens oppgaver overført til en ny etat utenfor «trygdens organer» (Helsedirektoratet). I forarbeidene til lovendringene som etablerte en endret forvaltningsstruktur for helserefusjonene, jf. Ot.prp. nr. 82 (2008-2009), ble ikke folketrygdloven § 22-19 nevnt, men bestemmelsen må likevel vurderes i lys av omorganiseringen.

Det kan hevdes at oppsplittingen av forvaltningsansvaret for folketrygdloven også bør medføre en oppsplitting av samordningsbestemmelsen i folketrygdloven § 22-19. Flere argumenter taler for dette. En samordning på tvers av etater vil kreve at all utbetalingsinformasjon i henholdsvis NAV og Helsedirektoratet/HELFO samordnes. I tillegg til personvernaveininger vil de praktiske problemene ved en slik samordning bli betydelige. Formålet med Helserefusjonsreformen var blant annet å skape et enklere og mer oversiktlig regelverk og en bedre samling av virkemidlene i helsesektoren. En komplisert samordningsløsning er i strid med reformens formål og ikke ønskelig. En tolkning av § 22-19 som innebærer samordning av stønader innen den ansvarlige etat, henholdsvis Arbeids- og velferdsetaten og Helsedirektoratet/HELFO, vil langt på vei ivareta rettighetene til den enkelte bruker, samtidig som den ivaretar hensynet til en effektiv forvaltning på en god måte.

I Ot.prp. nr. 82 (2008-2009) ble det gitt klart uttrykk for at omorganiseringen ikke skulle medføre rettighetstap for den enkelte. En tolkning av bestemmelsen som innebærer at samordningen bare skal skje innen den enkelte etat, kan i noen få tilfeller medføre rettighetstap. Dette momentet må etter departementets oppfatning veie tyngst. Departementets konklusjon blir derfor at bestemmelser krever en samordning av ytelser NAV og HELFO administrerer.

Folketrygdloven § 22-19 trådte i kraft 1. januar 2002. I forarbeidene, Ot. prp. nr. 4 (2001-2002) ble det vist til at utbetaling av småbeløp koster mer i administrasjon og porto enn det beløp som skal utbetales, og at den viktigste kostnaden er tidsbruken for trygdefunksjonærene. Det ble også anført:

«Man har videre kommet til at begrensningen bare bør gjelde stønad som utbetales som engangsbeløp. Ordningen ligger ikke til rette for pensjoner og andre løpende ytelser. Virkeområdet vil dermed primært være stønad ved helse tjenester etter loven kapittel 5 og enkelte andre

tilsvarende ytelser, særlig ytelser etter loven kapitlene 10 og 11 (ytelser som gis under medisinsk rehabilitering eller yrkesrettet attføring). (...)

For den enkelte stønadsmottaker vil en begrensning i retten til utbetaling av de aktuelle småbeløpene spille liten rolle. Unntak gjelder dersom en og samme person innenfor kort tid får rett til flere slike utbetalinger. Dette gjelder bare et beskjedent antall tilfelle i forhold til det totale antallet. (...) Sosial- og helsedepartementet mener likevel at det bør innføres et vern, slik at den enkelte stønadsmottaker kan samle opp krav på småutbetalinger i løpet av en viss periode og kreve at de kan samles opp og utbetales under ett når dette kan skje uten hinder av den nye beløpsgrensen. Dersom trygdeetaten skulle føre «regnskap» over disse småbeløpene og når utbetaling kan skje, ville dette spise opp en vesentlig del av den administrative gevinsten ved forslaget.»

Formålet med bestemmelsen var å spare ressurser i forvaltningen og spare inn noe på stønadsbudsjettet. Bestemmelsen kan, med dagens utvikling av automatiserte løsninger, føre til økt arbeidsmengde. Innføring av en automatisk frikortordning vil gjøre arbeidet med refusjon av innbetalte egenandeler ut over egenandelstak 1 mindre tidkrevende. I Ot. prp. nr 4 (2001-2002) ble det ikke uttalt noe om hvor store innsparingene på administrasjonsbudsjettet var for kapittel 5 ytelsene særskilt. Det var trolig her innsparingspotensialet var størst, ettersom bestemmelsen bare omfatter utbetaling av engangsbeløp. Det har imidlertid skjedd en rekke endringer i saksbehandlingen og på stønadsområdet etter at bestemmelsen trådte i kraft, blant annet er syketransport nå ute av folketrygdloven (jf. ovenfor i kapittel 4). Departementet antar at innsparingen som bestemmelsen var ment å gi på administrasjonsbudsjettet, uansett er begrenset. Dette gjelder særlig på egenandelsområdet ved innføring av automatisk frikortordning.

Det er stor usikkerhet knyttet til hvor stor virkning bestemmelsen har på stønadsbudsjettet. I 2001 ble det antatt at helårseffekten var på om lag 1,7 millioner kroner totalt sett for hele folketrygdloven. Innsparingene for 2002 var, i sin helhet, foreslått ført på kapittel 2750, post 77 syketransport. Det er rimelig å anta at det var på dette området innsparingspotensialet var størst. Finansieringsansvaret for syketransport ble fra 1. januar 2004 overført til de regionale helseforetakene, jf. ovenfor i kapittel 4. Stønadsbudsjettet til folketrygden har riktignok økt siden 2002. Eventuelle innsparinger på stønadsbudsjettet for egenandelsområdet som føl-

ge av denne bestemmelsen vil etter departementets vurdering fortsatt være svært beskjedne.

Departementet foreslår å gjøre unntak fra § 22-19 når det gjelder den automatiske frikortordningen. Dette innebærer at ved innføringen av en automatisk frikortordning for hele landet, vil alle beløp som er innbetalt ut over egenandelstak 1, bli refundert.

## 6.8 Forholdet til arkivloven

### *Gjeldende rett*

Det følger av arkivloven at arkivmateriale ikke kan kasseres uten i medhold av arkivloven selv, eller etter særskilt samtykke fra Riksarkivaren, jf. arkivloven § 9. Arkivloven § 9 bokstav c gjør unntak fra dette utgangspunktet. Det følger av bestemmelsen at personregister eller deler av personregister kan slettes etter regler i personopplysningen, helseregisterloven og etter regler fastsatt med hjemmel i helseregisterloven § 7 og 8.

Formålet med arkivloven er «å tryggja arkiv som har monaleg kulturelt eller forskingsmessig verdi eller som inneheld rettsleg eller viktig forvaltningsmessig dokumentasjon, slik at desse kan verta tekne vare på og gjorde tilgengelige for ettertida.»

Helseregisterloven § 27 fastslår at helseopplysninger ikke kan lagres lenger enn nødvendig for å gjennomføre formålet med behandlingen av helseopplysningene. Hvis ikke helseopplysningene deretter skal oppbevares i henhold til arkivloven eller annen lovgivning, skal de slettes.

### *Forslaget i høringsnotatet*

Vedrørende Egenandelsregisteret framgår det av høringsnotatet at opplysninger om de som ikke når opp til egenandelstaket på grunn av folketrygdlovens foreldelsesregler, lagres minimum tre år etter utløpet av gjeldende kalenderår, slik at ingen mister sine rettigheter. Deretter slettes opplysningene. Videre framgår at egenandelsdata for personer som får utstedt frikort, lagres i henhold til statens økonomireglement i 10 år. Etter 10 år vil dataene bli slettet.

Vedrørende registeret for direkteoppgjør framgår det at informasjonen anonymiseres fortløpende etter hvert som den ikke lenger er nødvendig for å gjennomføre transporten og foreta oppgjør for denne.

Angående registeret for enkeltoppgjør framgår at saksbehandlingsregisteret vil bli anonymisert så snart oppgjøret er utbetalt og klagefristen er utløpt.

Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

Opplysningene i oppmøtere registeret vil bli slettet like etter at fristen for framsettelse av krav om refusjon er gått ut. Opplysninger i innkallingsregisteret slettes fortløpende etter at dato for behandling er passert.

#### *Høringsinstansenes syn*

*Kultur- og kirke departementet* uttaler at sletting av opplysninger uten særskilt hjemmel i arkivloven bare kan skje på grunnlag av konkrete enkeltvedtak som må gjøres etter at Riksarkivaren har hatt anledning til å uttale seg. Så vidt Kulturdepartementet kan se, «er det ingen bestemmelser om sletting i de lov- og forskriftsforslag som er inntatt i siste del av høringsnotatet.»

#### *Departementets vurdering*

Formålet med registrene som departementet foreslår å lovfeste i denne proposisjonen, er knyttet til gjennomføring av en frikortordning for betaling av

egenandeler for helsetjenester og samordning og administrering av syketransport.

Det vil framgå klart av forskriften at personidentifiserbare opplysninger som behandles i registeret, bare kan behandles til formålet opplysningene er innsamlet til. Viktige personvern hensyn tilsier at opplysningene slettes eller anonymiseres så snart formålet med innsamlingen av dem, herunder lov-pålagte kontrollhensyn, er oppfylt.

Departementet legger til grunn at helseregisterloven § 27 første ledd andre punktum gjelder for registrene som her foreslås opprettet.

Departementet arbeider for tiden med å følge opp NOU 2006:5 Norsk helsearkiv – siste stopp for pasientjournalene. I oppfølgingen av denne utredningen vil departementet se nærmere på hva slags materiale fra helsetjenesten som bør bevares for framtiden.

## 7 Administrative og økonomiske konsekvenser

### 7.1 Innledning

Etablering av en nasjonal automatisk frikortordning innebærer en omlegging av dagens system for utstedelse av frikort og refusjon av egenandeler til pasienter. Endringen foreslås i første omgang å gjelde egenandeler som går inn under egenandelstak 1. Dagens system er basert på at den enkelte pasient oppbevarer sine egenandelskvitteringer og oppsøker det lokale NAV-kontor med krav om å få tilsendt frikort når egenandelstaket er nådd. Etter behandling av kravet blir et eventuelt frikort sendt i posten. Samtidig blir eventuelt beløp brukeren har lagt ut over egenandelstaket, refundert brukeren. I den automatiske frikortordningen er det forutsatt at helseforetak og personell som yter tjenester som inngår i ordningen med egenandelstak 1, skal sende inn opplysninger om betalte egenandeler fortløpende til HELFO.

#### Oversikt:

- I 2008 utgjorde statens utgifter til frikortordningen (tak 1) 3,339 milliarder kroner. Av dette var ca. 1,64 milliarder knyttet til legehjelp/poliklinikk, 98,6 millioner til psykologhjelp, 1,08 milliarder til legemidler og sykepleieartikler og 515 millioner til syketransport.
- I 2008 nådde 879 000 personer, herav 437 000 alders- og uførepensjonister, egenandelstak 1. Antall personer som når egenandelstaket, påvirkes av nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i egenandelstak 1 og av selve egenandelstaket. Egenandelene og egenandelstaket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av statsbudsjettet.
- De fleste refusjonene som går inn under egenandelstak 1, sendes inn elektronisk over linje. Egenandelsrefusjoner for lege- og psykologhjelp er unntakene. Av legene sender ca 19 % elektronisk over linje, ca 5 % på papir og ca 76 % på diskett. I dag sender ca 30 % av psykologene oppgjør via diskett. De resterende sender inn oppgjøret på papir. Det forventes økt andel leger og psykologer som vil sende opplysningene

elektronisk i løpet av 2009. Journalleverandører og Helsedirektoratet tilrettelegger for dette.

### 7.2 Virkning for brukerne

Etablering av en nasjonal automatisk frikortordning medfører at den enkelte bruker automatisk vil få tilsendt frikort når egenandelstak 1 er nådd, og refundert eventuelle utlegg ut over egenandelstaket. Det innebærer at personer som i dag mister egenandelskvitteringer, og som ikke bryr seg med å få utlevert ny kvittering, eller som glemmer å oppsøke sitt lokale NAV-kontor for å få tilsendt frikortet sitt, automatisk oppnår den refusjon de etter regelverket har krav på. Frikortet og eventuelt overskytende beløp vil automatisk bli tilsendt brukeren. Automatisk frikort gir en enklere tjeneste til brukerne. Systemendringen vil være spesielt gunstig for dem som av ulike årsaker ikke klarer å holde tilstrekkelig oversikt over betalte egenandeler.

Det må forventes at noen brukere som i dag oppsøker et NAV-kontor for å få frikort, også i fremtiden vil oppsøke et NAV-kontor for bistand. Når systemet er etablert, vil slik kontakt være unødvendig. Ansatte ved de lokale NAV-kontorene skal rettledede pasientene videre til HELFO. De skal ikke behandle egenandelskravene fra brukerne. I en overgangsperiode vil det imidlertid være aktuelt for ansatte ved NAV-kontorene å bidra i saksbehandlingen av egenandelskravene.

For at systemet skal fungere etter hensikten, er det viktig at behandlere og tjenesteytere sender inn opplysninger om betalte egenandeler hyppig nok og med nødvendig kvalitet til HELFO. Dersom dette ikke følges opp, kan det føre til at bruker må betale egenandel til tross for at egenandelstaket er nådd og bruker skulle hatt frikort.

I dag kan det i praksis det gå flere uker fra en egenandel er betalt til kravet om frikort blir fremmet, og saksbehandlingen kan starte hos NAV. Saksbehandlingstiden mellom de ulike NAV-kontorene varierer. Det har forekommet at det har tatt opptil åtte uker fra kravet er mottatt til frikort har blitt utstedt, og det overskytende beløpet har blitt

utbetalt fra NAV. Som regel blir imidlertid frikort sendt ut i løpet av 10 dager etter at NAV har mottatt alle kvitteringer på betalte egenandeler fra bruker. Sen innsending av data fra behandlere og tjenesteytere kan medføre at storforbrukere av tjenester som faller inn under egenandelstak 1 ordningen, får frikortet senere enn det som er tilfellet i dag. Dette gjelder særlig ved sen innsending av data fra behandlere og tjenesteytere.

Innfasing av syketransport fra 1. januar 2010 og automatisk frikortordning i løpet av 2010 kan gjøre rutineene mer tungvinte i 2010. Ved syketransport – enkeltoppgjør – må pasienten først få behandlet sin sak av helseforetaket og motta kvittering for egenandel fra helseforetaket, før personen kan oppsøke NAV-kontoret og innlevere de aktuelle kvitteringene. I dag kan alt dette gjøres ett sted og raskt på NAV-kontoret.

Som det er gjort rede for innledningsvis, omfatter innføring av den automatiske frikortordningen foreløpig bare egenandeler som faller inn under egenandelstak 1. Når det gjelder egenandeler som faller inn under egenandelstak 2, må brukerne når den automatiske ordningen innføres, sette fram krav om frikort overfor HELFO.

### 7.3 Virkning for helsepersonell og andre tjenesteytere

Omleggingen av systemet for håndtering av egenandeler i egenandelstak 1 ordningen berører helsepersonell og andre tjenesteytere primært gjennom:

- økt frekvens på innsending av data
- innsending av data av tilstrekkelig kvalitet
- investeringer i nødvendig IT-systemer/sikkerhetsløsninger for de som ikke allerede har nødvendig infrastruktur.

Det er et mål at pasientene skal få utlevert frikortet senest tre uker etter at egenandelstaket er nådd. Dette forutsetter at tjenesteyterne øker sin frekvens for innsending av data til HELFO, og at dataene er av tilstrekkelig god kvalitet. Det er lagt til grunn at innsendingen skal skje innen 14 dager etter at egenandelen er betalt, for at frikortet skal være mottatt innen 3 uker etter at taket er nådd. Det er i dag store variasjoner i innsendingshyppighet mellom de ulike tjenesteyterne.

Det er et mål at aktørene i helsesektoren i større grad tar i bruk elektronisk kommunikasjon over linje. Formålet er å oppnå bedre samhandling og mer effektive tjenester. For å kunne benytte nettverkløsningen til Norsk Helsenett AS må tjenesteyterne investere i nødvendig programvare og beta-

le årlige lisenser. Aktører som knytter seg opp til helsenettet, må signere en kundeavtale med Norsk Helsenett AS. For å få til meldingsutveksling i helsenettet må det gjøres tilpasninger i den enkelte leges og annet helsepersonells EPJ-systemer (EPJ = elektronisk pasientjournal). All elektronisk kommunikasjon av sensitive personopplysninger må skje i henhold til strenge krav til informasjonssikkerhet. Digitale signaturer med tilhørende infrastruktur (PKI = Public Key Infrastructure) anses i dag som den mest hensiktsmessige teknologien.

Hovedbetingelsene for en effektiv frikortordning der tjenestene ytes for trygdens regning, er at opplysningene om betalte egenandeler kan sendes inn av tjenesteyterne samtidig med at de sender inn sine refusjonskrav knyttet til egen virksomhet. Dette forutsetter at innsendingen av refusjonskravene skjer hyppigere enn i dag. Dataene skal være knyttet til virksomheten i den angjeldende tidsperiode, og opplysningene må være av en slik kvalitet at de gir grunnlag for elektronisk registrering og behandling i Egenandelsregisteret, herunder utsending av frikort og refusjon av innbetalte egenandeler ut over egenandelstaket.

De regionale helseforetakene har i 2008-2009 hatt betydelige prosjekt- og investeringskostnader ved ny organisering og utvikling av enkeltoppgjør for syketransport, blant annet som følge av at overføringen av ansvaret til de regionale helseforetakene vil gi en ny kontaktflate for brukerne av denne tjenesten, jf. kapittel 4. De foreslåtte lovendringene knyttet til syketransport er etter departementets vurdering en forutsetning for å følge opp Stortingets intensjoner ved ansvarsoverføringen til de regionale helseforetakene, slik dette framgår av Ot.prp. nr. 66 (2002-2003), jf. Innst. O. nr. 9 (2003-2004).

#### Uttalelser fra høringsinstansene

Flere høringsinstanser mener at omleggingen vil medføre økonomiske og administrative merarbeid. Momenter som trekkes fram er:

- Forholdet mellom betalte og utfakturerte egenandeler. Dette er behandlet nærmere ovenfor i punkt 6.2.4.
- Skillet mellom hyppighet på innsending av refusjonskrav og opplysninger om egenbetaling.
- Kostnader til investering i nødvendig IKT-utstyr.

#### 7.3.1 Hyppigere innsending av data

Departementet uttalte i høringsnotatet at et krav om hyppigere innsending av data etter departemen-



tets vurdering gir et marginalt merarbeid for tjenesteytere.

*St. Olavs Hospital HF* uttaler:

«St. Olavs Hospital har tidligere gitt uttrykk for at det vil bli et betydelig merarbeid ved hyppigere innsending av refusjonskrav. Sykehuset har over 150 ulike poliklinikker. Det er ikke bare innsending som inngår i arbeid med refusjonskrav. Ved hver innsending følger inntektsføring i lokalt regnskapssystem. Og når vedtakene kommer skal noen avstemme disse med refusjonskravet. Det sier seg selv at det vil være stor forskjell på 150 og 300 slike manuelle kontroller. Hvis beløpet ikke stemmer, skal tapsføringer gjøres i regnskapet til slutt. Hvis man derimot kan få medhold i å rapportere utstedte/betalte egenandeler – uavhengig av refusjonskravet – kan merarbeidet i beste fall bli «beskjedent».»

#### *Departementets vurdering*

St. Olavs Hospital og andre helseforetak står fritt til selv å ta i bruk programmer som oppfyller den pålagte plikten til å sende inn opplysninger om betalte egenandeler inntil eventuelle andre pålegg gis. Departementet er kjent med at egenandelsopplysninger sendes til HELFO sammen med oppgjørsdataene, og at det vil være utfordringer knyttet til utviklingen av nye systemer der disse dataelementene splittes. St. Olav Hospital sin beskrivelse av et betydelig merarbeid er i verste fall, etter det departementet er kjent med, av midlertidig karakter. Helsedirektoratet har pålagt alle helseforetakene i løpet av 2010 å legge om til ny meldingsstruktur for innsending av oppgjørsdata til HELFO. Denne prosessen er allerede godt i gang. Ny meldingsstruktur og nytt innrapporteringssystem vil trolig gjøre det mindre aktuelt for helseforetakene å utvikle egne programmer eller særskilte meldinger for innsending av egenandelsopplysninger.

Kravet om hyppigere innsending av egenandelsdata er nødvendig for at pasientene skal få utstedt sitt frikort så raskt som praktisk mulig etter at egenandelstaket er nådd.

### **7.3.2 Kostnader til investeringer i IKT-utstyr**

*Legeforeningen* uttaler at næringsdrivende leger har vært blant de aktører i helsetjenesten som tidligst har tatt i bruk elektroniske systemer for lagring av helseopplysninger og kommunikasjon. Om lag 90 prosent av allmennlegene er tilknyttet helsenettet. Leger med driftsavtale og fastlegeavtale arbeider imidlertid innenfor en sterk prisregulering (nor-

maltariffen), og har ikke anledning til å innhente kostnadsdekning utenfor dette systemet. Dette nødvendiggjør en reell kostnadsdekning innenfor gjeldende finansieringssystem. Foreningen mener at det er helt nødvendig for en god oppslutning om elektroniske ordninger at næringsdrivende aktører som pålegges forpliktelser i forbindelse med implementering og drift får full kostnadsdekning.

*St. Olavs Hospital HF* mener at det hadde vært mer effektivt om sykehuseier hadde leid inn kompetanse til å utvikle de nødvendige IKT-programmer framfor at de ulike HF må utvikle sine løsninger.

*Norsk Psykologforening* uttaler bl.a.:

«Norsk Psykologforening er enig i prinsippet om at psykologer med driftstilskudd må være forberedt på noen kostnader knyttet til infrastruktur og bruk av IT-teknologi. Tilknytning til helsenettet har imidlertid ingen økonomisk egenverdi eller rasjonaliseringsgevinst for psykologene. Sammenliknet med andre behandlergrupper, har psykologer lav pasientgjennomstrømning og mindre behov for elektronisk samhandling med andre behandlere og tjenesteytere.(...)»

Våre medlemmer arbeider også i et bundet prissystem, uten muligheter til å få inndekket kostnader med mindre staten anerkjenner behovet for kostnadsinndekning, enten gjennom takstene eller på annen måte.»

Psykologforeningen mener at det vil være urimelig og uakseptabelt om psykologene skal bære kostnadene ved innføring av et system som utelukkende innebærer innsparing og rasjonalisering for staten.

#### *Departementets vurdering:*

For å oppnå kostnadseffektivitet og gevinstrealisering er det nødvendig at aktørene investerer i felles infrastruktur som muliggjør elektronisk kommunikasjon, og at partene faktisk benytter de systemer og løsninger som er utviklet. Departementet mener at leger og andre tjenesteytere som tar del i et offentlig finansieringssystem – her en refusjonsordning som for de fleste utgjør en vesentlig del av inntektsgrunnlaget – må ta i bruk systemer som har stor effektiviseringsgevinst for pasienter og for det offentlige. Det offentlige kan ikke alene bære alle kostnadene for slike investeringer. Investering i ordinær infrastruktur og bruk av IT-teknologi må anses som en ordinær del av privat virksomhet. Tilsvarende gjelder for offentlig virksomhet.

Kostnadene til investering (og drift) av nødven-

dig elektronisk utstyr ble i en rapport fra 2008 anslått til å ligge i intervallet 30 000 til 60 000 kroner. I tillegg kommer driftskostnader og andre kapitalkostnader. Kostnadene kan ha endret seg som følge av øket konkurranse i markedet. Kravet om raske innsending av data om egenandeler gir etter departementets vurdering et marginalt merarbeid for tjenesteyterne.

Etter departementets vurdering er det flere forhold som tilsier økt bruk av elektronisk innsending:

- I takstforhandlingene mellom staten og legeforeningen våren 2009 ble det avsatt et engangsbeløp til leger som benytter Helsenett/elektronisk meldingsutveksling. For allmennleger og avtalespesialister som allerede er tilkoblet Helsenett eller innen 1. november 2009 iverksetter/beslutter å gjennomføre nødvendige IT-investeringer, vil staten i annet halvår 2009 gi et tilskudd på 7000 kroner og et tilsvarende tilskudd i første halvår 2010.
- Norsk Helsenett AS eies i dag av de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet opprettet Norsk Helsenett SF 1. juli 2009. Det legges opp til virksomhetsoverdragelse av Norsk Helsenett AS til Norsk Helsenett SF høsten 2009. Foretaket vil få et helhetlig ansvar for utvikling og drift av IKT-infrastruktur på helse- og omsorgsområdet. Norsk Helsenett SF skal ivareta behovet for et sikkert, effektivt og enhetlig kommunikasjonsnettverk mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Statsforetaket skal tilrettelegge tjenester og være en pådriver for elektronisk samhandling mellom offentlige og private aktører i helse- og sosialsektoren.
- Det er inngått en kollektivavtale mellom Helsedepartementet og medlemmer av Den norske legeforening om direkte oppgjør for utgifter til legehjelp. Avtalen forplikter både fastleger og legespesialister til å sende sine refusjonskrav elektronisk over linje til HELFO. Ifølge Legeforeningen er om lag 90 % av alle allmennleger koblet til helsenettet. Andelen av oppgjørskravene som ble sendt elektronisk til HELFO var imidlertid vesentlig lavere.

#### 7.4 Virkning for forvaltningen og statens utgifter

Omleggingen av systemet for behandling av egenandelskrav gjennom elektronisk innsending av data

fra tjenesteyterne og automatisk utsendelse av frikort til bruker gir grunnlag for en betydelig effektivisering av ressursbruken i forvaltningen. Hvor raskt gevinstene kan realiseres i forvaltningen sett under ett, vil påvirkes av hvor raskt tjenesteyterne går over til elektronisk innsending av data til Helsedepartementet (HELFO) og kvaliteten på dataene som sendes inn.

For staten er det anslått at utbetalingene knyttet til refusjon av egenbetaling for egenandelstak 1 ordningen vil kunne øke med inntil 200 millioner kroner, selv med uendrede egenandeler og uendret bruk av de aktuelle helsetjenestene under denne ordningen. Utgiftsøkningen vil skje som følge av at brukerne med den nye ordningen automatisk vil få oppfylt sine egenandelsrettigheter. I dag er det en rekke brukere som av ulike årsaker ikke oppsøker sitt NAV-kontor for å få utlevert frikort. Staten vil på den annen side få bedre kontroll på utbetaling av refusjoner både til tjenesteyterne og til brukerne.

For at Egenandelsregisteret skal være løpende oppdatert, forutsetter det en hyppigere innsending av data, og at dataene er oppdaterte/knyttet til behandling/utført syketransport som i hovedsak har funnet sted i den siste fjorten dagers perioden. I dag kan det være et betydelig avvik i tid mellom innsending av data og utførte tjenester. En omlegging av innsendingsrutinene vil derfor kunne føre til en økning i statens utbetalinger knyttet til eldre kvitteringer.

De bevilgningsmessige konsekvensene av iverksetting av automatisk frikortordning er innarbeidet i forslag til statsbudsjett for 2010.

#### 7.5 Oppsummering

Hovedgevinstene ved en overgang til en automatisk frikortordning er at ordningen sikrer brukerne en bedre og enklere tjeneste. I tillegg vil dette frigjøre ressurser i forvaltningen, primært ved at helsepersonell og andre tjenesteytere som i dag sender inn refusjonskrav til HELFO for tjenester som de utfører for trygdens regning, også sender inn data om betalte egenandeler. Disse dataene skal behandles elektronisk. Basert på innsendte opplysninger fra tjenesteyterne vil pasienten automatisk få tilsendt frikortet i posten og godskrevet sine utlegg utover egenandelstaket til oppgitt konto. Statens økte refusjonsutgifter er anslått til nærmere 200 millioner kroner. Automatisk frikortordning understøtter også NAV-reformen.

## 8 Endring i folketrygdloven § 5-3, slik at egenandelstaksordningen også skal omfatte egenandeler betalt for helsehjelp som utføres poliklinisk av andre helsepersonellgrupper enn leger

### 8.1 Bakgrunn

---

I eget høringsnotat datert 30. juni 2009 ble det foreslått endringer i folketrygdloven § 5-3 for å sikre at alle egenandeler betalt ved poliklinisk behandling fanges opp av frikortordningene.

Departementets utgangspunkt for høringsnotatet var at helsepersonellkravet i regelverket for Innsatsstyrt finansiering (ISF) er endret fra 2009. Flere helsepersonellgrupper i spesialisthelsetjenesten foretar polikliniske undersøkelser og behandlinger, enten på selvstendig grunnlag eller i samarbeid med en ansvarlig lege. Fra 2009 er flere spesialisthelsetjenester som i utgangspunktet utføres av andre enn leger også inkludert i beregningsgrunnlaget for ISF-refusjonen. Dagens ulike regelverk kan oppfattes som uklare, og departementet mener det er behov for å samordne ISF-regelverket og forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp, der mulighet for å kunne kreve egenandel reguleres. Endringen kan føre til større fleksibilitet i bruk av personellressursene i spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det viktig å sikre at alle egenandeler betalt ved poliklinisk behandling fanges opp av frikortordningen.

### 8.2 Gjeldende rett

---

Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 er det anledning til å kreve egenbetaling av pasienter som møter til poliklinisk behandling ved institusjon. Det er i forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 (om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak) bare åpnet for å ta egenbetaling i de tilfeller der den polikliniske behandlingen er utført av lege. I medhold av forskrift 18. april 1997 nr. 334 (om egenandelstak 1) omfattes denne

egenbetalingen av egenandelstak 1 og inngår således i opptjeningsgrunnlaget for frikort.

### 8.3 Nærmere om forslaget i høringsnotatet

---

Departementets vurdering i høringsnotatet var at det vil være urimelig om egenandelen pasienten må betale ved konsultasjon/ytelse som er utført av lege, inngår i egenandelstak 1, mens egenbetaling for konsultasjon/ytelse som er utført av annet helsepersonell, ikke inngår i egenandelstaket. Det ble vist til at pasienten i liten grad vil bli skjermet fra den foreslåtte økningen i egenbetalingen uten at regelverket for godkjente egenandeler legges om. Departementet foreslo derfor å endre folketrygdloven § 5-3 første ledd til også å omfatte egenandeler betalt for helsehjelp mottatt poliklinisk av annet helsepersonell enn leger. Dette vil innebære at alle egenandeler som betales ved polikliniske konsultasjoner, vil bli omfattet av egenandelstak 1.

Departementet foreslo i høringsnotatet to nivåer på egenandelene:

1. legespesialist, tannlegespesialist og psykologspesialist
2. annet helsepersonell (herunder allmennleger).

Departementets vurdering var at også relevanskrevet for spesialistutdanningen bør styrkes, og at det må være en relevant sammenheng mellom legens, tannlegens og psykologens kliniske spesialitet og den problemstilling konsultasjonen gjelder for at spesialistegenandel kan kreves. Departementet mente at spesialist i allmennmedisin, i likhet med dagens regelverk, ikke bør regnes som relevant spesialitet.

## 8.4 Høringsinstansenes syn

Et overveiende flertall av de som har uttalt seg, er positive til forslaget om at også helsehjelp som utføres poliklinisk av annet helsepersonell enn lege kan utløse egenandel. Mange understreker at endringen kan føre til større fleksibilitet i bruk av personellressurser i spesialisthelsetjenesten. Flere høringsinstanser etterlyser en definisjon av begrepet «annet helsepersonell».

*Legeforeningen* er negativ til den foreslåtte innretningen, herunder det foreslåtte nivået på egenandelene. *Legeforeningen* er også uenig i at spesialister i allmennmedisin ikke er foreslått regnet som relevant spesialitet og ikke skal kunne kreve spesialistegenandel. *Legeforeningen* ønsker en alternativ modell for inndeling av egenandeler som innebærer inndeling i tre kategorier med tilhørende takster: 1) spesialister 2) leger/psykologer/tannleger i spesialisering og 3) øvrig helsepersonell. *Legeforeningen* ønsker større klarhet i hvilken egenandel som skal kreves når helsepersonell utfører helsetjeneste på delegasjon fra spesialist. *Norsk sykepleierforbund* mener det overordnede målet må være å tilstrebe en «helsepersonellnøytral» finansieringsordning for polikliniske spesialisthelsetjenester som understøtter en forsvarlig og kostnadseffektiv drift. *Sykepleierforbundet* finner de foreslåtte endringene å være et skritt i riktig retning, men ønsker at egenandel ved poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten skal være den samme, uavhengig av hvilken type helsepersonell som utfører helsetjenesten. *Sykepleierforbundet* mener at pasientenes betalingsvilje ikke er knyttet til hvem som yter spesialisthelsetjenesten, men til kvaliteten på og resultatet av den spesialisthelsetjenesten som ytes.

## 8.5 Departementets vurdering

I høringsnotatet framgår det at et formål med forslaget om at helsehjelp utført poliklinisk av annet helsepersonell enn lege kan utløse krav om egenandeler, er behovet for å samordne ISF-regelverket og forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp hva gjelder mulighet for å kunne kreve egenandel. Regelverket for innsattsstyrt finansiering setter vilkår for å kunne utløse ISF-refusjon. Dette innebærer at i tillegg til de grupper som allerede kan kreve egenandel, skal det kunne kreves egenandel for helsehjelp utført av helsepersonell som omfattes av dagens ISF-ordning. Annet helsepersonell vil i 2009 gjelde sykepleiere, jordmødre, psykologer, audio-

grafer og tannleger. Dette vil bli nærmere regulert i forskrift.

Det er departementets vurdering at det er behov for å samordne ISF-regelverket og forskrift om utgifter til poliklinisk legehjelp hva gjelder mulighet for å kunne kreve egenandel, og at endringene kan føre til større fleksibilitet i bruk av personellressursene i spesialisthelsetjenesten. De fleste høringsinstansene støtter dette. Departementet fastholder derfor at det fremmes forslag om å endre folketrygdloven § 5-3 første ledd, slik at det framgår at all helsehjelp som utføres poliklinisk av andre helsepersonellgrupper enn leger, skal omfattes av egenandelstak 1.

Departementet har på bakgrunn av høringsuttalelsene vurdert ulikt nivå på egenandel avhengig av hvilken type helsepersonell som yter helsehjelp, eller lik egenandel uavhengig av helsepersonell. Departementet er av den oppfatning at det er gode grunner for å sette en lik egenandel uavhengig av helsepersonell. Ulik egenandel vil være mer uforutsigbar for pasientene og mer komplisert å administrere. En lik egenandel vil underbygge muligheten for større fleksibilitet i bruk av personellressursene i spesialisthelsetjenesten, men vil i mindre grad understøtte relevanskravet for spesialistegenandel som det ble vist til i høringen. Det legges imidlertid vekt på at man som pasient skal motta spesialisthelsetjenester på poliklinikkene uavhengig av hvilken type helsepersonell som utfører tjenesten. Departementet er enig med *Legeforeningen* i at det ikke er hensiktsmessig at spesialitet i allmennmedisin i denne sammenheng ikke regnes som relevant spesialitet, og at det er behov for større klarhet i hvilken egenandel som skal kreves når helsepersonell utfører helsetjeneste etter delegasjon fra spesialist. Dette vil bli enklere å håndtere med en lik egenandel. Departementet foreslår derfor at i de tilfeller det kan kreves egenandel, vil størrelsen på egenandelen være lik uavhengig av hvilken type helsepersonell som utfører tjenesten. Dette innebærer at en særskilt spesialistegenandel opphører. Ulik kostnad knyttet til helsepersonellgruppene håndteres gjennom finansieringssystemet.

## 8.6 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget

Dagens ulike regelverk kan oppfattes som uklare, og mange virksomheter har i dag en praksis som innebærer at det tas egenandel for helsehjelp gitt av de aktuelle helsepersonellgruppene under henvisning til at helsehjelpen gis etter delegasjon fra lege. Dersom de aktuelle helsepersonellgruppene

Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

på selvstendig grunnlag kan kreve samme egenandel som legespesialister, vil de økonomiske konsekvensene innebære en økning i volum av samlede egenandeler. Det er usikkerhet knyttet til dagens praksis for innkreving av egenandeler ved poliklinisk behandling og dermed også til beregningene av de økonomiske konsekvensene av de foreslåtte endringene. Det anslås at *sykehusene* vil få økte egenandelsinntekter på om lag 15-22 millioner kroner, mens *pasienten* vil få økte utgifter på 6-9 millio-

ner kroner per år. *Staten* vil få økte utgifter på om lag 3-4 millioner kroner som følge av fritak og 6-9 millioner kroner over frikortordningen. Endringene skal gjennomføres innenfor et budsjettøytralt opplegg for helseforetakene.

Forslaget vil ikke medføre administrative eller økonomiske konsekvenser for fylkeskommune eller kommuner.

## 9 Merknader til de enkelte bestemmelsene

### *Til folketrygdloven § 5-3 første ledd ny bokstav d*

Endring i spesialisthelsetjenestelovens tittel innebærer at ny offisiell korttittel benyttes ved henvisning til denne loven.

### *Til folketrygdloven § 5-3 første ledd ny bokstav g*

Forslaget innebærer at også betalte egenandeler ved poliklinisk konsultasjon/behandling av annet helsepersonell enn leger skal inngå i opptjeningsgrunnlaget til egenandelstak 1. Hvilke egenandeler dette vil omfatte, vil framgå av forskrift om egenandelstak 1.

### *Til folketrygdloven § 21-11a*

*Tredje ledd andre punktum* presiserer at arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 fjerde ledd gjelder tilsvarende for utlevering av opplysninger fra Helsedirektoratet til offentlige myndigheter i saker etter kapittel 5. Dette innebærer at departementet kan bestemme at opplysninger kan utleveres til offentlige myndigheter når det er godtgjort at opplysningene er nødvendige for at disse myndighetene skal kunne løse pålagte offentlige oppgaver.

*Fjerde ledd* gir Helsedirektoratet hjemmel til å innhente opplysninger fra Arbeids- og velferdsetaten om en person er minstepensjonist. For å kunne yte god service overfor borgere som mottar minstepensjon, må informasjon om dette lagres i Egenandelsregisteret. Bestemmelsen hjemler både innhenting og lagring, mens helseregisterloven § 15 fjerde ledd gir hjemmel for utlevering av opplysninger om en pasient skal betale egenandel fra Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer. Helsedirektoratet kan delegere oppgaven med innhenting, behandling og utlevering av opplysninger.

*Femte ledd* presiserer at det kan bestemmes i helseregisterloven at helseregisterloven skal gjelde ved behandling av personopplysninger knyttet til ytelser etter folketrygdloven kapittel 5.

### *Til folketrygdloven § 22-13 første ledd*

Hovedregelen etter folketrygdloven er at den som har rett til en ytelse, må sette fram krav for å få ytelsen. Den automatiske frikortordningen forutsetter at det skal fattes vedtak automatisk på bakgrunn av opplysninger om betalte egenandeler innhentet fra andre enn rettighetshaveren. Andre punktum skal ivareta de systemendringene ny automatisk frikortordning krever, og det åpnes for at departementet i forskrift kan bestemme at det kan utleveres frikort uten at rettighetshaveren har fremmet krav. Tredje punktum åpner for at betalte egenandeler utover egenandelstaket kan refunderes uten at rettighetshaveren har fremmet krav. Samme punktum åpner også for å refundere betalte egenandeler der det foreligger andre fritaksgrunner.

Selv om det åpnes for å fatte vedtak og refundere utgifter uten forutgående krav, opphører ikke medlemmets ansvar for selv å kontrollere at aktuelle egenandeler faktisk er registrert. Fristbestemmelsene i paragrafen vil fortsatt gjelde for registrering av egenandeler og utbetaling etter at egenandelstaket er nådd. Latente rettigheter som medlemmet har, vil bli oppfylt dersom de fanges opp automatisk eller på annen måte blir meldt til forvaltningen innen fristen.

### *Til folketrygdloven § 22-19 nytt andre ledd*

Hovedregelen er at beløp under 50 kroner ikke refunderes. I medhold av andre ledd gjelder ikke hovedregelen for refusjonskrav som oppstår etter at et medlem har nådd egenandelstak 1. Alle beløp, uavhengig av størrelse, vil automatisk bli betalt ut når egenandelstak 1 er nådd, og medlemmet har fått frikort.

### *Til helseregisterloven ny § 6 c*

*Første ledd nr. 1* gir hjemmel for at det i forskrift kan gis nærmere regler om etablering av et sentralt saksbehandlingsregister for å avgjøre om det kan treffes vedtak om frikort og refusjon av betalte egenandeler. Forskriften må vedtas av Kongen i Statsråd. Etablering av registeret, som benevnes

Egenandelsregisteret, er nødvendig for innføring av en automatisk frikortordning.

Bestemmelsen viser til pasientrettighetsloven § 2-6, spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 og folketrygdloven § 2-6. Pasientrettighetsloven § 2-6 inneholder regler om rett til dekning av nødvendige utgifter når en pasient må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, og som dekkes etter lov om helseforetak. Det samme gjelder transport i forbindelse med helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5. Spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 regulerer pasientens egenbetaling. Folketrygdloven kapittel 5 gir regler om stønad til helsetjenester. Det vises særlig til § 5-3. Bestemmelsen fastslår at Stortinget fastsetter egenandelstak, som er det høyeste samlede beløp et medlem skal betale i godkjente egenandeler i løpet av et kalenderår.

Første ledd *nr. 2* fastslår at det i forskrift kan gis nærmere regler om etablering av sentrale registre for administrering og samordning av transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Forskrift som nevnt må vedtas av Kongen i Statsråd. Det kan opprettes ett eller flere registre med hjemmel i denne bestemmelsen.

*Andre ledd* bestemmer hva som skal reguleres i forskrift. Det er også gitt eksempler på hva som kan reguleres i forskrift.

*Tredje ledd første punktum* fastslår at helseopplysningene kan behandles uten hensyn til samtykke.

*Andre punktum* presiserer at unntaket fra kravet om samtykke i første punktum ikke omfatter opplysninger om diagnose eller sykdom. Hvis opplysninger om diagnose eller sykdom skal registreres, må samtykke innhentes.

*Tredje punktum* fastslår at den registrerte kan reservere seg mot at opplysninger om betalte egenandeler automatisk registreres i registeret som etableres i medhold av første ledd nr. 1. Videre framgår at den registrerte kan reservere seg mot utlevering av opplysninger om vedkommende skal betale egenandel. Bruk av reservasjonsretten innebærer at pasienten både reserverer seg mot automatisk registrering og mot utlevering av opplysninger. Den registrerte kan ikke velge å reservere seg mot ulevering av opplysninger via Spørretjenesten, men ikke mot automatisk registrering.

Egenandelsregisteret vil i utgangspunktet inneholde identitetsopplysninger (fødselsnummeret eller annen sikker identifikasjon) om alle som er medlem i trygden. En reservasjonsrett vil innebære at det framgår av Egenandelsregisteret at vedkommende har reservert seg, og at det ikke vil være noen automatisk registrering av opplysninger om

egenandeler etter innrapportering fra behandlere og tjenesteytere. Ved henvendelse til Spørretjenesten vil svaret på om vedkommende skal betale egenandel, være «nei/utilgjengelig». En bruker som har reservert seg, må samle på alle kvitteringer for betalte egenandeler og selv sette fram krav om frikort. Eventuelle egenandelsopplysninger som framkommer i registeret om en bruker som har reservert seg, vil være oppgitt av brukeren selv gjennom innsending av krav om frikort.

#### *Til helseregisterloven § 9*

Endringen gir adgang til å pålegge virksomheter og helsepersonell meldeplikt, uten hinder av taushetsplikten, til registre som etableres med hjemmel i ny § 6 c. Forskriftene må konkretisere innholdet i meldeplikten og hvem som har meldeplikt. Plikten omfatter også bandasjister som har avtale om direkte oppgjør etter folketrygdloven § 22-2 i den grad de behandler opplysninger om egenandeler.

#### *Til helseregisterloven § 12*

*Andre ledd* fastslår at helseopplysninger som behandles i registre som nevnt i § 6 c, kan sammenstilles med hverandre i samsvar med formålene med registrene. Bestemmelsen innebærer at opplysninger som er registrert i et av de nevnte registrene, kan sammenstilles med opplysninger i et annet av de nevnte registrene dersom det er nødvendig for å nå formålet med registeret. Et eksempel er sammenstilling av opplysninger i Egenandelsregisteret med opplysninger fra Enkeltoppgjørregisteret.

*Fjerde ledd* fastslår at helseopplysninger som behandles etter første, andre og tredje ledd kan sammenstilles med folkeregisteropplysninger om den registrerte. Bestemmelsen gjelder bare registre som har hjemmel til å behandle identitetsopplysninger (fødselsnummer eller annen opplysning om identitet).

#### *Til helseregisterloven § 15*

*Nytt fjerde ledd* bestemmer at opplysninger om en pasient skal betale egenandel, uten hinder av taushetsplikt, kan gis til helsepersonell og andre som yter tjenester for trygdens regning. De regionale helseforetakene kan likeledes gis opplysningene i den grad de benyttes i forbindelse med oppgjør for syke transport. Opplysninger som kan utleveres er et positivt eller eventuelt negativt svar på om den enkelte pasient skal betale egenandel. Reservasjonsretten etter § 6 c tredje ledd innebærer at slike

Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

opplysninger ikke vil være registrert i Egenandelsregisteret og dermed heller ikke kan utleveres.

*Nytt femte ledd* bestemmer at opplysninger om en pasients navn, transportbehov, om pasienten skal betale egenandel og eventuelt beløpet kan gis til transportør i forbindelse med syketransport. Reservasjonsretten etter § 6 c tredje ledd innebærer at slike opplysninger ikke vil være registrert i Egenandelsregisteret og dermed heller ikke kan utleveres.

*Til spesialisthelsetjenestelovens tittel*

Endringen innebærer at loven får en ny offisiell korttittel.

*Til spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 andre ledd  
nytt tredje punktum*

Endringen er nødvendig for å kunne innlemme syketransport i den automatiske frikortordningen. Bestemmelsen har praktisk betydning når helseforetakene (herunder lokale enheter for pasientreiser) skal gi syketransport. Helseforetakene kan gi

opplysninger til transportør om pasientnavn, transportbehov, om pasienten skal betale egenandel og eventuelt beløpet, uten å måtte innhente samtykke om dette fra pasienten.

Utlevering av opplysninger om henteadresse, leveringsadresse og spesielle behov hos pasienten i forbindelse med reisen forutsettes pasienten å ha gitt samtykke til når han/hun benytter seg av tilbudet om syketransport.

Bestemmelsen fratar ikke helseforetakene ansvar for ikke å utlevere opplysninger til transportører som ikke håndterer opplysningene på en lovlig måte.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m. (innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

---

**Vi HARALD,** Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m. (innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.) i samsvar med et vedlagt forslag.

---



## Forslag

# til lov om endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m. (innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

### I

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd gjøres følgende endringer:

§ 5-3 første ledd skal lyde:

Stortinget fastsetter et egenandelstak 1, som er det høyeste samlede beløp et medlem skal betale i godkjente egenandeler i løpet av et kalenderår for følgende helsetjenester:

- a) legehjelp
- b) psykologhjelp
- c) viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr
- d) reiseutgifter, jf. *spesialisthelsetjenesteloven* § 5-5 nr. 4
- e) radiologisk undersøkelse og behandling
- f) laboratorieprøver
- g) *helsehjelp som utføres poliklinisk*

§ 21-11a tredje ledd skal lyde:

Arbeids- og velferdsforvaltningsloven §§ 6 og 7 første, tredje og femte ledd gjelder tilsvarende for Helsedirektoratet ved behandling av saker etter kapittel 5. *Arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 fjerde ledd gjelder tilsvarende for utlevering av opplysninger fra Helsedirektoratet til offentlige myndigheter i saker etter kapittel 5.*

§ 21-11a nytt fjerde ledd skal lyde:

*Helsedirektoratet, eller det organ Helsedirektoratet bestemmer, har rett til å innhente og lagre opplysning om et medlem er minstepensjonist fra Arbeids- og velferdsetaten. Arbeids- og velferdsetaten plikter å gi ut opplysning om et medlem er minstepensjonist til Helsedirektoratet uten hinder av taushetsplikt.*

Nåværende fjerde, femte og sjette ledd blir henholdsvis femte, sjette og sjuende ledd.

§ 21-11a nytt femte ledd skal lyde:

Helseregisterloven får ikke anvendelse på behandling av personopplysninger i tilknytning til

ytelser etter kapittel 5 med mindre annet framgår av *helseregisterloven*.

§ 22-13 første ledd skal lyde:

For å få en ytelse etter denne loven må den som har rett til ytelsen, sette fram krav. *Departementet kan i forskrift bestemme at frikort kan utleveres uten at det er satt fram krav. Det samme gjelder refusjon av betalte egenandeler for personer med fritak eller refusjon av betalte egenandeler ut over egenandelstaket.*

§ 22-19 nytt andre ledd skal lyde:

*Bestemmelsene i første ledd gjelder ikke for ytelser etter § 5-3 første ledd (egenandelstak 1).*

### II

I lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger gjøres følgende endringer

Ny § 6 c skal lyde:

*§ 6 c Registre for saksbehandling og administrering*  
*Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av registre og behandling av helseopplysninger til følgende formål:*

1. *saksbehandling for å avgjøre om det kan treffes vedtak om frikort og refusjon av betalte egenandeler, jf. pasientrettighetsloven § 2-6, spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 og folketrygdloven kapittel 5*
2. *administrering og samordning av transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 6.*

*Forskriften etter første ledd skal angi hvilke opplysninger som kan behandles i registeret og gi nærmere regler om databehandlingsansvaret for opplysningene, herunder om plassering av ansvar. Forskriften*

Endringer i folketrygdloven og helseregisterloven m.m.  
(innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.)

*kan inneholde bestemmelser om tilgang til opplysningene, tilgangskontroll mv.*

*Helseopplysningene kan behandles uten hensyn til samtykke fra den registrerte. Dette gjelder ikke opplysninger om diagnose eller sykdom. Den registrerte kan reservere seg mot at opplysninger om betalte egenandeler automatisk registreres i registeret som etableres i medhold av første ledd nr. 1 og mot utlevering av opplysninger om den registrerte skal betale egenandel.*

§ 9 skal lyde:

§ 9 *Særlig om innsamling av helseopplysninger til sentrale, regionale og lokale helseregistre, meldingsplikt m.v.*

Virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester i henhold til apotekloven, kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven, plikter å utlevere eller overføre opplysninger som bestemt i forskrifter etter §§ 6 c, 7 og 8 samt etter paragrafen her.

Kongen kan gi forskrifter om innsamling av helseopplysninger etter §§ 6 c, 7 og 8, herunder bestemmelser om hvem som skal gi og motta opplysningene og om frister, formkrav og meldingsskjemaer. Den som mottar opplysningene, skal varsle avsenderen av opplysningene dersom opplysningene er mangelfulle.

§ 12 skal lyde:

§ 12 *Sammenstilling av opplysninger*

Helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister kan sammenstilles med opplysninger om samme pasient i annet behandlingsrettet helseregister, i den grad helseopplysningene kan utleveres etter helsepersonelloven §§ 25, 26 og 45.

*Helseopplysninger som behandles i registre som nevnt i § 6 c kan sammenstilles med hverandre i samsvar med formålene med registrene.*

Helseopplysninger innsamlet etter § 9, kan sammenstilles etter nærmere bestemmelser fastsatt i forskrift etter § 7 og 8.

*Helseopplysninger som behandles etter første, andre og tredje ledd kan sammenstilles med folkeregisteropplysninger om den registrerte.*

Ut over det som følger av denne paragraf, kan helseopplysninger bare sammenstilles når dette er tillatt etter personopplysningsloven §§ 9 og 33.

§ 15 nytt fjerde og femte ledd skal lyde:

*Taushetsplikt er likevel ikke til hinder for utlevering av opplysninger om en pasient skal betale egenandel til helsepersonell eller andre som gir helsehjelp til pasienten eller yter andre tjenester til pasienten som folketrygden er stønadspliktig for. Taushetsplikt er heller ikke til hinder for utlevering av slike opplysninger til helseforetakene i forbindelse med oppgjør for syketransport.*

*Opplysninger om en pasients navn, transportbehov og om pasienten skal betale egenandel og eventuelt beløpet kan gis til transportør i forbindelse med transport som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 6.*

### III

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

Lovens tittel skal lyde:

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (*spesialisthelsetjenesteloven*)

§ 6-1 andre ledd nytt tredje punktum skal lyde:

*Opplysning om en pasients navn, transportbehov og om pasienten skal betale egenandel og eventuelt beløpet kan gis til transportør i forbindelse med transport etter § 2-1a første ledd nr. 6.*

### IV

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.





Tryk: A/S O. Fredr. Amesen, Oktober 2009