

Høringsnotat

Forslag til endringer i folketrygdloven, helseregisterloven og spesialisthelsetjenesteloven - innføring av automatisk frikortordning og etablering av nødvendige registre m.m.

Mai 2009

Innhold

1	Høringsnotatets hovedinnhold.....	4
2	Bakgrunn	4
3	Nærmere om automatisk frikortordning og spørretjenesten ”HarBorgerFrikort”...5	
4	Syketransport.....	7
5	Gjeldende rett	10
5.1	Egenandeler og frikort	10
5.1.1	Innledning	10
5.1.2	Frikort tak 1 og egenandeler	11
5.1.3	Innhenting av opplysninger om betalte egenandeler	11
5.2	Taushetsplikt.....	12
5.2.1	Taushetsplikt etter helsepersonelloven	12
5.2.2	Taushetsplikt etter helseregisterloven.....	12
5.2.3	Taushetsplikt for helseøkonomiforvaltningen (HELFO).....	12
5.2.4	Taushetsplikt etter spesialisthelsetjenesteloven	13
5.3	Regulering av registre.....	13
5.3.1	Personverndirektivet	13
5.3.2	Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK).....	14
5.3.3	Helseregisterloven.....	14
5.3.4	Folketrygdloven	15
5.3.5	Personopplysningsloven	15
6	Departementets vurderinger og forslag	16
6.1	Lovgrunnlag for å utlevere frikort uten at det er satt fram krav	16
6.2	Etablering av et egenandelsregister	16
6.2.1	Innledning	16
6.2.2	Formålet med Egenandelsregisteret	18
6.2.3	Opplysninger i Egenandelsregisteret	18
6.2.4	Meldeplikt til Egenandelsregisteret	19
6.2.5	Tilgang til opplysninger i Egenandelsregisteret – spørretjenesten ”HarBorgerFrikort”	20
6.2.6	Vurdering av personvernkonsekvenser og personvernforebyggende tiltak	21
6.3	Etablering av registre knyttet til administrasjon av syketransport	24
6.3.1	Innledning	24
6.3.2	Register for direkteoppgjør	26

6.3.3	Registre for enkeltoppgjør (enkeltoppgjørsregisteret)	29
6.4	Lovgrunnlag for spørretjenesten "HarBorgerFrikort"	32
6.4.1	Problemstilling	32
6.4.2	Behovet for lovendring	32
6.4.3	Departementets lovforslag	33
6.5	Lovgrunnlag for å gi transportører opplysning om pasienten skal betale egenandel	33
6.5.1	Problemstilling	33
6.5.2	Behovet for lovendring	34
6.6	Særlig om minstepensjonistspørring	35
6.6.1	Innledning	35
6.6.2	Departementets vurdering	35
6.6.3	Behov for lovendring	36
6.7	Særlig om departementets adgang til å dispensere fra taushetsplikt	36
7	Særlig om forholdet til høringsnotat sendt ut i desember 2008	37
7.1	Kort om forslagene i tidligere høringsnotat og uttalelser til dette	37
7.2	Forholdet mellom betalte egenandeler og utfakturerte egenandeler	38
7.3	Muligheten for sanksjoner ved manglende innsending	38
7.4	Innsendingsplikten - merknad fra Legeforeningen	38
8	Administrative og økonomiske konsekvenser	39
8.1	Innledning	39
8.2	Virkning for brukerne	40
8.3	Virkning for helsepersonell og andre tjenesteytere	41
8.4	Virkning for forvaltningen	43
8.5	Oppsummering	44
9	Merknader til lovforslagene	44
10	Forslag til lovendringer	47
11	Forslag til forskrifter	49

1 Høringsnotatets hovedinnhold

Høringsnotatet inneholder forslag til lovendringer for å følge opp Stortingets tilslutning til å innføre en nasjonal automatisk frikortordning. Det blir redegjort for bakgrunnen for innføring av en slik ordning i *kapittel 2*, mens det i *kapittel 3* framgår nærmere hva ordningen går ut på. *Kapittel 3* inneholder også en beskrivelse av en elektronisk spørretjeneste kalt ”HarBorgerFrikort”.

I *kapittel 4* blir det redegjort for administrering av syketransport og digitalisering av saksbehandling ved enkeltoppgjør og direkteoppgjør. *Kapittel 5* gir en beskrivelse av gjeldende rett på området, mens *kapittel 6* inneholder departementets vurderinger og forslag til lovendringer.

Departementets foreslår endringer både i folketrygdloven, helseregisterloven og spesialisthelsetjenesteloven. Forslagene må anses som juridiske konsekvenser av å innføre en automatisk frikortordning. Det foreslås en ny bestemmelse i folketrygdloven som presiserer at departementet kan bestemme at frikort kan utleveres uten at det er satt fram krav.

Det foreslås også lovendringer som skal legge til rette for innføring av spørretjenesten ”Har Borger Frikort.” Denne spørretjenesten skal gjelde for helseforetakene, helsepersonell og andre som yter tjenester for trygdens regning. Det foreslås nye bestemmelser i helseregisterloven og spesialisthelsetjenesteloven som gjør unntak fra taushetsplikten, slik at opplysninger om brukers frikortstatus m.m. kan utleveres.

Høringsnotatet inneholder også vurderinger og forslag om lovgrunnlag for etablering av et egenandelsregister og registre for digitalisering av saksbehandling og administrasjon knyttet til oppgjør for syketransport. Det foreslås nye bestemmelser i helseregisterloven som gir hjemmel for disse registrene. I tillegg foreslås nye bestemmelser i folketrygdloven som gir adgang til å innhente og behandle opplysninger om brukerens minstepensjoniststatus.

I *kapittel 7* blir det redegjort for administrative og økonomiske konsekvenser av etablering av en nasjonal automatisk frikortordning og foreslåtte lovendringer for administrasjon og forvaltning av syketransport .

Kapittel 8 inneholder merknader til de enkelte lovforslagene, som er samlet i *kapittel 9*.

2 Bakgrunn

Trygden yter refusjon av utgifter pasienter har til helsehjelp, med unntak av utgifter til syketransport, som dekkes av de regionale helseforetakene. Forvaltningsansvaret for helserefusjonsområdet ble overført fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til Helsedirektoratet fra 1. januar 2009. Saksbehandlingen er regulert i folketrygdloven *kapittel 5* (stønad ved helsetjenester) og er lagt til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), som er Helsedirektoratets ytre forvaltningsapparat på dette området. Arbeids- og velferdsetaten har inntil videre fått delegert myndighet til å behandle saker som gjelder egenandeler og utstedelse av frikort.

Ansvar for syketransport (dekning av utgifter til pasienters reiser til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten) ble fra 1. januar 2004 overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Ansvar inkluderer finansieringsansvar og ansvar for å sørge for nødvendig transport, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Retten til dekning av nødvendige utgifter til syketransport er regulert i pasientrettighetsloven § 2-6. Helseforetakene skal fra 1. januar 2010 overta ansvaret fullt ut.

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 å utvikle en slik ordning, som 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. Forslagene i dette høringsnotatet omfatter de juridiske konsekvensene av å innføre en automatisk frikortordning for helsetjenester som omfattes av egenandelstak 1.

Innføring av en automatisk frikortordning er et viktig bidrag for å gjøre offentlig sektor enklere og mer brukervennlig. Forvaltningen av egenandelsområdet er i dag preget av omfattende manuelle registreringsrutiner, og saksbehandlingen ved de ulike 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 frikort. NAV vil få frigjort ressurser til å rendyrke sin innsats for å få flere brukere i arbeid og aktivitet.

En automatisk frikortordning og digitalisering av saksbehandlingen ved syketransport reiser flere problemstillinger knyttet til personvern. Endringer i regelverket som er nødvendige for å få iverksatt ordningen, må tilfredsstille gjeldende krav til personvern, bl.a. EUs personverndirektiv (95/46/EU) og Menneskerettskonvensjonen artikkel 8, jf. også personopplysningsloven og helseregisterloven.

3 Nærmere om automatisk frikortordning og spørretjenesten ”HarBorgerFrikort”

Etablering av en nasjonal automatisk frikortordning innebærer en endring av dagens system for refusjon av egenandeler. 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 krav blir frikortet sendt i posten. Samtidig blir det beløpet brukeren har betalt ut over egenandelsaket, godskrevet brukerens konto. Dersom brukeren har oversittet fristen på seks måneder, tapes retten til å få utgiftene refundert.

Den automatiske frikortordningen forutsetter at behandlere og tjenesteytere som inngår i ordningen med egenandelstak 1, herunder helseforetakene, sender inn

opplysninger om brukerens betalte egenandeler til HELFO. Opplysningene skal fortløpende lagres i en egenandelsteller, det vil si et register over egenandeler (heretter omtalt som Egenandelsregisteret). Basert på de innsendte opplysningene skal pasienten automatisk få tilsendt frikortet i posten når egenandelstaket er nådd, og utlegg utover taket skal automatisk bli satt inn på brukers konto. Målet er at dette skal skje innen 3 uker etter at taket er nådd. I dag sendes opplysninger om betalte egenandeler 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 skal skje elektronisk.

Den automatiske ordningen vil for brukerne innebære en enklere tjeneste ved at de ikke må sette fram krav om frikort overfor NAV-kontorene. Brukerne kan velge å samle på kvitteringene for egen kontroll og oversikt over registrerte egenandeler. Det er 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. Etter planen vil ordningen bli utvidet til også å gjelde helsetjenester som omfattes av egenandelstak 2. 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 5.2 redegjort for hvilke tjenester de forskjellige egenandelstakene omfatter,

Brukerne må kontakte HELFO for å få tilsendt brev med oversikt over innrapporterte egenandeler. På sikt skal brukerne også kunne hente informasjon om registrerte egenandeler og sin egen frikortsaldo på internettsiden Min Side, bestille duplikat av frikort og reservere seg. Å ta i bruk Min Side til disse formålene forutsetter imidlertid at denne elektroniske tjenesten har sikkerhetsnivå 4.

Det framgår av § 5 i forskrift om egenandelstak 1 at egenandeler for barn mellom 12 og 16 år kan samordnes med en av foreldrene og søsken i alderen 12-16 år ved beregning av frikort. Reglene om samordning for familiegrupper er utfordrende å håndtere med den automatiske frikortordningen fordi barn mellom 12 og 16 år 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 frikort, fordi dette i visse tilfeller kan føre til at det gis ut taushetsbelagt informasjon om barn til foreldre. Med dette som utgangspunkt skal ikke den automatiske frikortordningen omfatte brukere mellom 12 og 16 år. Dette betyr at det ikke utstedes frikort til barn under 16 år på bakgrunn av automatisk innmeldte egenandeler. For disse brukerne skal dagens ordning med manuell innsending av krav om frikort fortsatt

gjelde. Det kalenderåret barnet fyller 16 år, håndteres imidlertid egenandelene til barnet slik at disse telles automatisk i løsningen. Dette er nødvendig for å ivareta barnets rett til frikort etter fylte 16 år.

Egenandelsregisteret vil basere seg på opplysninger som tilgjengeliggjøres på bakgrunn av den enkelte personens medlemskap 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 imidlertid gis de samme rettigheter til helsetjenester i Norge som medlemmer av folketrygden. Det betyr blant annet at disse personene ikke skal betale mer i egenandeler for helsetjenester enn medlemmer av folketrygden, og de har derfor også krav på frikort når egenandelstaket er nådd.

Den automatiske frikortordningen vil bare kunne utstede automatisk frikort til personer med norsk fødselsnummer eller D-nummer. I praksis innebærer dette at personer uten fødselsnummer eller D-nummer som har nådd egenandelstaket og derigjennom har krav på frikort, selv må framsette krav om frikort ved å sende kvitteringene til HELFO, som vil foreta en manuell behandling av kravet.

Bakgrunnen for at personer uten norsk fødselsnummer eller D-nummer ikke omfattes av den automatiske frikortordningen, er i all hovedsak at forvaltningen ikke har noen adresse å sende frikortet til.

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. Denne elektroniske spørretjenesten blir kalt "HarBorgerFrikort". 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 en slik spørretjeneste for beregning av refusjon av utgifter til syketransport der pasienter har lagt ut for reisen. I tillegg kan behandlere og tjenesteytere ved å benytte en slik tjeneste få bekreftet om brukeren har frikort. Dette kan hindre unødig innkreving av egenandeler der bruker har mistet /glemt frikortet eller venter på at vedtak om frikort blir mottatt. Spørretjenesten kan også ha en kontrollfunksjon ved at den hindrer misbruk.

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 de totale egenandelene for helsetjenester som faller inn under tak 1 (egenandeler betalt før og etter at taket er nådd). I dette kapitlet belyses særlige problemstillinger knyttet til syketransport.

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 oppnådd 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 helseforetakene overtok finansieringsansvaret for syketransport, overtok de ansvaret for kjørekontorene og transportkonsulenter som var etablert i daværende trygdeetaten 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 direkteoppgjør og behandling av enkeltoppgjør fortsatt skulle utføres i trygdeetaten. Det ble inngått avtaler om kjøp av oppgjørstjenester mellom de regionale helseforetakene og Arbeids- og velferdsdirektoratet (tidligere Rikstrygdeverket). De regionale helseforetakene betaler i alt 100 mill kroner ekskl. merverdiavgift for oppgjørstjenester i 2009. 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, informasjon 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 overta det fulle ansvaret også for enkeltoppgjørene, reiseplanlegging, informasjon og veiledning.

Direkteoppgjør

Da de regionale helseforetakene overtok administrasjonsansvaret for direkteoppgjør i januar 2006 ble det besluttet etablert et felles IKT-system, Nasjonalt informasjonssystem for pasienttransport (NISSY). Formålet med NISSY er å administrere ikke-akutt syketransport til og fra helseinstitusjoner og sikre effektiv utnyttelse av transportkapasitet. NISSY omfatter rekvisisjon, bestilling og tilordning av transport for direkte oppgjør samt oppgjør til transportørene, HELFO og Arbeids- og velferdsdirektoratet. NISSY benyttes av sykehusene, av helseforetakenes lokale enheter for pasientreiser og av deler av primærhelsetjenesten. Lokale enheter for pasientreiser er en generell 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 transport til behandling for å bekrefte at de skal ha transport. Rekvirerte reiser som er bekreftet, går over til planleggingsmodulen.

Der koordineres transportbehov med tilgjengelige transportmidler, og bestilling sendes transportøren.

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 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), eventuelle andre behov (for eksempel om pasienten må hentes i en særskilt etasje) 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, eventuelle andre behov 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 til HELFO der pasienten har reist med frikort for refusjon av egenandel.

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 samordnings- og koordinerende funksjoner, samt oppgaver som postmottak, skanning, utsending av vedtaksbrev og gjennomføring av utbetaling. Denne organiseringen er i tråd med beslutninger i foretaksmøter i de regionale helseforetakene i januar 2008.

Pasienten sender søknad om dekning av reiseutgifter til Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS. Selskapet registrerer saken og sender refusjonskravet til det

aktuelle helseforetaket ved lokal enhet for pasientreiser, som har ansvar for å behandle kravet. Dette helseforetaket behandler kravet og fatter vedtak. I saksbehandlingen skal det gjøres en spørring mot Egenandelsregisteret via "HarBorgerFrikort"-tjenesten for å få avklart om pasienten har frikort. og Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS sender ut vedtaket til pasienten og utbetaler refusjonen. Ved innvilgelse av krav om dekning av reiseutgifter belastes pasienten med en egenandel, med mindre pasienten har oppnådd frikort eller det foreligger andre fritaksgrunner. Der pasienten belastes egenandel må helseforetaket, så snart som mulig melde inn dette til HELFO.

Saksbehandling av refusjonskrav ved enkeltoppgjør forutsetter følgende:

- adgang for helseforetaket ved lokale enhet for pasientreiser til å innhente informasjon fra HELFO om pasienten har frikort
- 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 trafikalt 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 til HELFO der pasienten har reist med frikort.

Departementet er kjent med at det er søkt Datatilsynet om konsesjon for de tre ovennevnte registrene. I høringsnotatet er det foreslått lovhjemmel og forskrifter for alle tre registrene.

For vurdering og forslag til bestemmelser om registre knyttet til syketransport vises det til punkt 6.3. Det vises særskilt til departementets vurderinger i punkt 6.2.6 av personvernkonsekvenser og personvernforebyggende tiltak.

5 Gjeldende rett

5.1 Egenandeler og frikort

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, syketransport, radiologisk undersøkelse og behandling og laboratorieprøver.

Fra 1. januar 2003 ble det innført en ny frikortordning, egenandelstak 2, som omfatter utgifter til 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 Frikort tak 1 og egenandeler

Stortinget fastsetter årlig det høyeste samlede beløpet som skal betales i godkjente egenandeler i løpet av et kalenderår (frikortbeløpet). Betalte egenandeler utover det fastsatte frikortbeløpet gir brukere rett til frikort, samt å få refundert fremtidige egenandeler. For 2009 er frikortbeløpet 1780 kroner for egenandelstak 1.

Forskrift 18. april nr. 1997 nr. 334 om egenandelstak 1 § 3 gir bestemmelser om hvilke utgifter som godtas som egenandeler. Forskriftens § 2 andre ledd avgrenser ordningen med frikort 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 vil utstedelse av frikort kunne 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 konkret vil bli 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 frikortordningen vil rapporteringsplikt være løsrevet fra konkrete saker om frikort. I tillegg vil de egenandeler som innrapporteres, ikke alltid være nødvendige for behandlingen av 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 vil derfor bli nødvendig å ha en slik hjemmel.

5.2 Taushetsplikt

5.2.1 Taushetsplikt etter helsepersonelloven

Taushetsplikten i helsetjenesten reguleres etter et tosporet system. Helsepersonell som arbeider i helseinstitusjon, vil ha taushetsplikt både etter helsepersonelloven og etter forvaltningsloven. Det samme vil annet personell i helsetjenesten og helseforvaltningen, for eksempel administrativt personell som behandler helseopplysninger etter helseregisterloven, jf. helseregisterloven § 15.

Helsepersonellovens hovedregel om taushetsplikt følger av § 21:

”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige 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 og brukeres 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 pasientadministrative 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 utfører oppgaver/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 opparbeidet seg frikort eller ikke, regnes som en opplysning om ”noens personlige forhold”. Utgangspunktet er derfor at HELFO ikke kan utlevere opplysningen med mindre det fins hjemmel i lov.

Forslaget i dette høringsnotatet om at Egenandelsregisteret skal reguleres av helseregisterloven vil innebære at opplysningene i registeret også er vernet av helsepersonelloven regler om taushetsplikt.

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 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.

Taushetsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 tredje ledd gir også strenge begrensninger i hva slags opplysninger som kan utleveres til andre forvaltningsorganer. I korte trekk innebærer disse begrensningene at adgangen til å gi opplysninger til andre forvaltningsorganer, herunder politiet, er innskrenket til å gjelde tilfeller der det er nødvendig for løsning av oppgaver etter spesialisthelsetjenesteloven eller for å ”forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse”.

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. Personopplysningsloven og helseregisterloven er i stor grad utformet etter dette

direktivet. 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.

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 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 register. 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 blant annet bidra til informasjon og kunnskap om befolkningens helseforhold 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”*.

Helseopplysninger i 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, må det innhentes konsesjon, jf. helseregisterloven § 5 og personopplysningsloven § 33, jf. §§ 8 og 9.

Helseregisterloven inneholder en rekke bestemmelser om behandling av helseopplysninger. Krav om formålsbestemthet, saklighet og relevans er inntatt i § 11, regler om sammenstilling av helseopplysninger i § 12 og tilgang til opplysninger i den databehandlingsansvarliges og databehandlers institusjon er regulert i § 13.

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 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 direkte eller indirekte 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 Datatilsynet, jf. personopplysningsloven § 33.

Personopplysningen med tilhørende personopplysningsforskrift inneholder en rekke krav for behandling av helseopplysninger, 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 Departementets vurderinger og forslag

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

Alle som ønsker å få ytelser 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, slik at det bør presiseres at det kan gjøres unntak.

Departementet foreslår å tilføye en forskriftshjemmel i første ledd i § 22-13, som innebærer at departementet får en begrenset adgang til å gjøre unntak fra lovens hovedregel. Departementet ønsker med dette å tilpasse regelverket for egenandeler og frikort til den tekniske løsningen som er valgt for frikortordningen. En forskriftshjemmel er etter departementets vurdering et godt alternativ til å gjøre unntak i selve lovteksten. Ønsket om på sikt å ta inn egenandeler og frikortkrav knyttet til egenandelstak 2 taler for å velge en slik løsning. Departementet forslag til lov og forskriftsendringer framgår i kapittel 9.

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 må lovfestes en klar 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 5.4.2, men det er i folketrygdloven gjort unntak for opplysninger tilknyttet ytelser etter kapittel 5. Departementet foreslår at alle de nevnte registrene hjemles i helseregisterloven, fordi det nå er helseforvaltningen som 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 trygderettslige 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 over oppgjør for syketransport opprettes av rent 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.

Det må utarbeides forskrifter for etablering av registrene. Forskriftene må angi hvilke opplysninger som kan behandles i registeret og gi nærmere regler om behandling av opplysningene, herunder om plassering av ansvar. Forskriftene kan også gi utdypende bestemmelser om tilgang til opplysningene, tilgangskontroll mv. og brukerens adgang til eventuelt å motsette seg utlevering av opplysninger fra registeret.

Egenandelsregisteret foreslås regulert i ny § 6 c nr. 1, mens registrene knyttet til administrasjon av syketransport foreslås regulert 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 knyttet til syketransport vil bli gitt i punkt 6.3.

Forslaget går ut på at opplysninger om alle betalte egenandeler som potensielt kan føre til frikort tak 1, skal samles og registreres i HELFO (Egenandelsregisteret). Opplysningene skal sendes inn direkte fra behandlere og tjenesteytere som har inngått avtale om direkte oppgjør. I tillegg skal helseforetakene sende inn opplysninger om betalte egenandeler for syketransport.

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 frikort 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 frikort 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 vurderes nedenfor, ivareta hensynet til de brukerne som ikke ønsker at det skal skje en utlevering av opplysninger om vedkommende har frikort.

6.2.2 Formålet med Egenandelsregisteret

Formålet med etablering av et egenandelsregister og behandling av opplysningene i registeret er å sikre en god og effektiv forvaltning av frikort/egenandeler. Den automatiske frikortordningen vil sikre alles rett til frikort, og følgelig bidra til å utjevne sosiale ulikheter innen helse. Ordningen vil også bidra til betydelig reduksjon av arbeidsmengden i forvaltningen.

En reduksjon i arbeidsbelastning vil ha stor betydning for gjennomføringen av NAV-reformen. Det er lokale NAV kontor som har ansvaret for saksbehandlingen knyttet til egenandeler og frikort. En ressursbesparelse kan gi større fokus på kjerneoppgavene for Arbeids- og velferdsetaten, som er å få flere i arbeid og aktivitet. Videre vil ordningen bedre kontrollen med stønadsmidlene. Dagens rutiner for behandling av krav om frikort har store utfordringer når det gjelder kontroll med utbetalingene. Systemet baserer seg i all hovedsak på manuelle rutiner i flere ledd, både i forvaltningen og hos de ulike behandlerne og tjenesteyterne. Det er departementets oppfatning at innføring av en automatisk frikortordning vil styrke kvaliteten i kontrollarbeidet og begrense feilutbetalinger knyttet til egenandeler/frikort. Samtidig vil ordningen bedre servicen overfor alle som har rett til frikort tak 1 og for de som yter tjenester som omfattes av frikort tak 1.

Departementet foreslår at formålet for registeret er administrativ saksbehandling av utstedelse av frikort og refusjon av egenandeler. Dette innebærer at medlemmer av folketrygden slipper å samle på kvitteringer og slippe å fremsette krav om frikort tak 1. Anonyme opplysninger fra registeret kan gi departementet data som bidrar til god styring av egenandelstaket som et velferdsgode. Departementet mener at opplysninger i registeret ikke skal benyttes til andre formål enn de her nevnte.

Departementet foreslår at Helsedirektoratet skal være databehandlingsansvarlig for Egenandelsregisteret, og at HELFO skal være databehandler.

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. Formål med egenandelsregisteret er å sikre god og effektiv forvaltning av frikort/egenandeler, jf. ovenfor.

Departementet mener at følgende opplysninger kan være relevante og nødvendige å samle inn:

- navn, fødselsnummer eller annen sikker identifikasjon

- behandler/tjenesteyters navn, organisasjonsnummer og kommunenummer
- tjenestetidspunkt
- egenandelsbeløp/takst. Her er det bare summen som skal registreres, ikke *hva* brukeren har *betalt* for
- eventuell fritaksgrunn. Dette kan for eksempel være svangerskap, minstepensjonist, vernepliktig, mv. Opplysninger om diagnose skal ikke registreres i Egenandelsregisteret
- at brukeren har reservert seg mot utlevering av opplysninger

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 brukerne en bedre tjeneste, samtidig som løsningen blir mer effektiv for behandlerne og tjenesteyterne. Dette taler for at følgende fritaksgrunner bør registreres i Egenandelsregisteret:

- barn under 12 år
- frikort
- minstepensjonist
- yrkesskade
- kommunalt frikort (forevist)
- krigsskade
- krigspensjonist
- vernepliktig/militær
- om andre, ikke spesifiserte fritaksgrunner foreligger (ikke diagnose).

På den annen side kan det hevdes at personvern hensyn taler mot at også opplysninger om fritaksgrunner skal registreres. Departementet er i tvil om Egenandelsregisteret også bør innholde slike opplysninger og oppfordrer høringsinstansene til å kommentere dette nærmere.

Selv om det er et begrenset sett med opplysninger som skal samles inn til registeret, legger departementet til grunn at opplysningene - sett i sammenheng - i de fleste tilfelle må anses for å være helseopplysninger. Navnet på behandler og institusjon kan i seg selv avsløre sykdomsgruppe. Dette innebærer at opplysningene som et utgangspunkt vil omfattes av taushetsplikten i helsepersonelloven og forvaltningsloven.

6.2.4 Meldeplikt til Egenandelsregisteret

I helseregisterloven § 9 er det inntatt en egen bestemmelse om meldeplikt til ulike sentrale helseregistre. For at helsepersonell og virksomhet 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.

Bandasjist er i forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter (Reseptformidlerforskriften) definert som salgssted for medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler som har avtale med Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer om direkte oppgjør for bandasjistforretninger.

Ifølge helseregisterloven § 3 tredje ledd kan Kongen i statsråd i forskrift bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for behandling av helseopplysninger utenfor helseforvaltningen og helsetjenesten for å ivareta formål som beskrevet i § 1. Av forarbeidene til bestemmelsen framgår det at personvern hensynene kan være en selvstendig grunn for å la lovens regler komme til anvendelse på behandling av helseopplysninger. Det vises til punkt 6.2.1.

Departementet antar at i den grad bandasjister gis adgang til å behandle opplysninger om betalte egenandeler til bruk for helsetjenesten, må det også kunne gis nærmere regler i forskrift om hvordan opplysningene skal behandles. Det innebærer at dersom en bandasjist har avtale med Arbeids- og velferdsetaten, Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer, om rett til direkte oppgjør, jf. folketrygdloven § 22–2, må bandasjist også kunne pålegges å melde inn opplysninger om betalte egenandeler.

6.2.5 Tilgang til opplysninger i Egenandelsregisteret – spørretjenesten ”HarBorgerFrikort”

Departementet foreslår at det opprettes en spørrefunksjon i Egenandelsregisteret som gir den som spør, svar på om brukeren har frikort eller ikke. Svaret på spørsmålet vil enten være ja eller nei/utilgjengelig. Grunnen til at nei/utilgjengelig skal være et svaralternativ, er at reservasjonsadgangen skal være reell. Hvis en bruker kommer til en behandler eller tjenesteyter med frikort i hånda, skal dette overstyre et nei fra spørretjenesten ”HarBorgerFrikort”. Den som spør, skal ikke få vite om en bruker ikke har frikort, eller om vedkommende har reservert seg mot utlevering av opplysningene. Det er bare en avgrenset gruppe av behandlere og tjenesteytere som vil få tilgang til spørretjenesten ”HarBorgerFrikort”. En forutsetning må være at tilgang til en slik tjeneste er relevant og nødvendig for vedkommendes arbeidsoppgave.

Utgangspunktet for en vurdering av hvem som skal få tilgang til spørretjenesten ”HarBorgerFrikort” må baseres på tjenestelig behov. Tilgang til denne tjenesten kan være avgjørende for at arbeidsoppgavene kan utføres. Departementet mener at behandlere og tjenesteytere som kan kreve egenandel fra brukerne, bør få tilgang til spørretjenesten ”HarBorgerFrikort” ved tjenestelig behov.

Departementet har vurdert om helseregisterloven § 13 vil være til hinder for en slik tilgang. Behandlere og tjenesteytere som har tilgang til spørretjenesten "HarBorgerFrikort", vil få tilgang til en spørring om en konkret person, der de trenger opplysning om frikort ut fra tjenestelig behov. Spørringen vil foregå som en elektronisk melding der den som spør sender inn fødselsnummer/dnr for pasienten og får en elektronisk melding tilbake med svaralternativer "ja" eller "nei/utilgjengelig".

Behandlere og tjenesteytere vil ikke logge seg på Egenandelsregisteret og heller ikke få tilgang til nedlasting av registeret eller deler av registeret.

Departementet mener på denne bakgrunn at helseregisterloven § 13 ikke til er til hinder for spørretjenesten "HarBorgerFrikort".

6.2.6 Vurdering av personvernkonsekvenser og personvernforemmende tiltak

Samtykke

Personvern dreier seg om et knippe rettigheter knyttet til vern av integritet, vern av retten til å være 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 hva personen 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.

Selv om den foreslåtte innrapporteringen til Egenandelsregisteret ikke vil gi opplysninger om diagnose eller sykdom, kan det hevdes at den vil gi opplysninger om omfanget av helsehjelp den enkelte har mottatt. Departementet mener – på tross av dette - at ulempen ved et absolutt krav om samtykke fra personen kan være større enn ulempen ved at det ikke stilles krav om samtykke. 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. Dette vil innebære at personen ikke får tilbakebetalt det vedkommende har krav på. Departementet mener at dette, sammenholdt med at opplysningene i registeret bare skal brukes til administrative formål – det kan for eksempel ikke inneholde opplysninger om diagnose - tilsier at opplysningene kan innhentes og behandles uten samtykke.

Rett til å reservere seg

Selv om departementet mener at personvernulempen ved å registreres i Egenandelsregisteret i utgangspunktet må anses som liten, kan det ikke legges til grunn at dette gjelder alle for brukere av helsetjenester. Noen brukere eller brukergrupper kan kanskje føle seg ubekvemme med at behandler eller 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.

En reservasjonsrett vil innebære at den enkelte kan reservere seg mot at opplysninger om egenandeler automatisk¹ sendes og lagres i Egenandelsregisteret. I tillegg kan den enkelte reservere seg mot at opplysninger om frikortstatus og eventuell minstepensjoniststatus blir utlevert til behandlere og tjenesteytere i forbindelse med spørringene "HarBorgerFrikort" og "ErBorgerMinstepensjonist" (jf. punkt 6.2.5, 6.4 og 6.6). En rett til å reservere seg mot automatisk innsending og lagring av egenandelsopplysninger vil innebære at det merkes av for dette i Egenandelsregisteret, og at alle automatisk innmeldte egenandelsopplysninger slettes.

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

Det kan hevdes at det å tilrettelegge for en reservasjonsrett vil "undergrave" den automatiske frikortordningen og gjøre den mindre effektiv/funksjonell. En reservasjonsadgang kan føre til forsinkelser og vil innebære mer manuelt arbeid. På den annen side taler personvern hensyn for en reservasjonsadgang. Departementet er i tvil om en reservasjonsrett bør innføres og oppfordrer høringsinstansene til å gi kommentere dette nærmere.

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 § 13a, 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.

Sammenstilling med andre registre

Det vil være aktuelt å sammenstille opplysninger i registrene for direkte oppgjør og enkeltoppgjør med Egenandelsregisteret. Disse registrene er nærmere omtalt i punkt 6.3. For å få en klar hjemmel til en slik sammenstilling foreslår

¹ Opplysningene sendes direkte til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) i forbindelse med direkte oppgjør etter folketrygdloven § 22-2. Spørsmålet her gjelder om opplysningene skal sendes videre til Egenandelsregisteret.

departementet at det gjøres endringer i helseregisterloven § 12. Bestemmelsen regulerer sammenstilling av helseopplysninger. Departementet foreslår at det tas inn en ny bestemmelse i andre ledd om at helseopplysninger som behandles i registre som nevnt i § 6c, 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, foreslår departementet at helseregisterloven § 12 første ledd annet 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.

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 all egenandelsinformasjon som samles inn, bli tilgjengelig for den enkelte bruker på MinSide, men dette kan først skje når MinSide har det nødvendige sikkerhetsnivå 4. 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.

Overskuddsinformasjon

Etablering av Egenandelsregisteret innebærer at det også vil inneholde overskuddsinformasjon. Det gjelder egenandelsopplysninger om brukere som ikke når egenandelstaket 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 om oppbevaringstid.

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 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/diagnose. 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 konsekvenser 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 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 administrasjon av syketransport

6.3.1 Innledning

De regionale helseforetakene har etablert et felles IKT-system, NISSY, for å samordne transporttjenester og utnytte transportkapasitet for syketransport der pasienten reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør). Systemet er nærmere beskrevet i kapittel 4. Etter at de regionale helseforetakene fikk ”sørge for -ansvaret” for syketransport i 2004, har bedret samordning av tjenestene og anbud med transportører ført til bedre kontroll med utgifter til syketransport. Ved å samle ansvaret for spesialisthelsetjeneste og utgifter til transport av pasienter hos en aktør, er det lagt til rette for behandling nær pasientens bosted når dette er til fordel for pasienten. Endringen har ført til lavere utgifter til syketransport. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet har lagt til grunn at overføring av enkeltoppgjør for syketransport fra Arbeids- og velferdsetaten til de regionale helseforetakene skal gjennomføres innen

31.12.2009, jf omtalen under punkt 4. Ordningen forutsetter at det etableres personidentifiserbare registre over krav fra pasienter relatert til dekning av reiseutgifter (heretter omtalt som saksbehandlingsregister), et innkallingsregister og et oppmøtereister. Saksbehandlingsregisteret må ha tilgang til innkallingsregisteret og til oppmøtereisteret.

I dette høringsnotatet foreslås det en klar lovhjemmel for behandling av personidentifiserbare helseopplysninger slik ordningen med administrasjon av sykefrakort krever.

Departementet har vurdert i hvilken lov det er naturlig å hjemle registre knyttet til administrasjon av sykefrakort og har funnet det mest naturlig å foreslå en helt ny bestemmelse i helseregisterloven, ny § 6 c. Registerne knyttet til administrasjon av sykefrakort foreslås regulert i ny § 6 c nr. 2. mens Egenandelsregisteret foreslås regulert i ny § 6 c nr. 1, jf. innledningen i punkt 6.2.

En slik regulering innebærer at det må utarbeides en forskrift for register til bruk ved direkteoppgjør og enkeltoppgjør. Forskriftene må angi hvilke opplysninger som kan behandles i registerne og gi nærmere regler om databehandlingsansvaret for opplysningene, herunder om plassering av ansvar. Forskriftene kan også gi utdypende bestemmelser om tilgang til opplysningene, tilgangskontroll og krav til når opplysningene skal slettes.

Departementet foreslår at Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS, som eies av de regionale helseforetakene i fellesskap, skal være databehandlingsansvarlig for registerne for administrasjon av enkeltoppgjør, og at helseforetakene skal være databehandler.

Departementet har særlig vurdert hvem som bør være databehandlingsansvarlig for registeret for administrasjon av direkteoppgjør. Departementet har vurdert to alternative løsninger. Et alternativ er at det regionale helseforetaket, som har det overordnede ansvaret for sykefrakort, er databehandlingsansvarlig for registeret, og at helseforetak som behandler opplysninger i forbindelse med direkteoppgjør, er databehandler. Et annet alternativ er 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. I dag er Norsk Helsenett AS driftsleverandør av registeret. Departementet mener at en styrke med det først nevnte alternativ er at det bare blir en databehandlingsansvarlig for registeret. Departementet vurderer det imidlertid som en ulempe at den databehandlingsansvarlige (RHF) ikke er ansvarlig for oppgaven, og da heller ikke vil ha noen befatning med registeret. Selve tjenesten sykefrakort er helseforetakenes ansvar. Alternativ to ovenfor innebærer at det enkelte helseforetaks databehandlingsansvar er begrenset til de opplysningene i registeret som behandles av helseforetaket i forbindelse med den transportplanleggingen de utfører i registeret. Det regionale helseforetaket, som har det overordnede ansvaret for sykefrakort, vil i tillegg være databehandlingsansvarlig. En svakhet ved dette alternativet er at det vil være to databehandlingsansvarlige for opplysningene som behandles i registeret. Dette løses praktisk ved at det inngås likelydende databehandleravtaler mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene på den ene siden og driftsleverandør på

den andre siden. For å få til en effektiv samordning av syketransport og utnyttelse av transportkapasiteten forutsetter dette at det etableres et nasjonalt system. Dette ligger innenfor de regionale helseforetakenes ”sørge for ansvar”. Departementet mener at det regionale helseforetaket, som har det overordnede ansvaret for administrasjon av ordningen, derfor bør ha et ansvar for registeret. Imidlertid er helseforetakene ved de lokale enheter for pasientreiser ansvarlig for selve tjenesten, og disse må derfor behandle opplysningene fordi det er nødvendig for at de kan gjennomføre sine oppgaver. Departementet mener at helseforetakene som behandler opplysninger for administrasjon av direkteoppgjør, også bør være databehandlingsansvarlig for sin behandling av opplysninger. Departementet foreslår derfor alternativ to. Departementet ser at det ikke er en ideell løsning å ha flere databehandlingsansvarlige for registeret, men vurderer at dette er et bedre alternativ enn det første alternativet. Departementet ber spesielt her om innspill fra høringsinstansene. Hvilket regionale helseforetak som har ansvaret, går på omgang hvert tredje år. Helse Sør-Øst RHF har ansvaret i dag og fram til 31.12.2010.

Forslaget går ut på at det kan etableres registre for administrasjon av syketransport. Forslag til lovbestemmelser og forskrift om registre for administrasjon av syketransport er tatt inn i kapittel 9.

6.3.2 Register for direkteoppgjør

Formål

Formålet med registeret for direkteoppgjør er å samordne transporttjenester og å utnytte transportkapasitet for syketransport der pasienten reiser med rekvisisjon (direkte oppgjør). Dette innebærer at pasienter som skal til behandling samme sted og reiser fra samme område kan dele transportmiddel. En drosje som har kjørt en pasient til undersøkelse eller behandling ved et sykehus, kan dessuten ta en annen pasient med tilbake. En slik effektiv bruk av ressursene forutsetter en oversikt over hvilke pasienter som skal transporteres, reisemål og tidspunkt. Samtlige helseforetak ved de lokale enhetene for pasientreiser må ha tilgang til informasjon, slik at samordning av transport kan skje på tvers av helseforetaksområdene.

Opplysninger i registeret

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.

Departementet mener at følgende opplysninger kan være relevante og nødvendige å samle inn i dette registeret:

- pasientens navn
- fødselsnummer
- hvor og når pasienten skal hentes og bringes

- eventuelle særskilte transportbehov (for eksempel behov for transport tilpasset rullestol), eventuelle andre behov (for eksempel om pasienten må hentes i en særskilt etasje)
- hvilket beløp pasienten skal betale i egenandel
- om det er behov for ledsager(e)
- om fritt sykehusvalg er benyttet eller ikke.

Opplysningen om pasienten har benyttet fritt sykehusvalg eller ikke, kan ha betydning for hvilket beløp som skal betales i egenandel. Disse opplysninger er derfor relevant og nødvendig å registrere.

Meldeplikt

Det vises til punkt 6.2.4 i høringsnotatet der det foreslås å innta en henvisning til den nye § 6 c i helseregisterloven § 9. Nærmere bestemmelser om hvilke tjenesteytere som pålegges plikt til å melde inn opplysninger, må inntas i forskriften for registeret. Departementet foreslår at følgende tjenesteytere og helsepersonell skal pålegges en meldeplikt for innsending av opplysninger til registeret for direkteoppgjør:

- landets helseforetak ved de lokale enhetene for pasienttransport
- behandlere som rekvirerer transport

Tilgang til opplysninger i registeret

For saksbehandling av krav om enkeltoppgjør må det foretas en kontroll opp mot registeret for direkteoppgjør, for å hindre at en pasient kan få dekket utgifter til transport både ved direkteoppgjør og enkeltoppgjør. Helseforetak ved lokale enheter for pasienttransport vil utføre denne oppgaven, som en del av saksbehandlingen av refusjonskravet.

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 6.2.6 om vurdering av personvernkonsekvenser og personvernforebyggende tiltak.

En forutsetning for å få til samordning av syketransporttjenester og dermed utnytte transportkapasiteten effektivt er at pasientenes transportbehov registreres i et felles nasjonalt register. Hvis en registrering i dette registeret og utlevering av relevant og nødvendig informasjon til transportør skal baseres på samtykke, vil det innebære at det må innhentes ca 2,4 millioner samtykker hvert år. Dersom pasienter ikke vil gi samtykke til registrering og at informasjon utleveres til transportør, vil det ikke være mulig å samordne og koordinere transporten. Hvis pasienten kan reservere seg mot å bli registrert, innebærer det at pasienten selv kan velge å bestille taxi og kreve dette

refundert i etterkant. Dette vil undergrave hele intensjonen ved overføringen av ansvaret for syketransport til de regionale helseforetakene, jf. Ot. prp. nr. 66 (2002-2003), og føre til en kraftig økning av kostnadene til syketransport. Departementets vurdering er at dette, sammen med at opplysningene i registeret bare er av administrativ og av lite sensitiv karakter, innebærer at ulempen ved å kreve samtykke fra pasienten i disse sakene vil være større enn ulempe for den enkelte ved at det ikke stilles krav om samtykke. Departementet mener derfor at samtykke ikke bør kreves.

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 § 13a, 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.

Sammenstilling med andre registre

Det vil være aktuelt å sammenstille opplysninger i registeret for direkteoppgjør med Innkallingsregisteret, se punkt 6.3.3. Videre kan det være aktuelt med en sammenstilling av opplysninger fra Folkeregisteret. For å få en klar hjemmel for en slik sammenstilling foreslår departementet at det i helseregisterloven § 12 andre ledd, tas inn en henvisning til den foreslåtte nye § 6 c

Informasjon og innsyn

Det følger av helseregisterloven kapittel 4 at enhver har krav på generell og individuell informasjon om registeret, formålet med registeret, hvem som er behandlingsansvarlig og hvilke opplysninger som er registrert om en. Den databehandlingsansvarlige plikter å gi informasjon etter reglene i helseregisterloven §§ 23 og 24.

Oppbevaringstid

Informasjonen anonymiseres fortløpende etter hvert som den ikke lenger er nødvendig for å gjennomføre transporten og foreta oppgjør for denne.

Forholdet til EMK artikkel 8

Departementet vurderer det slik at forslagene til lov- og forskriftsendringer er i samsvar med EMK artikkel 8. Departementet viser til at forslaget om registeret for direkteoppgjør har som formål å være et administrativt saksbehandlingsregister. Registeret skal for eksempel ikke innholde opplysninger om sykdom/diagnose.

Formålet med registeret er sterkt begrenset, og behandlingen av opplysningene i registeret er viktig for å oppfylle borgernes rettskrav på refusjon for utgifter til sykefrakt og for å samordne og utnytte sykefrakten.

6.3.3 Registre for enkeltoppgjør (enkeltoppgjørregisteret)

Formål

Formålet med etablering av registre til bruk for administrering av enkeltoppgjør og behandlingen av opplysningene i registre er 1) å sikre en effektiv saksbehandling av krav fra pasienten, inkludert riktige utbetalinger, 2) å sikre nødvendige styringsdata (anonymiserte) og 3) å sikre at sykefrakt er en integrert del i en helhetlig pasientbehandling. Det er estimert at det vil bli sendt inn ca. 700 000 refusjonskrav per år, og 200 000 henvendelser med hjelp om reiseplanlegging. IKT-løsningen for enkeltoppgjør ivaretar saksbehandlingen av refusjonskrav fra pasienter og pårørende for. I tillegg er IKT-løsningen et verktøy for å utføre reiseplanlegging for pasienter.

Det er lagt opp til at ordningen for administrasjon av sykefrakt vil innebære etablering av tre registre; et der pasientens krav og bakgrunn for kravet registreres (omtales heretter som saksbehandlingsregisteret), et oppmøtereister med oversikt over pasienter som har møtt opp til behandling og et innkallingsregister med oversikt over pasienter som er innkalt til behandling. Innkallingsregisteret er nødvendig for at lokal enhet for pasientreiser skal kunne utstede rekvisisjon på trafikkalt grunnlag, mens saksbehandlingsregisteret og oppmøtereisteret er nødvendig for å utføre hovedprosessen ved enkeltoppgjør. Heretter omtales disse registrene som enkeltoppgjørregisteret.

Krav om dekning av utgifter til sykefrakt forvaltes gjennom fylkeslinjen i de lokale NAV-kontorene. NAV-kontorene har ansvar for å behandle, kontrollere og utbetale enkeltkrav fra pasienter om refusjon av reiseutgifter i forbindelse med undersøkelse og behandling i helsetjenesten. Etter 1.1.2010 får helseforetak ved 12 lokale enheter for pasientreiser ansvaret for saksbehandling av krav om refusjon fra pasienter og yte reiseplanlegging, informasjon og veiledning til pasienter. Pasienter vil som følge av dette få færre enheter de kan henvende seg til og dagens ordning med personlig oppmøte ved det lokale NAV-kontor faller bort. Dette forutsetter en digitalisering av saksbehandlingen.

Opplysninger i enkeltoppgjørregisteret

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.

Departementet mener at følgende opplysninger kan være relevante og nødvendige å samle inn i Saksbehandlingsregisteret:

- pasientens navn
- fødselsnummer
- hvor og når pasienten har reist

- andre forhold opplyst av brukeren som er relevante for behandling av krav om refusjon, for eksempel behov for spesielle hjelpemidler i forbindelse med transporten
- om pasienten har frikort eller ikke

Departementet mener at følgende opplysninger kan være relevante og nødvendige å samle inn i Oppmøteregisteret og i Innkallingsregisteret:

- pasientens navn
- fødselsnummer
- behandlingsstedets navn og adresse
- behandlingstid og dato
- om fritt sykehusvalg er benyttet eller ikke

Informasjon om fritt sykehusvalg er nødvendig for å vurdere om pasienten skal betale forhøyet egenandel. Departementet legger til grunn at alle opplysningene sett i sammenheng anses som helseopplysninger, fordi behandlingssted kan avsløre sykdomsgruppe. Saksbehandlingsregisteret og Oppmøteregisteret er nødvendig for å behandle pasientens krav om refusjon av utgifter til transport. For å kunne saksbehandle kravet må saksbehandlerenheten ha opplysninger om vedkommende pasient har møtt til behandling. Innkallingsregisteret er nødvendig for å kontrollere om og hvor pasienten er innkalt til behandling, og for å kunne gi refusjon på trafikkalt grunnlag. Opplysninger i innkallingsregisteret slettes når pasienten har vært til behandling.

Meldeplikt

Det vises til punkt 6.2.4 der det foreslås 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 foreslår at følgende tjenesteytere og helsepersonell skal pålegges en meldeplikt for innsending av opplysninger til enkeltoppgjørregisteret:

- landets helseforetak ved de lokale enheter for pasienttransport
- behandlere med rekvisisjonsrett.

Samtykke

Behandling av opplysninger om en person skal i størst mulig grad bygge på et 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 6.2.6 Vurdering av personvernkonsekvenser og personvernforetatte tiltak.

Ved å kreve refusjon av utgifter til sykehettransport gir pasienten selv relevante og nødvendige personopplysninger for behandling av kravet. Det er lagt opp til at det ved

fremsettelse av krav om dekning av transportutgifter skal fylles ut et skjema, ”Krav om dekning av reiseutgifter”. Dersom dette skjemaet fylles ut og undertegnes bekrefter pasienten at alle opplysninger er korrekte, og samtykker i at opplysningene kan registreres til bruk for utbetaling. Krav om samtykke til registrering vil da være oppfylt. Det er imidlertid ikke et vilkår for å fremme krav at reiseregningsskjemaet brukes. Dersom det skulle kreves skriftlig samtykke fra disse brukerne, vil det kreve at det sendes en skriftlig forespørsel til pasienten etter at krav om refusjon er mottatt. Det samme må gjøres dersom pasienten ikke har undertegnet reiseregningsskjemaet. Dette vil for det første forlenge saksbehandlingstiden. Kravet må behandles, og det vil kreve innhenting og registrering av informasjon. Saksbehandler må ved behandling av kravet sjekke om bruker faktisk har vært til behandling. Etter departementets vurdering er innhenting av samtykke etter mottatt søknad om refusjon svært lite hensiktsmessig. Departementet mener at ulempen ved å kreve samtykke fra pasienten i disse sakene vil være større enn ulempen ved at det ikke stilles krav om samtykke.

Informasjonssikkerhet for registrene for enkeltoppgjør og forholdet til EMK artikkel 8

Det vises til punkt 6.3.2 om register for direkteoppgjør.

Sammenstilling med andre registre

Det vil være aktuelt å sammenstille opplysninger i saksbehandlingsregisteret med opplysninger om pasienten har møtt opp til undersøkelse og behandling i oppmøteregisteret. Videre vil det være aktuelt å sammenstille opplysningene i saksbehandlingsregisteret med registeret for direkteoppgjør. Det er behov for å kunne kontrollere om pasienter som fremmer krav om refusjon ikke har allerede har fått dekket utgiftene ved rekvisisjon. I tillegg kan det være aktuelt å sammenstille opplysninger i saksbehandlingsregisteret med opplysninger i Folkeregisteret. For å få en klar hjemmel for en slik sammenstilling foreslår departementet at det tas inn en henvisning i helseregisterloven § 12 annet ledd til den foreslåtte nye § 6 c.

Informasjon og innsyn

Det følger av helseregisterloven kapittel 4 at enhver har krav på generell og individuell informasjon om registeret, formålet med registeret, hvem som er behandlingsansvarlig og hvilke opplysninger som er registrert om en. Den databehandlingsansvarlige plikter å gi informasjon etter reglene i helseregisterloven §§ 23 og 24.

Forholdet til EMK artikkel 8

Departementet viser til omtale under punkt 6.3.2. De samme vurderingene gjelder for registre for enkeltoppgjør.

Oppbevaringstid – registre for enkeltoppgjør

Det følger av helseregisterloven § 27 at helseopplysninger ikke skal lagres lenger enn det som er nødvendig for å oppnå formålet med behandlingen av opplysningene. Hvis helseopplysningene ikke deretter skal oppbevares i henhold til arkivloven eller annen lovgivning, skal de slettes. Saksbehandlingsregisteret vil bli anonymisert så snart oppgjøret er utbetalt og klagefristen er utløpt. Opplysningene i oppmøteregisteret vil bli slettet like etter at kravfristen for fremsettelse av refusjon er gått ut. Opplysninger i innkallingsregisteret slettes fortløpende etter at dato for behandling er passert.

6.4 Lovgrunnlag for spørretjenesten ”HarBorgerFrikort”

6.4.1 Problemstilling

HELFO vil i tråd med forslaget omtalt i punkt 6.2.1 motta informasjon om alle betalte egenandeler. Informasjonen sendes inn fra behandlere og tjenesteytere som krever inn egenandel fra brukere. HELFO vil benytte denne informasjonen til å lage en løpende oversikt over hvem som har nådd egenandelstak 1 og som derfor har rett til å motta frikort.

Det er meningen at personell som yter tjenester for trygdens regning og helseforetak som krever inn egenandel fra pasienter, skal ha tilgang til en elektronisk spørretjeneste, HarBorgerFrikort, og slik få svar på om pasienten har frikort eller ikke.

Spørsmålet som reiser seg, er om HELFO har rett til å utlevere en slik opplysning, eller om taushetspliktsreglene er til hinder for dette.

6.4.2 Behovet for lovendring

Opplysninger om frikortstatus kan bare utleveres til de som skal innkreve egenandel dersom det i lov gjøres unntak fra taushetsplikten, jf. punkt 5.3.2 ovenfor. Det eksisterer i dag etter departementets oppfatning ikke et slikt alminnelig lovgrunnlag. Departementet har bare en dispensasjonsadgang etter arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 fjerde ledd, jf. folketrygdloven § 21-11a, se punkt 6.7 nedenfor. En slik dispensasjon bør imidlertid etter departementets oppfatning ikke benyttes som permanent grunnlag for spørretjenesten.

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.

På denne bakgrunn mener departementet at det er behov for å lovfeste et unntak fra forvaltningens taushetsplikt om brukeres frikortstatus. Dette vil ivareta brukernes og myndighetenes behov for en arbeidsbesparende og effektiv refusjonsforvaltning. Tjenesteytere og behandlere som kan kreve egenandeler av en pasient, bør gis anledning til å motta opplysninger om frikortstatus.

6.4.3 Departementets lovforslag

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.

Spørretjenesten ”HarBorgerFrikort” har ingen betydning for innholdet i de tjenestene publikum mottar i møtet med helsetjenesten, apotek og bandasjistforretning. Opplysningen er for eksempel ikke nødvendig for at en pasient skal motta forsvarlig helsehjelp. Tjenesten er imidlertid et hjelpemiddel som skal gjøre refusjonsoppgjøret enklere for pasient og myndigheter. En slik service bør den enkelte bruker selv kunne velge bort dersom vedkommende er skeptisk til at informasjonen brukes utenfor helserefusjonsforvaltningen. Departementet foreslår derfor å innføre en reservasjonsrett.

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

6.5.1 Problemstilling

Det er et spørsmål om helseforetakene kan utlevere opplysninger om pasienter til transportører i forbindelse med pasientreiser uten hinder av taushetspliktreglene.

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. Opplysningene som kan være nødvendig å utlevere i den forbindelse er:

- rekvisisjonsnummer
- navn
- henteadresse
- leveringsadresse
- hente- eller leveringssted vil kunne inneholde avdeling der pasienten behandles
- spesielle behov, for eksempel rullestol, trappeklatrer osv
- annen informasjon som trengs for å gjennomføre transporten (for eksempel: ”Må hjelpes inn på avdeling.”
- egenandelen som pasienten skal betale
- tur- ID
- kontrakts- ID som skal benyttes for transporten og oppgjør

Opplysningene sendes elektronisk fra den lokale enhet for pasientreiser til transportørene (aktuell taxisentral) og videre til sjåførens taksameter. Opplysningene registreres også elektronisk hos transportøren (taxisentralen) og oppbevares der til transportøren sender regning til helseforetaket.

Utlevering av opplysninger om pasientnavn, henteadresse, leveringsadresse, eventuelle tilpasninger/spesielle behov og pasientens egenandelsstatus fra helseforetakene vil være i strid med taushetspliktreglene med mindre pasienten samtykker til dette.

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 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.

6.5.2 Behovet for lovendring

Registrene knyttet til administrering av syketransport er utformet slik at helseforetaket ikke skal måtte innhente samtykke fra pasienten for utlevering av opplysninger til transportører, *jf. vurderinger i punkt 6.3.2. og 6.3.3.*

Utlevering av opplysninger om pasientnavn og egenandelsstatus/transportbehov krever nye unntak fra taushetsplikten i lov, jf. punkt 5.3.

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 har valgt å foreslå at helseregisterloven § 15 endres ved at det tilføyes et nytt femte ledd om beskriver unntak fra taushetsplikt. Forslaget går ut på at opplysning om en pasients navn, egenandelsstatus og transportbehov kan utleveres til transportør i forbindelse med syketransport. Samme endring foreslås inntatt i spesialisthelsetjenesteloven § 6-1.

6.6 Særlig om minstepensjonistspørring

6.6.1 Innledning

Minstepensjonister er i dag skjermet fra å betale egenandeler for legemidler og medisinsk forbruksmateriell på blå resept, på lik linje med de som får frikort tak 1. I dag må bruker vise en slipp fra Arbeids- og velferdsetaten som dokumentasjon på fritaket fra å betale egenandel. En mulighet for apotek og bandasjistforetninger 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. Denne tjenesten vil også redusere behovet for manuell saksbehandling i ettertid. Behandlingen av refusjonskrav for egenandeler som i utgangspunktet ikke skulle vært betalt, vil i all hovedsak opphøre.

6.6.2 Departementets vurdering

Argumentasjonen for å innføre spørretjenesten HarBorgerFrikort kan i stor grad også anvendes for en spørring om minstepensjoniststatus, jf. punkt 6.4.2 og 6.4.3. I tillegg kommer særlige problemstillinger for minstepensjonister. Dokumentasjon som sier at minstepensjonist skal være fritatt fra å betale egenandel, er vanskelig tilgjengelig, ettersom denne dokumentasjonen bare er å finne på noen av slippene som bruker får fra Arbeids- og velferdsetaten. Minstepensjonister er en gruppe som utelukkende er unntatt fra å betale egenandeler på grunn av svak betalingssevne. En egenandel på inntil 520 kroner per resept for legemidler mv., kan resultere i at livsviktig medisin ikke blir hentet av økonomiske årsaker. I tillegg er det en relevant problemstilling at hjemmesykepleier eller andre som henter medisiner og lignende ikke har slippet som viser at minstepensjonisten er fritatt fra å betale egenandel, tilgjengelig ved henting.

Det kan hevdes at Opplysninger om minstepensjoniststatus er av sensitiv karakter, og at det skal vektige argumenter til for at slik informasjon både kan innhentes, lagres og utleveres. For en nærmere gjennomgang av forhold rundt rettslig grunnlag, reservasjonsadgang, tilgangskontroll, sletting og innsyn vises det til punkt 6.2 og 6.4. Personvern hensyn taler mot å innføre denne spørretjenesten, men departementet foreslår likevel å åpne opp for tjenesten. Departementet har særlig lagt vekt på det økonomiske aspektet, men også helsefaglige vurderinger er av betydning. Minstepensjonister er i større grad enn resten av befolkningen avhengig av medisiner, og økonomi bør ikke hindre noen i å hente livsviktige legemidler mv. Departementet har videre lagt vekt på mottatte innspill om det ubehaget mange minstepensjonister føler ved å vise fram utbetalingsslippen. En spørretjeneste vil også avhjelpe denne situasjonen.

Spørretjenesten har ingen betydning for innholdet i de tjenestene publikum mottar i møtet med helsetjenesten, apotek og bandasjistforretning. Opplysningen er for eksempel i liten grad nødvendig for at pasient skal motta forsvarlig helsehjelp. Tjenesten er imidlertid et hjelpemiddel som skal gjøre fritakssituasjonen enklere for pasient og myndigheter. En slik service bør den enkelte bruker selv kunne velge bort dersom vedkommende er skeptisk til at informasjonen brukes utenfor

helserefusjonsforvaltningen. Departementet foreslår derfor å innføre en reservasjonsrett.

6.6.3 Behov for lovendring

Det er Arbeids- og velferdsdirektoratet som fastsetter nærmere retningslinjer for hvilke personer som skal regnes som minstepensjonister, og som er eier av opplysninger om minstepensjoniststatus. Spørretjenesten forutsetter derfor at Helsedirektoratet eller HELFO har tilgang til opplysninger som eies av Arbeids- og velferdsdirektoratet, og at denne informasjonen kan videreformidles til apotek og bandasjistforretninger.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har taushetsplikt om opplysninger om minstepensjoniststatus, jf. arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 første ledd og forvaltningsloven §§ 13 flg. Forvaltningsloven § 13 første ledd pålegger taushetsplikt for opplysninger om ”noens personlige forhold. En opplysning om en person er minstepensjonist, må regnes som en opplysning om ”noens personlige forhold”.

Arbeids- og velferdsloven § 7 femte ledd gjør unntak fra taushetsplikten i første ledd. Femte ledd åpner blant annet for at Arbeids- og velferdsetaten kan utlevere opplysninger til annet forvaltningsorgan uten hinder av taushetsplikten, dersom dette organet har hjemmel til å innhente opplysninger. Folketrygdloven § 21-4 er arbeids- og velferdsetatens hjemmel til å innhente opplysninger fra andre etater uten hinder av taushetsplikten. § 21-4 gjelder også for Helsedirektoratet og HELFO, og gode grunner taler for å bruke denne bestemmelsen som hjemmel. Departementet viser til drøftingen i punkt 6.4 og foreslår et nytt ledd i folketrygdloven § 21-11a som hjemler både innhenting og utlevering av opplysninger om minstepensjoniststatus.

6.7 Særlig om departementets adgang til å dispensere fra taushetsplikt

Før overføringen av helserefusjonsområdet i folketrygdloven kapittel 5 fra Arbeids- og velferdsforvaltningsetaten til Helsedirektoratet 1. januar 2009, var saksbehandlingen etter kapitlet regulert direkte av arbeids- og velferdsforvaltningsloven (avl.). Departementet hadde derfor mulighet til å dispensere fra taushetspliktbestemmelsene i tråd med avl. § 7 fjerde ledd også for så vidt gjaldt opplysninger knyttet til stønad etter kapittel 5.

Ved overføringen av kapittel 5 til Helsedirektoratet ble saksbehandlingen etter folketrygdloven kapittel 5 regulert av folketrygdloven § 21-11 a. Helsedirektoratets oppgaver ble ivaretatt i § 21-11 a 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 den forbindelse ikke i § 21-11 a inntatt en uttrykkelig henvisning til § 7 fjerde ledd om departementets dispensasjonsadgang.

Departementet legger likevel til grunn at § 7 fjerde ledd gjelder tilsvarende for Helse- og omsorgsdepartementet. Det hadde vært naturlig med en uttrykkelig omtale i forarbeidene dersom meningen var å endre gjeldende rett på dette

området. En slik omtale er ikke inntatt. Tvert imot var det et overordnet formål med lovendringen at Helsedirektoratet skulle underlegges de samme reglene som da vedtakene ble fattet i Arbeids- og velferdsetaten. I Ot.prp. nr. 82 (2008-2009) ble følgende omtale gitt: *”Arbeids- og velferdsforvaltningsloven samt folketrygdloven kapitler 21, 22 og 25 gir bestemmelser om saksbehandling av vedtak fattet med hjemmel i folketrygdloven. I den grad disse reglene i dag er relevante for NAVs vedtak om helserefusjon etter folketrygdloven kapittel 5, skal de etter overføringen av helserefusjonsområdet også gjelde for Helsedirektoratets vedtak etter folketrygdloven kapittel 5”*. Videre sies det at *”det i folketrygdloven kapittel 21 presiseres at lov om arbeids- og velferdsforvaltningen §§ 6 og 7 gis tilsvarende anvendelse for Helsedirektoratets saksbehandling”*.

Departementet legger avgjørende vekt på at formålet med overføringen av helserefusjonsfeltet til Helsedirektoratet ikke var ment å endre rettigheter eller plikter. Arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 fjerde ledd gir derfor etter departementets oppfatning dispensasjonsadgang også for Helse- og omsorgsdepartementet.

Departementet anser at dispensasjonsadgangen for framtiden 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.

7 Særlig om forholdet til høringsnotat sendt ut i desember 2008

7.1 Kort om forslagene i tidligere høringsnotat og uttalelser til dette

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 tak 1. Det ble foreslått endringer i forskrift om egenandelstak 1 og i de enkelte stønadsforskriftene til folketrygdloven §§ 5-4, 5-5, 5-7 og 5-14. Forslagene gikk ut på å pålegge en plikt for behandlere og tjenesteytere som yter behandling/tjenester for trygdens regning, til å sende inn opplysninger om egenandeler til Helsedirektoratet eller det organ Helsedirektoratet bestemmer, uten hinder av taushetsplikt. Det ble også 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).

Av de 34 mottatte hørings svarene var de fleste positive til de foreslåtte endringene. Departementet har i dette høringsnotatet fulgt opp de fleste av de negative innspillene. Dette gjelder særlig forhold til hjemling av egenandelsregisteret, problemstillinger rundt innsendingsplikten og reservasjonsrett. Nedenfor følger en gjennomgang av enkelte andre innspill.

7.2 Forholdet mellom betalte egenandeler og utfakturerte egenandeler

Flere høringsinnstanser 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 dersom 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.

7.3 Muligheten for sanksjoner ved manglende innsending

I høringsrunden kom det flere tilbakemeldinger om behovet for sanksjoner ved manglende overholdelse av innsendingsplikten. Departementet deler høringsinstansenes oppfatning om at det er viktig at alle egenandeler innrapporteres og viser til helseregisterloven kapittel 6. Dette kapitlet regulerer tilsyn, kontroll og sanksjoner. Departementet viser særlig til § 32, som har regler om adgang til å gi pålegg hvis behandling av helseopplysninger ikke er i samsvar med helseregisterloven. Helseregisterloven § 33 har regler om adgang for Datatilsynet til å fastsette tvangsmulkt, og helseregisterloven § 34 har regler om straff. Departementet viser også til forslag til forskrifter i dette høringsnotatet kapittel 11. Her er det foreslått egne straffebestemmelser.

7.4 Innsendingsplikten - merknad fra Legeforeningen

Plikten til å sende inn egenandelsopplysninger gjelder mange ulike behandlergrupper og tjenesteytere. I høringsnotatet som ble sendt ut i desember 2008 ble det diskutert om den foreslåtte innsendingsplikten skulle beskrives i flere ulike forskrifter eller i en sentral forskrift.

Den norske legeforeningen har i sin høringsuttalelse stilt spørsmål om foreslått endring i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege (forskrift 25.07.08 nr.714). Foreningen har foreslått at følgende setning tas ut: *"For øvrig fastsetter Helsedirektoratet nærmere regler for direkte oppgjør."*

En ordning med direkte oppgjør for helserefusjoner, herunder legerefusjoner, er forankret i lov og forskrift. Kollektivavtale inngått mellom Helsedirektoratet og Legeforeningen supplerer bestemmelsene gitt i lov og forskrift for legene. For å synliggjøre betydningen av kollektivavtalen foreslår departementet at følgende tilføyes (tilføyelse i kursiv): *"For øvrig fastsetter Helsedirektoratet nærmere regler for direkte oppgjør, supplert med bestemmelser i kollektivavtalen fremforhandlet mellom Den norske legeforening og Helsedirektoratet."*

I de andre forskriftene der det ble foreslått å gjøre endringer, foreslås lignende tilføyes.

8 Administrative og økonomiske og konsekvenser

8.1 Innledning

Etablering av en nasjonal automatisk frikortordning innebærer en omlegning av dagens system for refusjon av egenandeler til pasienter. Endringen foreslås i første omgang å gjelde egenandeler som går inn under tak 1. Se kapittel 2,3 og 4 for en nærmere beskrivelse. Dagens system er basert på at den enkelte pasient oppbevarer sine egenandelskvitteringer og oppsøker det lokale NAV-kontor med krav om å få utlevert frikort når taket er nådd. Etter behandling av krav blir frikortet sendt i posten. Samtidig blir det beløp pasienten har lagt ut over taket godskrevet brukerens konto. I den automatiske frikortordningen er det forutsatt at helseforetak og personell som yter tjenester som inngår i ordningen med egenandelstak 1, også skal sende inn opplysninger om betalte egenandeler til HELFO.

Oversikt:

- Årlig refunderer HELFO 22- 24 milliarder kroner knyttet til folketrygdens stønad ved helsetjenester (kapittel 5 i folketrygdloven)
- I 2007 utgjorde statens utgifter til frikortordningen (tak 1) 3,269 milliarder kroner. Av dette var ca. 1,58 milliarder knyttet til legehjelp, 90 millioner til psykologhjelp, 1,06 milliarder til legemidler og sykepleieartikler og 526 millioner til syketransport.
- I 2008 nådde 879 000 personer, herav 437 000 alders- og uførepensjonister, egenandelstak 1. Antall personer som når taket påvirkes at nivået på egenandelene for de tjenester som inngår i tak 1 og av selve taket. Egenandelene og taket fastsettes årlig ved Stortingets behandling av St.prp. nr.1.
- De fleste refusjonene som går inn under tak 1 sendes inn helelektronisk. Egenandelsrefusjoner for lege- og psykologhjelp er unntakene. Av legene sender 11 % helelektronisk, 4 % manuelt og 85% på diskett. I dag sender 29 % av psykologene oppgjør via diskett. De resterende sender inn oppgjøret manuelt. Det forventes økt andel leger og psykologer som vil sende opplysningene elektronisk i løpet av 2009. Journalleverandører og Helsedirektoratet tilrettelegger for dette.

Tabellen nedenfor angir beregnet antall oppgjør for ulike personellgrupper ved innføring av automatisk frikort. Forutsetningen for beregningen er at bandasjister og apotek sender oppgjør ukentlig, og at de andre gruppene sender oppgjør hver 14. dag. Oversikten omfatter ikke syketransport.

Gruppe	Beregnet antall oppgjør per år	Andel oppgjør fordelt på innsendingsmetode per samhandlergruppe
Leger – manuelle	11448	4 %
Leger – diskett	232128	85 %

Leger - helelektroniske	29976	11 %
Psykologer – manuelle	9744	71 %
Psykologer – diskett	3912	29 %
Apotek – helelektronisk	22440	100 %
Bandasjist - helelektronisk	3060	100 %
Laboratorier og røntgeninstitutter - helelektronisk	888	100 %
Poliklinikker	57312	100 %

Det er lagt opp til at opplysning om registrerte egenandeler skal tilgjengeliggjøres for den enkelte bruker på MinSide. MinSide har per dags dato sikkerhetsnivå 3, hvilket innebærer at det bare kan bestilles duplikat av frikort og informasjonsbrev med oversikt over hvilke egenandeler som er registrert på en selv. Når MinSide oppnår sikkerhetsnivå 4, kan det tilrettelegges for at den enkelte kan få direkte tilgang til oversikt over egenandeler som er registrert på vedkommende på MinSide.

8.2 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 eventuelt utlegg over taket. 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. Ved framvisning av kortet vil brukeren unngå å betale ny egenandel. Ved at helsepersonell og andre tjenesteytere gis anledning til å benytte spørretjenesten ”HarBorgerFrikort”, unngås en eventuell ny betaling dersom brukeren har glemt frikortet sitt. Automatisk frikort gir en enklere tjeneste til brukerne. Systemendringen vil være spesielt gunstig for de som på grunn av sin tilstand ikke klarer å holde tilstrekkelig oversikt over betalte egenandeler.

Det må forventes at noen brukere som i dag må gå på et NAV-kontor for å få frikort, også i framtiden vil oppsøke et NAV-kontor for bistand. Når systemet er etablert, vil slik kontakt være unødvendig. Ansatte ved de lokale NAV-kontorene skal rettlede pasientene videre til HELFO. De skal ikke behandle egenandelskravene frabrukerne. 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 og med nødvendig kvalitet til HELFO (egenandelstelleren). Dersom ikke opplysningene sendes inn hyppig nok og med nødvendig kvalitet, kan dette medføre at bruker må betale egenandel til tross for at egenandelstaket allerede nådd og bruker har frikort.

I dag utstedes ikke frikort før bruker selv har sendt inn alle kvitteringer og dermed har framsatt et krav. I praksis kan det gå flere uker fra en bruker har vært til konsultasjon til kravet om frikort blir fremmet overfor NAV, og før saksbehandlingen kan starte hos NAV. Videre er det i dag betydelige variasjoner i saksbehandlingstiden mellom de ulike NAV-kontorene. Det kan ta opptil åtte uker fra kravet er mottatt til frikortet utstedes, og det overskytende beløpet utbetales fra NAV. Hovedregelen er imidlertid at utsendelse av frikort skjer i løpet av 10 dager etter at NAV har mottatt alle kvitteringer på betalte egenandeler fra bruker. Sen innsending av data vil kunne medføre at storforbrukere av tjenester som faller inn under tak1 ordningen, får frikortet senere enn det som er tilfellet i dag.

Ulik innfasing av syketransport og automatisk frikortordning i 2010 kan gjøre rutineene mer tungvint i en overgangsfase 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 i NAV-kontoret.

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

8.3 Virkning for helsepersonell og andre tjenesteytere

Omlegningen av systemet for håndtering av egenandeler til tak 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 og som ønsker å sende inn data elektronisk

Det er et mål at pasientene skal få utlevert frikortet tre uker etter at taket er nådd. Det forutsetter at tjenesteyterne øker sin frekvens for innsending av data til HELFO, og at dataene er av god kvalitet. I forslag til forskriftsendringer i dette høringsnotatet er det lagt til grunn at innsendingen skal skje 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.

Behandlere og tjenesteytere som har inngått avtale med HELFO om direkte oppgjør for sin virksomhet, skal - uten hinder av taushetsplikt - sende egenandelsopplysninger til HELFO. Innsendingsplikten er foreslått regulert i en egen forskrift om innsamling og behandling av person- og helseopplysninger i Egenandelsregisteret (Egenandelsregisterforskriften), jf. kapittel 9. Det er et mål at aktørene i helsesektoren i større grad tar i bruk elektronisk kommunikasjon av data vedrørende egenbetaling, henvisninger og epikriser, sykemeldinger, legeerklæringer, utveksling av røntgenbilder m.m. Formålet er å oppnå bedre

samhandling og mer effektive tjenester. Norsk Helsenett ble etablert for å bidra til å oppnå disse målsettinger. Helsenettet eies av de regionale helseforetakene. For å kunne benytte helsenettet må tjenesteyterne investere i nødvendig programvare og betale årlige lisenser. Aktører som knytter seg opp til helsenettet må signere en kundeavtale med Norsk Helsenett. Kundeavtalen har en standardisert utforming og skal blant annet sikre at de aktører som kommuniserer over helsenettet har tilstrekkelig informasjonssikkerhet. Helseforetakene skal ta i bruk Norsk Helsenett som eneste infrastruktur for kommunikasjon av elektroniske tjenester. For å få til meldingsutveksling over Norsk Helsenett må det gjøres tilpasninger i den enkelte leges og annet helsepersonells EPJ-systemer.

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.

Det er inngått en kollektivavtale mellom Helsedirektoratet ved HELFO og Den norske legeforening (om direkte oppgjør for utgifter til legehjelp). I avtalen reguleres bruk av elektronisk innrapportering. Ved hvert kontor vil det i gjennomsnitt være flere allmennleger. I første del av 2008 var om lag 90 % av alle legekontor (og som kan omfatte flere legepraksiser) koblet til Norsk Helsenett. Til tross for dette var det bare 10 % av oppgjørskravene som ble sendt elektronisk til HELFO. Det er imidlertid ikke et krav for den automatiske frikortordningen at alle tjenesteytere må sende inn elektronisk. Innsendingen kan fortsatt skje som i dag gjennom papir, disketter og elektronisk over internett eller gjennom Norsk Helsenett.

Hovedbetingelsene for en effektiv frikortordning der tjenestene ytes for trygdens regning er at opplysningene om betalte egenandeler sendes inn av tjenesteyterne samtidig med at de sender inn sine refusjonskrav knyttet til egen virksomhet. Videre er det forutsatt at denne innsending skjer hyppigere enn i dag, at dataene er knyttet til virksomheten i den angjeldende tidsperiode og at opplysningene er av en slik kvalitet at de gir grunnlag for elektronisk registrering og behandling i egenandelstellersen, herunder utsending av frikort og refusjon av for mye betalte egenandeler.

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 det offentlige. Det er en kjensgjerning at elektronisk kommunikasjon i første omgang vil gi størst effektiviseringsgevinst for forvaltningen. 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 tjenestevirksomhet/utøving. Tilsvarende gjelder for offentlig virksomhet.

Et krav om raskere innsending av data gir etter departementets vurdering et marginalt merarbeid for tjenesteyterne. Da kravene til opplysninger må anses som

svært begrensede, mener departementet at merarbeidet for tjenesteyterne her også vil være begrenset. Samtidig vil tjenesteyterne få sin refusjon tilsvarende raskere fra folketrygden for de tjenester som utføres. Det bedrer likviditeten til tjenesteyterne.

De regionale helseforetakene har i 2008-2009 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 omtalen under pkt 6.3.3. En del av dette arbeidet vil være knyttet til utvikling av funksjon for automatisk rapportering av data til egenandelsregisteret. I tillegg vil en ha kostnader ved utvikling av systemet for direkteoppgjør for pasienttransport (NISSY) for å imøtekomme kravet om rapportering av egenandeler til egenandelsregisteret. Når disse løsningene er i drift, vil det være løpende kostnader forbundet med registrering av egenandelsopplysninger, rapportering av slike opplysninger til HELFO og forvaltning av bl.a. IT-systemene og rutinene for arbeidsprosessene. I overgangsperioden fra 1.1.2010 til det tidspunkt elektronisk frikort er i full drift vil en ved saksbehandlingsenhetene i helseforetakene ha ekstra kostnader ved at det vil være nødvendig med manuelle saksbehandlingsrutiner.

Det er kartlagt et gevinstpotensiale på sikt for endringer og utvikling av løsninger, både for systemet for enkeltoppgjør og NISSY, som nå finner sted. Kartleggingen har vist at gjennom etablering av elektroniske løsninger, som eRekvirering og elektronisk transportbestilling, har man et potensiale for effektivisering av arbeidsprosessene. Innrapportering til egenandelsregisteret, og oppslag i dette fra systemet for enkeltoppgjør og NISSY, vil ikke kreve ressurser av betydning på grunn av effektive IT-løsninger både for rapportering og oppslag i saksbehandlingen. I den første tiden vil arbeidsmengden øke midlertidig på grunn av mer manuelt registreringsarbeid og andre manuelle rutiner.

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).

8.4 Virkning for forvaltningen

Omlegningen av systemet for behandling av egenandelskrav gjennom elektronisk innsending av data fra tjenesteyterne og automatisk utsendelse av frikort til pasient, gir grunnlag for en effektivisering av ressursbruken i forvaltningen. Bortfall av personlig kontakt med brukerne og en reduksjon av manuelle operasjoner vil frigjøre ressurser i Arbeids- og velferdsetaten til utføring av andre oppgaver. Hvor raskt gevinstene kan realiseres i forvaltningen sett under ett, vil påvirkes av hvor raskt tjenesteyterne går over til elektronisk innsending av data til Helsedirektoratet (HELFO), og kvaliteten på dataene som sendes inn. Det forventes at etablering av en nasjonal automatisk frikortordning i 2010 vil frigjøre noen ressurser i de lokale NAV-kontorene i 2010 og mer i 2011. HELFO vil få økte oppgaver blant annet til å håndtere hyppigere innrapportering fra tjenesteyterne.

For staten må det påregnes at utbetalingene knyttet til refusjon av egenbetaling for tak 1 ordningen vil øke, gitt uendrede egenandeler og uendret bruk av de aktuelle helsetjenestene. Økningen vil skje der brukere i dag av ulike årsaker ikke oppsøker sitt NAV-kontor for å få utleverte frikort. Samtidig vil staten få bedre kontroll både på utbetaling av refusjoner til tjenesteyterne og til brukere.

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

8.5 Oppsummering

Hovedgevinstene med 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 tjenesteyterne, 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 og mindre manuelt. Basert på innsendte opplysninger fra tjenesteyterne vil pasienten automatisk få tilsendt frikortet i posten, og godskrevet sine utlegg utover taket til oppgitt konto. Automatisk frikort understøtter også NAV-reformen. Arbeids- og velferdsetaten vil få frigjort ressurser til å fokusere på sine kjerneoppgaver knyttet til å få flere brukere i arbeid og aktivitet.

9 Merknader til lovforslagene

Til folketrygdloven

§ 21-11a tredje ledd

Tredje ledd, andre punktum presiserer at arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 fjerde ledd gjelder tilsvarende for utlevering av opplysninger til offentlige myndigheter. 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.

§ 21-11a femte ledd

Helsedirektoratet gis hjemmel til å innhente opplysninger fra Arbeids- og velferdsetaten om en persons minstepensjoniststatus. For å kunne yte god service overfor borgere med minstepensjoniststatus må den samme informasjonen lagres og videre formidles. Bestemmelsen hjemler også en slik behandling. Helsedirektoratet kan delegere oppgaven med innhenting, behandling og utlevering.

§ 22-13 første ledd:

Hovedregelen etter folketrygdloven er at den som har rett til en ytelse må sette fram krav for å få denne. Den automatiske frikortordningen forutsetter at det automatisk skal fattes vedtak på bakgrunn av opplysninger om betalte egenandeler innhentet fra andre enn rettighetshaveren. Nytt andre punktum skal ivareta de systemendringene ny frikortordning krever, og det åpnes for at departementet i forskrift kan bestemme at det kan utleveres frikort uten at rettighetshaveren har fremmet krav. Nytt 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 uten at 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 frikort og refusjon av egenandeler. Latente rettigheter som medlemmet har, vil opphøre dersom de fanges opp automatisk eller på annen måte blir meldt til forvaltningen innen fristen.

Til helseregisterloven

Ny § 6 c

Første ledd

Første ledd nr. 1 fastslår at det i forskrift kan etableres 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 m.m. 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 etableres sentrale registre for administrasjon 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

Første punktum fastslår at helseopplysningene kan behandles uten hensyn til samtykke.

Annet 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 registreres i registeret som etableres i medhold av første ledd nr. 1.

Egenandelsregisteret vil i utgangspunktet inneholde identitetsopplysninger (fødselsnummeret eller annen sikker identifikasjon) om alle som er medlem av 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. 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 innmelding av krav om frikort.

§ 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.

§ 12

Andre ledd

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

Fjerde ledd

Det følger av bestemmelsen 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 i om identitet).

§ 15 nytt fjerde ledd

Fjerde ledd bestemmer at opplysninger om medlemmers frikortstatus, 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 syketransport. Med frikortstatus menes et positivt eller negativt svar på om det enkelte medlems samlede registrerte egenandelsbetaling overstiger egenandelstaket. Opplysninger om medlemmer som har reservert seg mot utlevering kan ikke utleveres.

Til spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 andre ledd tredje punktum

Endringen er nødvendig for å kunne innlemme syketransport i den automatiske frikortordningen. Bestemmelsen har praktisk betydning for når helseforetakene (herunder lokale enheter for pasientreiser) skal sørge for pasienttransport. Helseforetakene kan gi opplysninger om pasientnavn, transportbehov og egenandelsstatus til transportør 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 pasientreisen.

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

10 Forslag til lovendringer

Folketrygdloven

§ 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 til offentlige myndigheter.*

§ 21-11a nytt fjerde ledd skal lyde:

Helsedirektoratet, eller det organ Helsedirektoratet bestemmer, har rett til å innhente og lagre opplysninger om minstepensjoniststatus fra Arbeids- og velferdsetaten. Arbeids- og velferdsetaten plikter å gi ut denne opplysningen uten hinder av taushetsplikt. Taushetsplikt etter arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 7 første ledd er ikke til hinder for utlevering av opplysninger om medlemmers minstepensjoniststatus til apotek eller bandasjist. Det enkelte medlem kan reservere seg mot utlevering av opplysninger om minstepensjoniststatus.

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 nytt andre og tredje punktum skal lyde:

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 gyldig fritak eller refusjon av betalte egenandeler ut over egenandelstaket.

Helseregisterloven

Ny § 6c skal lyde:

§ 6c Registre for saksbehandling og administrasjon

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, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 5-5 og folketrygdloven kapittel 5*
- 2. administrasjon av transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 6.*

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 registreres i registeret som etableres i medhold av første ledd nr. 1.

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, tilgang til opplysningene, tilgangkontroll mv.

§ 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 §§ 6c, 7 og 8 samt etter paragrafen her.

Kongen kan gi forskrifter om innsamling av helseopplysninger etter §§ 6c, 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 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 dessuten 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 ledd skal lyde:

Taushetsplikt er likevel ikke til hinder for utlevering av opplysninger om medlemmers frikortstatus til helsepersonell og andre som gir behandling eller yter tjenester som trygden er stønadspliktig for. Taushetsplikt er heller ikke til hinder for utlevering av slike opplysninger til helseforetakene i forbindelse med oppgjør for syketransport. Den registrerte kan reservere seg mot utlevering av opplysninger om frikortstatus.

§ 15 nytt femte ledd skal lyde:

Opplysning om en pasients navn, transportbehov og om pasienten skal betale egenandel og eventuelt beløp kan gis til transportør i forbindelse med transport som omfattes av lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten § 2-1a første ledd nr. 6.

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

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

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

11 Forslag til forskrifter

Forskrift om innsamling og behandling av person- og helseopplysninger i Egenandelsregisteret (Egenandelsregisterforskriften)

Hjemmel. Fastsatt ved kgl.res. med hjemmel i lov 18. mai 2001nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) §§ 3 tredje ledd, 6 c første ledd nr. 1, 9 andre ledd, 16 fjerde ledd, 17 tredje ledd, 22 femte ledd, 34 femte ledd, lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell §§ 37 og 67.

Kapittel 1 Generelle bestemmelser

§ 1 Etablering av Egenandelsregisteret

Denne forskriften etablerer Egenandelsregisteret. Forskriften gir regler om innsamling og behandling av person- og helseopplysninger i registeret.

§ 2 Formålet med Egenandelsregisteret

Formålet med Egenandelsregisteret er å sikre en god og effektiv behandling i saker vedrørende frikort og refusjon av betalte egenandeler, jf. pasientrettighetsloven § 2–6, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 5–5 og folketrygdloven kapittel 5.

§ 3 Forbud mot bruk

Person- og helseopplysninger i Egenandelsregisteret kan ikke brukes til andre formål enn det som følger av § 2.

§ 4 Databehandlingsansvarlig og databehandler

Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig for innsamling og behandling av person- og helseopplysninger i Egenandelsregisteret.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) er databehandler for registeret.

§ 5 Opplysninger i Egenandelsregisteret

Egenandelsregisteret kan uten samtykke inneholde følgende opplysninger om personer som mottar helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5:

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

Egenandelsregisteret kan uten samtykke inneholde opplysninger om følgende grunner til fritak for å betale egenandel:

- barn under 12 år
- frikort
- minstepensjonist
- yrkesskade

- kommunalt frikort
- krigsskade
- krigspensjonist
- vernepliktig eller militær
- andre fritaksgrunner. Opplysninger om diagnose eller sykdom kan ikke registreres.

Opplysninger som nevnt i første og andre ledd kan bare behandles i den grad det er nødvendig og relevant for å nå formålet med Egenandelsregisteret.

§ 6 Registrertes rett til informasjon og innsyn

Registrerte har rett til informasjon og innsyn i behandling av person- og helseopplysninger om seg selv i samsvar med helseregisterloven §§ 22 til 25.

Kapittel 2 Innsamling og behandling av opplysninger i Egenandelsregisteret, kvalitetskontroll m.v.

§ 7 Innsamling av opplysninger til Egenandelsregisteret

Behandlere og tjenesteytere og helseforetak som har inngått avtale om direkte oppgjør, skal uten hinder av taushetsplikt sende inn opplysninger som nevnt i § 5 første ledd til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO).

Opplysningene skal sendes inn senest 14 dager etter at egenandelen er betalt.

Opplysninger til Egenandelsregisteret innsamles også fra Enkeltoppgjørsregisteret og Direkteoppgjørsregisteret, jf. forskrift om registre for administrasjon av syketransport § 25 andre ledd.

Dersom den registrerte har reservert seg i medhold av helseregisterloven § 6c andre ledd, skal det ikke skje noen registrering av opplysninger om betalte egenandeler etter innrapportering fra behandlere og tjenesteytere.

§ 8 Mottakers ansvar for kvalitetskontroll

Databehandlingsansvarlig skal sørge for at egenandelsopplysninger som innsamles og behandles i Egenandelsregisteret, er korrekte, relevante og nødvendige for de formål de innsamles for, jf. § 2.

Dersom innsendingen er mangelfull eller fristen etter § 8 andre ledd overskrides, skal avsenderen av opplysningene varsles, jf. helseregisterloven § 9 andre ledd andre punktum.

§ 9 Utlevering

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)/Databehandler kan uten hinder av taushetsplikten utlevere opplysninger om frikortstatus fra egenandelsregisteret i medhold av helseregisterloven § 15 fjerde ledd.

Kapittel 3 Taushetsplikt, informasjonssikkerhet, internkontroll

§ 10 Taushetsplikt

Enhver som behandler helseopplysninger etter denne forskriften, har taushetsplikt etter helseregisterloven § 15.

§ 11 Informasjonssikkerhet

Helsedirektoratet og Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) skal gjennom planlagte og systematiske tiltak sørge for god informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet ved behandling av person- og helseopplysninger etter forskriften.

Der behandlingen av opplysningene skjer helt eller delvis med elektronisk hjelpemidler, gjelder bestemmelsene om informasjonssikkerhet i personopplysningsforskriften §§ 2–1 til 2–16.

§ 12 Plikt til internkontroll

Helsedirektoratet skal etablere internkontroll i samsvar med helseregisterloven § 17. De systematiske tiltakene skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter og størrelse i det omfang det er nødvendig for å etterleve kravene i og i medhold av helseregisterloven. Det skal legges særlig vekt på kravene i helseregisterloven § 16.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) skal behandle opplysninger i samsvar med de krav og rutiner Helsedirektoratet har oppstilt.

§ 13 Internkontrollens innhold

Internkontroll innebærer at Helsedirektoratet skal ha kunnskap om gjeldende regler om behandling av helseopplysninger, tilstrekkelig og oppdatert dokumentasjon for gjennomføring av rutiner, samt ha denne dokumentasjonen tilgjengelig for dem den måtte angå. Internkontrollen skal blant annet inneholde:

- a) oversikten over hvordan virksomheten er organisert,
- b) oversikt over ansvars- og myndighetsforhold,
- c) oversikt over de krav i og i medhold av helseregisterloven som gjelder for virksomheten
- d) rutiner virksomheten følger for å sikre overholdelse av kravene, herunder rutiner for:
 - oppfyllelse av krav om at personidentifiserbare opplysninger bare behandles når dette er nødvendig for å fremme formålet med registeret, og i tråd med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt
 - oppfyllelse av begjæringen om informasjon og innsyn, jf. helseregisterloven §§ 21 til 25

- hvordan virksomheten oppfyller bestemmelsen om utlevering av opplysninger fra registeret, jf. § 9
- e) rutiner virksomheten følger dersom avvik oppstår og opplysninger om hvem som er ansvarlig,
- f) rutiner virksomheten følger for å hindre gjentakelse av avvik og opplysninger om hvem som er ansvarlig,
- g) rutiner for hvordan virksomheten systematisk og regelmessig gjennomgår sin internkontroll for å kontrollere at aktivitetene og resultatene av dem stemmer overens med det system virksomheten har fastlagt, og om det medfører oppfyllelse av helseregisterlovgivningen,
- h) rutiner om hvordan virksomheten sikrer seg at alle aktuelle og kun gjeldende rutiner blir benyttet, og
- i) rutiner for hvordan virksomheten sikrer at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å overholde forskriftens krav.

Kapittel 4 Avsluttende bestemmelser

§ 14 *Straff*

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens som fortsettelig eller grovt uaktsomt overtrer bestemmelser fastsatt i denne forskriften § 7 og helseregisterloven § 13 a straffes med bøter eller fengsel inntil tre måneder eller begge deler.

Den som fortsettelig eller grovt uaktsomt overtrer bestemmelser fastsatt i denne forskriften §§ 3, 12 og 13 straffes med bøter eller fengsel inntil ett år eller begge deler.

§ 15 *Ikrafttredelse*

Denne forskriften trer i kraft 1. januar 2010.

Utkast til forskrift om registre for administrasjon av syketransport (syketransportregisterforskriften)

Hjemmel: Fastsatt ved kgl. res. med hjemmel i lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger § 6c første ledd nr. 2, § 9 andre ledd, § 12, §16 fjerde ledd, § 17 tredje ledd, §34 femte ledd.

Kapittel 1 Generelle bestemmelser

§ 1 *Etablering av registre for administrasjon av syketransport*

Denne forskriften etablerer Enkeltoppgjørregisteret og Direkteoppgjørregisteret for syketransport. Forskriften gir regler om innsamling og behandling av person- og helseopplysninger i registrene.

§ 2 Definisjoner

- a) Direkteoppgjørsregisteret – register som inneholder relevante og nødvendige opplysninger for administrasjon av syketransport der pasienten reiser på rekvisisjon og helseforetakene dekker utgiftene ved direkteoppgjør til transportør.
- b) Enkeltoppgjørsregisteret – registre som inneholder relevante og nødvendige opplysninger for administrasjon av syketransport der pasienten reiser uten rekvisisjon og helseforetakene refunderer pasientens utgifter etter krav fra pasienten.
- c) Transportør – den som på helseforetakets regning utfører transport av pasienten til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

§ 3 Formål med registrene

Enkeltoppgjørsregisteret og Direkteoppgjørsregisteret for syketransport har til hovedformål å danne grunnlag for administrasjon av transport til undersøkelse og behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Enkeltoppgjørsregisteret skal i tillegg sikre en effektiv saksbehandling av refusjonskrav, inkludert riktige utbetalinger.

Direkteoppgjørsregisteret skal i tillegg samordne transporttjenester og utnytte transportkapasitet der pasienter reiser med rekvisisjon.

Enkeltoppgjørsregisteret og Direkteoppgjørsregisteret kan utarbeide statistikk (anonyme data) basert på opplysninger i registrene.

§ 4 Forbud mot bruk

Person- og helseopplysninger i Enkeltoppgjørsregisteret og i Direkteoppgjørsregisteret kan ikke brukes til andre formål enn det som følger av § 3.

Kapittel 2 Særskilte bestemmelser for Enkeltoppgjørsregisteret

§ 5 Databehandlingsansvarlig

Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS er databehandlingsansvarlig for innsamling og behandling av person- og helseopplysninger i Enkeltoppgjørsregisteret

§ 6 Databehandler

Helseforetakene ved de lokale enheter for pasientreiser og driftsleverandør er databehandlere for registeret, jf. helseregisterloven § 18. Disse skal blant annet sørge for drift og kvalitetssikring av registeret, tilrettelegging og utlevering av data.

§ 7 Opplysninger

Enkeltoppgjørsregisteret kan uten samtykke fra den registrerte inneholde følgende opplysninger:

- a) personens navn
- b) fødselsnummer eller annet entydig identifikasjonsnummer
- c) hvor og når pasienten har reist
- d) behandlingsstedets navn og adresse
- e) behandlingstid og dato
- f) andre forhold opplyst av pasienten som er relevante for behandlingen av krav om refusjon, så som spesielle hjelpemidler i forbindelse med transporten
- g) om pasienten har frikort eller ikke ved kravtidspunktet
- h) om fritt sykehusvalg er benyttet eller ikke
- i) om det var behov for ledsager(e)
- j) andre fritaksgrunner for egenandel, jf. syketransportforskriften

Opplysninger som nevnt i første ledd kan bare behandles i den grad det er nødvendig og relevant for å nå formålet med Enkeltoppgjørsregisteret.

§ 8 Plikt til innsending av opplysninger og forhold til taushetsplikt

Virksomheter og helsepersonell skal melde inn nødvendige opplysninger etter § 7 til Enkeltoppgjørsregisteret.

§ 9 Mottakers ansvar for kvalitetskontroll

Databehandlerne skal sørge for at person- og helseopplysninger som innsamles og behandles i Enkeltoppgjørsregisteret, er korrekte, relevante og nødvendige for de formål de innsamles for, jf. § 3.

§ 10 Informasjonssikkerhet

Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS og helseforetakene ved de lokale enheter for pasienttransport samt driftsleverandør skal gjennom planlagte og systematiske tiltak sørge for god informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet ved behandling av helseopplysninger etter forskriftens bestemmelser om Enkeltoppgjørsregisteret, jf. helseregisterloven § 16.

Der behandlingen av opplysningene skjer helt eller delvis med elektroniske hjelpemidler, gjelder bestemmelsene om informasjonssikkerhet i personopplysningsforskriften §§ 2-1 til 2-16.

§ 11 *Plikt til internkontroll*

Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS skal etablere internkontroll i samsvar med helseregisterloven § 17. De systematiske tiltakene skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter og størrelse i det omfang det er nødvendig å etterleve kravene i og i medhold av helseregisterloven. Det skal legges særlig vekt på kravene i helseregisterloven § 16.

Helseforetakene, som behandler person- og helseopplysninger til bruk for administrasjon av enkeltoppgjør, og eventuell driftsleverandør av Enkeltoppgjørregisteret skal behandle disse opplysningene i samsvar med de krav og rutiner Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS har oppstilt.

§ 12 *Internkontrollens innhold*

Internkontroll innebærer at Helseforetakenes senter for Pasientreiser ANS skal ha kunnskap om gjeldende regler om behandling av helseopplysninger, tilstrekkelig og oppdatert dokumentasjon for gjennomføring av rutiner, samt ha denne dokumentasjonen tilgjengelig for dem den måtte angå. Internkontrollen skal blant annet inneholde:

- a) oversikten over hvordan virksomheten er organisert,
- b) oversikt over ansvars- og myndighetsforhold,
- c) oversikt over de krav i og i medhold av helseregisterloven som gjelder for virksomheten
- d) rutiner virksomheten følger for å sikre overholdelse av kravene, herunder rutiner for:
 - oppfyllelse av krav om at personidentifiserbare opplysninger bare behandles når dette er nødvendig for å fremme formålet med registeret, og i tråd med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt
 - oppfyllelse av begjæringen om informasjon og innsyn, jf. helseregisterloven §§ 21 til 25
 - hvordan virksomheten oppfyller bestemmelsen om utlevering av opplysninger fra registeret, jf. forskriften § 25.
- e) rutiner virksomheten følger dersom avvik oppstår og opplysninger om hvem som er ansvarlig,
- f) rutiner virksomheten følger for å hindre gjentakelse av avvik og opplysninger om hvem som er ansvarlig,
- g) rutiner for hvordan virksomheten systematisk og regelmessig gjennomgår sin internkontroll for å kontrollere at aktivitetene og resultatene av dem stemmer overens med det system virksomheten har fastlagt, og om det medfører oppfyllelse av helseregisterlovgivningen,
- h) rutiner om hvordan virksomheten sikrer seg at alle aktuelle og kun gjeldende rutiner blir benyttet, og
- i) rutiner for hvordan virksomheten sikrer at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å overholde forskriftens krav.

Kapittel 3 Særskilte bestemmelser for Direkteoppgjørregisteret

§ 13 Databehandlingsansvarlig

Det regionale helseforetaket som departementet beslutter at har det overordnede ansvaret for administrering av ordningen med direkteoppgjør, er databehandlingsansvarlig for registeret.

Helseforetak, som behandler opplysninger i forbindelse med direkteoppgjør, er databehandlingsansvarlig for behandling av opplysninger i forbindelse med den transportplanleggingen de utfører i registeret.

§ 14 Databehandler

De databehandlingsansvarlige, jf. § 13, kan i fellesskap inngå avtale om drift av registeret med en databehandler, jf. helseregisterloven § 18. Databehandler skal blant annet sørge for drift og kvalitetssikring av registeret, tilrettelegging og utlevering av data.

§ 15 Opplysninger i registeret

Direkteoppgjørregisteret kan uten samtykke fra den registrerte inneholde følgende opplysninger:

- a) personens navn
- b) fødselsnummer eller annet entydig identifikasjonsnummer
- c) hvor og når pasienten skal hentes og bringes
- d) eventuelle særskilte transportbehov
- e) hvilket beløp pasienten skal betale i egenandel
- f) om det er behov for ledsager(e)
- g) om fritt sykehusvalg er benyttet eller ikke

Opplysninger som nevnt i første ledd kan bare behandles i den grad det er nødvendig og relevant for å nå formålet med Direkteoppgjørregisteret.

§ 16 Plikt til innsending av opplysninger og forhold til taushetsplikt

Virksomheter og helsepersonell skal sørge for å melde inn nødvendige opplysninger etter § 15 til Direkteoppgjørregisteret.

§ 17 Mottakers ansvar for kvalitetskontroll

Databehandlerne skal sørge for at person- og helseopplysninger som innsamles og behandles i Direkteoppgjørregisteret, er korrekte, relevante og nødvendige for de formål de innsamles for, jf. § 3.

§ 18 Utlevering og annen behandling av opplysningene

Direkteoppgjørregisteret skal utlevere relevante og nødvendige personidentifiserbare opplysninger til transportør. Dette omfatter følgende opplysninger:

- a) navn
- b) rekvisisjonsnummer
- c) henteadresse
- d) leveringsadresse
- e) eventuelle særskilte transportbehov
- f) hvilket beløp pasienten skal betale i egenandel
- g) tur-ID
- h) kontrakts-ID som skal benyttes for transporten og oppgjør

§ 19 Informasjonssikkerhet

Det regionale helseforetaket som har det overordnede ansvaret for administrering av ordningen med direkteoppgjør, og helseforetakene ved de lokale enheter for pasienttransport og eventuell driftsleverandør skal gjennom planlagte og systematiske tiltak sørge for god informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet ved behandling av helseopplysninger etter forskriftens bestemmelser om Direkteoppgjørregisteret, jf helseregisterloven § 16.

Der behandlingen av opplysningene skjer helt eller delvis med elektroniske hjelpemidler, gjelder bestemmelsene om informasjonssikkerhet i personopplysningsforskriften §§ 2-1 til 2-16.

§ 20 Plikt til internkontroll

Det regionale helseforetaket som har det overordnede ansvaret for administrering av ordningen med direkteoppgjør og helseforetakene ved de lokale enheter for pasienttransport skal etablere internkontroll i samsvar med helseregisterloven § 17. De systematiske tiltakene skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter og størrelse i det omfang det er nødvendig å etterleve kravene i og i medhold av helseregisterloven. Det skal legges særlig vekt på kravene i helseregisterloven § 16.

Databehandler, jf. forskriften § 8 tredje ledd, skal behandle opplysningene i samsvar med de krav og rutiner som er satt av de databehandlingsansvarlige.

§ 21 Internkontrollens innhold

Internkontroll innebærer at det regionale helseforetaket som har det overordnede ansvaret for administrering av ordningen med direkteoppgjør og helseforetak som behandler person- og helseopplysninger til administrasjon av direkteoppgjør skal ha kunnskap om gjeldende regler om behandling av helseopplysninger, tilstrekkelig og oppdatert dokumentasjon for gjennomføring av

rutiner, samt ha denne dokumentasjonen tilgjengelig for dem den måtte angå. Internkontrollen skal blant annet inneholde:

- a) oversikten over hvordan virksomheten er organisert,
- b) oversikt over ansvars- og myndighetsforhold,
- c) oversikt over de krav i og i medhold av helseregisterloven som gjelder for virksomheten
- d) rutiner virksomheten følger for å sikre overholdelse av kravene, herunder rutiner for:
- e) oppfyllelse av krav om at personidentifiserbare opplysninger bare behandles når dette er nødvendig for å fremme formålet med registeret, og i tråd med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt
- f) oppfyllelse av begjæringen om informasjon og innsyn, jf. helseregisterloven §§ 21 til 25
- g) hvordan virksomheten oppfyller bestemmelsen om utlevering av opplysninger fra registeret, jf. forskriften § 25.
- h) rutiner virksomheten følger dersom avvik oppstår og opplysninger om hvem som er ansvarlig,
- i) rutiner virksomheten følger for å hindre gjentakelse av avvik og opplysninger om hvem som er ansvarlig,
- j) rutiner for hvordan virksomheten systematisk og regelmessig gjennomgår sin internkontroll for å kontrollere at aktivitetene og resultatene av dem stemmer overens med det system virksomheten har fastlagt, og om det medfører oppfyllelse av helseregisterlovgivningen,
- k) rutiner om hvordan virksomheten sikrer seg at alle aktuelle og kun gjeldende rutiner blir benyttet, og
- l) rutiner for hvordan virksomheten sikrer at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å overholde forskriftens krav.

Kapittel 4 Fellesbestemmelser for Enkeltoppgjørsregisteret og Direkteoppgjørsregisteret – taushetsplikt – behandling av opplysninger

§ 22 Taushetsplikt

Enhver som behandler helseopplysninger etter denne forskriften, har taushetsplikt etter helseregisterloven § 15.

§ 23 Registrertes rett til informasjon og innsyn

Registrerte har rett til informasjon og innsyn i behandling av person- og helseopplysninger om seg selv i samsvar med helseregisterloven §§ 22 til 25.

§ 24 Statistikk fra Enkeltoppgjørsregisteret og Direkteoppgjørsregisteret

Enkeltoppgjørsregisteret kan utarbeide statistikk basert på anonymiserte opplysninger i registeret.

Direkteoppgjørsregisteret kan utarbeide statistikk basert på anonymiserte opplysninger i registeret.

§ 25 Sammenstilling og utlevering av opplysningene

Personidentifiserbare opplysninger i Direkteoppgjørsregisteret kan sammenstilles med personidentifiserbare opplysninger i Enkeltoppgjørsregisteret. Personidentifiserbare opplysninger i Enkeltoppgjørsregisteret kan sammenstilles med personidentifiserbare opplysninger i Direkteoppgjørsregisteret.

Direkteoppgjørsregisteret og Enkeltoppgjørsregisteret skal utlevere relevante og nødvendige personidentifiserbare opplysninger til Egenandelsregisteret, jf. forskrift om innsamling og behandling av person- og helseopplysninger i Egenandelsregisteret (Egenandelsregisterforskriften) § 7. Disse opplysningene skal ved direkteoppgjør utleveres innen 14 dager etter at egenandelen er betalt. Ved enkeltoppgjør skal opplysningene utleveres innen 14 dager etter at refusjonen er utbetalt.

Kapittel 5 Avsluttende bestemmelser

§ 26 Straff

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens som fortsettelig eller grovt uaktsomt overtrer bestemmelser fastsatt i denne forskriften §§ 8, 16 og helseregisterloven § 13a straffes med bøter eller fengsel inntil tre måneder eller begge deler.

Den som fortsettelig eller grovt uaktsomt overtrer bestemmelser fastsatt i denne forskriften §§ 4, 10, 11, 19 og 20 straffes med bøter eller fengsel inntil ett år eller begge deler.

§ 27 Ikrafttredelse

Denne forskriften trer i kraft 1. januar 2010.