



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 3 L

(2021–2022)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasientjournalloven
(tilgjengeliggjøring av og betaling for
nasjonale e-helseløsninger m.m.)

Innhold

1	Hovedinnholdet i proposisjonen	5	4.3	Departementets vurderinger	29
			4.3.1	Pliktene til Norske helsenett SF ...	29
			4.3.2	Virksomhetenes plikt til å gjøre løsningene tilgjengelige for personellet	30
			4.3.3	Virksomhetenes plikt til å betale for forvaltning og drift	32
			4.4	Norsk helsenett SFs tilgang til folkeregisteropplysninger	36
2	Gjeldende rett	7	5	Departementets vurdering av forholdet til annen lovgivning	37
2.1	Pasientjournalloven	7	5.1	Forholdet til kommuneloven	37
2.1.1	Pasientjournalloven § 12 og reseptformidlerforskriften	7	5.2	Forholdet til EØS-retten	37
2.1.2	Pasientjournalloven § 13 og kjernejournalforskriften	8	5.2.1	Forholdet til reglene om fri bevegelse	37
2.2	Helseregisterloven	9	5.2.2	Forholdet til anskaffelsesreglene	39
2.3	Helse- og omsorgstjenesteloven ...	9	5.2.3	Forholdet til statsstøttereglene ...	39
2.4	Spesialisthelsetjenesteloven	9	5.3	Svalbard og Jan Mayen	40
3	Bakgrunn for lovforslagene	10	6	Administrative og økonomiske konsekvenser	41
3.1	Nasjonale mål for digitalisering av helse- og omsorgssektoren	10	6.1	Tilgjengeliggjøring og bruk av løsningene	41
3.2	Eksisterende nasjonale e-helseløsninger	11	6.2	Betaling for kostnadene til forvaltning og drift	42
3.2.1	Helsenettet, inkludert grunndata og helseID	11	7	Merknader til de enkelte lovbestemmelsene	43
3.2.2	Nasjonal kjernejournal	12			
3.2.3	E-resept (Reseptformidleren mv.)	13			
3.2.4	Helsenorge.no	14			
3.3	Innføring av e-helseløsningene i kommunal helse- og omsorgstjeneste	15			
3.4	Dagens finansieringsmodell for forvaltning og drift	16			
3.5	Høringen	17			
3.5.1	Høringsinstansene	17			
3.5.2	Generelt om høringsuttalelsene ...	22			
4	Endringer i pasientjournalloven	23		Forslag til lov om endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.)	45
4.1	Høringsforslaget	23			
4.2	Høringsinstansenes syn	23			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 3 L

(2021–2022)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 1. oktober 2021,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Hovedinnholdet i proposisjonen

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i denne proposisjonen endringer i pasientjournalloven §§ 8 og 21. Forslaget gir departementet hjemmel til å gi forskrifter som pålegger virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å gjøre tilgjengelig og ta i bruk fire bestemte nasjonale e-helseløsninger i sin virksomhet. Dette gjelder løsningen for elektroniske resepter (e-resept), Nasjonal kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet. Forslaget gir også departementet hjemmel til å gi forskrifter som pålegger virksomhetene å betale for forvaltning og drift av disse løsningene.

Departementet foreslår videre at Norsk helsenett SF gis hjemmel til å innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt og til å etablere en kopi av Folkeregisteret, som også kan sammenstilles med andre nødvendige opplysninger. Folkeregisteropplysningene kan benyttes av virksomheter i helse- og omsorgssektoren. Dette forslaget er uavhengig av for-

slaget om plikt til å tilgjengeliggjøre og betale for de nasjonale e-helseløsningene.

Formålet med lovendringene er å styrke og legge til rette for digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å bidra til gode og effektive helse- og omsorgstjenester. Endringene skal også legge til rette for bedre nasjonal samordning og samhandling mellom forvaltningsnivåene. De fire nasjonale e-helseløsningene er nødvendige for å levere gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne og for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet, personvern og effektiv bruk av offentlige ressurser.

At relevante og nødvendige opplysninger følger den enkelte pasienten og er tilgjengelige for helsepersonellet, kan være avgjørende for å yte forsvarlig helsehjelp. I enkelte tilfeller kan tilgang til relevante helseopplysninger hindre vesentlig helseskade og handle om liv og død. For at de nasjonale e-helseløsningene skal bli mest mulig

effektive, er det viktig at de brukes av alle relevante aktører i sektoren.

Både spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for å levere helse- og omsorgstjenester til pasientene som de nasjonale e-helseløsningene skal understøtte. Pasientene har nytte av løsningene i form av bedre helse- og omsorgstjenester og tidsbesparelser. Nyttien for spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgs-

tjenesten kommer i form av spart tid, økt pasientsikkerhet og redusert antall feilbehandlinger.

Dersom utgiftene til drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene øker betydelig, kan det bli aktuelt å kompensere kommunene og helseforetakene for deler av merutgiftene.

Departementets forslag er en oppfølging av Meld. St. 6 (2020–2021) som trakk tilbake forslaget om ny e-helselov fra behandling i Stortinget.

2 Gjeldende rett

2.1 Pasientjournalloven

Pasientjournalloven gjelder behandling av helseopplysninger som er nødvendige for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til enkeltpersoner. Av pasientjournalloven § 7 om krav til behandlingsrettede helseregistre (pasientjournaler mv.) følger det at behandlingsrettede helseregistre skal understøtte pasientforløp i klinisk praksis og være lett å bruke og å finne fram i. De skal også være utformet og organisert slik at krav fastsatt i eller i medhold av lov kan oppfylles. Etter siste ledd kan departementet gi forskrift om plikt til å ha elektroniske systemer, om godkjenning av programvare og sertifisering og om bruk av standarder, standardsystemer, kodeverk og klassifikasjonssystemer. Av § 8 om virksomheters plikt til å sørge for behandlingsrettede helseregistre, følger det at virksomheter som yter helsehjelp skal sørge for å ha behandlingsrettede helseregistre for gjennomføring av helsepersonells dokumentasjonsplikt, jf. helsepersonelloven § 39.

Videre følger det av pasientjournalloven § 10 anledning til å etablere nasjonale behandlingsrettede helseregistre ved forskrift. Slike helseregistre skal gjelde på bestemte områder og komme i stedet for virksomhetsinterne pasientjournaler. Dette sikter til løsninger som for eksempel legemiddelregister, bilderegister eller epikriseregister. Eventuelle forskrifter skal gi nærmere bestemmelser om drift, behandling og sikring av helseopplysningene, om dataansvar, om tilgangskontroll og om hvordan rettighetene til pasienten eller brukeren skal ivaretas. I forskrifter etter bestemmelsen kan det bestemmes at løsningene skal benyttes av alle aktører i helse- og omsorgstjenesten.

Pasientjournalloven er oppdatert 20. juli 2018 og i samsvar med ny personopplysningslov og EUs personvernforordning.

2.1.1 Pasientjournalloven § 12 og reseptformidlerforskriften

Pasientjournalloven § 12 gir hjemmel til å gi forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjo-

nal database for resepter (Reseptformidleren). Forskrift 21. desember 2007 nr. 1610 om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter (Reseptformidlerforskriften) er videreført med hjemmel i denne bestemmelsen.

Av lovbestemmelsen følger det at opplysningene kan behandles uten samtykke fra pasienten.

Reseptformidlerforskriften regulerer Reseptformidleren. Forskriften gir regler for innsamling, behandling og utlevering av helseopplysninger i registeret, om formålet og om hvem som er dataansvarlig for opplysningene.

Formålet med Reseptformidleren er beskrevet i forskriften § 1-2. Formålet er å sørge for sikker og effektiv elektronisk formidling av resepter og reseptopplysninger mellom aktørene i helse- og omsorgstjenesten og statlig helseforvaltning, samt bandasjister, som har et legitimt og tjenstlig behov for slik informasjon, og for å bidra til at pasienten gis helsehjelp på en forsvarlig og effektiv måte. Dette omfatter også viderefremidling av informasjon til den nasjonale kjernejournalen. Formidlingen skal ivareta hensynet til pasientens personvern og frie apotek- og bandasjistvalg.

Norsk helsenett SF er dataansvarlig for Reseptformidleren, jf. § 1-5.

Av § 1-4 følger det at opplysningene i Reseptformidleren ikke kan anvendes til andre formål enn de som er nevnt i § 1-2. Videre følger det at opplysninger ikke kan utleveres til arbeidsgivere, i forsikringsøyemed, til påtalemyndighet eller domstol, eller til forskning, selv om den registrerte samtykker.

I § 1-7 er det regulert hvilke typer opplysninger Reseptformidleren kan inneholde. Innholdet er knyttet til personer som har fått rekvirert legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler ved resept og innholdet i reseptene. I tillegg registreres enkelte administrative opplysninger.

Av §§ 2-1 og 2-2 følger det at rekvirenter ved rekvirering av legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler, og ansatte i apotek og bandasjist skal melde resepten eller opplysninger om behandling av denne til reseptformidleren.

Det samme gjelder notifisering eller søknad om unntak fra kravet om markedsføringstillatelse. Melding skjer uten hinder av taushetsplikt. Meldeplikten gjelder ikke dersom rekvirenten, ved rekvirering, ikke har tilgang til et datasystem som gir rekvirenten mulighet til å sende elektroniske resepter. Meldeplikten gjelder heller ikke dersom pasienten ønsker å få utlevert legemidler i utlandet. Også Statens legemiddelverk har meldeplikt til reseptformidleren, jf. § 2-3.

Melding av opplysninger som nevnt i §§ 2-1 til 2-3 skal skje elektronisk på et meldingsformat fastsatt av den dataansvarlige. Dette følger av § 2-4. Alle meldinger skal være elektronisk signert. Resepter skal være signert av autorisert helsepersonell med rekvireringsrett.

Virksomheter hvor det rekvireres legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler på resept, samt apotek, bandasjist og Statens legemiddelverk har ansvar for at pliktene som nevnt i § 2-1 til § 2-3 oppfylles, og skal sørge for at det finnes rutiner som sikrer dette, jf. § 2-5.

Den dataansvarlige skal sikre at opplysningene som blir meldt inn og behandlet i Reseptformidleren er relevante og nødvendige for bruk til formidlerens formål, jf. § 2-6. Dersom de innsendte opplysningene ikke er meldt i henhold til kravene, skal ikke opplysningene tas inn i Reseptformidleren. Dersom Reseptformidleren ved kontroll av resepter ikke kan konstatere om avsender er autorisert helsepersonell med rekvireringsrett, skal opplysningene ikke tas inn i Reseptformidleren. Reseptformidleren skal sende varsel til avsender om dette.

2.1.2 Pasientjournalloven § 13 og kjernejournalforskriften

Pasientjournalloven § 13 gir hjemmel til forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal kjernejournal. Nasjonal kjernejournal er et sentralt virksomhetsovergrepene behandlingsrettet helseregister. Journalen skal inneholde et begrenset sett relevante helseopplysninger som er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp.

Opplysninger kan registreres og på annen måte behandles uten samtykke fra pasienten. Den registrerte har imidlertid rett til å motsette seg at helseopplysninger behandles i registeret. Kjernejournal vil da ikke bli etablert for vedkommende.

Det er gitt forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften). Etter § 1 er formålet med kjernejournalen å øke pasientsikkerheten ved å bidra til rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten.

Norsk helsenett SF er dataansvarlig for den nasjonale kjernejournalen, jf. § 2.

Av § 3 følger det at nasjonal kjernejournal kan opprettes for alle personer som omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 og som har fødselsnummer eller d-nummer. Den registrerte har rett til å reservere seg mot behandling av helseopplysninger.

Videre følger det av § 4 hva en nasjonal kjernejournal kan inneholde av opplysninger. Dette omfatter blant annet alvorlige allergiske reaksjoner, implantater, andre kritiske opplysninger, kontakt med helsetjenesten og oversikt over legemidler og annet rekvirert på resept.

Melding av opplysninger til kjernejournalen kan skje uten hinder av taushetsplikt, jf. § 5.

Den registrerte har rett til innsyn i egne opplysninger i kjernejournalen, og i opplysninger om hvem som har gjort oppslag i denne, jf. § 6. Den registrerte skal videre informeres om oppslag i kjernejournalen. Krav om retting eller sletting av opplysninger skal framsettes overfor primærkilden for opplysningene, med mindre feilen oppstod ved registreringen i kjernejournalen. Den registrerte kan kreve at tilgangen til opplysningene i kjernejournalen blir sperret.

Helsepersonell med tjenstlig behov ved ytelse av helsehjelp kan etter samtykke fra den registrerte gis tilgang til nødvendige og relevante helseopplysninger fra nasjonal kjernejournal. Kravet om samtykke gjelder ikke i akutt situasjoner der det er alvorlig fare for pasientens liv, når det ikke er tid til å innhente pasientens samtykke eller dersom pasienten på grunn av sin fysiske eller psykiske tilstand ikke er i stand til å samtykke, jf. forskriften § 7 første ledd. Det skal registreres i kjernejournalen hvorfor samtykke ikke er innhentet. Videre er det fastsatt unntak fra samtykkekravet i § 7 andre ledd. Når det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp til pasienten, kan fastlegen, helsepersonell med legemiddelansvar i sykehjem og i hjemmesykepleien og lege og sykepleier i spesialisthelsetjenesten og den akuttmedisinske kjeden gis tilgang til helseopplysninger i den nasjonale kjernejournalen uten pasientens samtykke.

Trekker den registrerte tilbake sitt samtykke til registrering av opplysninger, skal opplysningene slettes, jf. § 8.

Av § 9 følger det at tilgang til kjernejournalen skal skje gjennom autorisasjons- og autentiseringsløsningen i egen virksomhet. Hver virksomhet skal etablere nødvendige organisatoriske og tekniske tiltak for tildeling, administrasjon og kontroll av autorisasjoner for tilgang til helseopplys-

ninger i nasjonal kjernejournal. En autorisasjon skal knyttes til en entydig identifisert person i en bestemt rolle og være tidsbegrenset. Den som gis elektronisk tilgang til helseopplysninger i nasjonal kjernejournal skal autentiseres på et høyt sikkerhetsnivå.

Opplysninger i kjernejournalen skal slettes når de ikke lenger er nødvendige for formålet med behandlingen av dem, jf. § 10.

2.2 Helseregisterloven

Helseregisterloven gjelder for behandling av helseopplysninger til statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap i helse- og omsorgsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten. Lovens formål er å legge til rette for innsamling og annen behandling av helseopplysninger, for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Loven skal sikre at behandlingen foretas på en etisk forsvarlig måte, ivaretar den enkeltes personvern og brukes til individets og samfunnets beste.

Etter helseregisterloven § 6 tredje ledd kan departementet gi forskrift om godkjenning av programvare, sertifisering og om bruk av standarder, klassifikasjonssystemer og kodeverk, samt hvilke nasjonale eller internasjonale standardssystemer som skal følges ved behandling av helseopplysninger etter denne loven.

Helseregisterloven er oppdatert 20. juli 2018 og i samsvar med ny personopplysningslov og EUs personvernforordning.

2.3 Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester,

skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. Dette følger av § 5-10. Videre er det presisert at de skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. I Prop. 91 L (2010–2011) er det i merknadene til bestemmelsen presisert at kravet forutsetter at virksomheter som samarbeider med hverandre har dialog og effektivt samarbeid om journal- og informasjonssystemenes utvikling. Tilsvarende forpliktelse følger for spesialisthelsetjenesten av spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, se punkt 2.4.

2.4 Spesialisthelsetjenesteloven

Helseinstitusjon som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Den skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Dette følger av § 3-2. I Prop. 91 L (2010–2011) er det i merknadene til bestemmelsen presisert at kravet forutsetter at virksomheter som samarbeider med hverandre har dialog og effektivt samarbeid om journal- og informasjonssystemenes utvikling. Videre følger det at virksomhetene derfor bør søke kunnskap om samarbeidende virksomheters journal- og informasjonssystemer. Kravet innebærer blant annet at man tar i bruk nasjonale standarder og funksjonskrav der disse er omforent eller fastsatt av myndighetene. Dette innebærer at funksjonskrav og krav til standardisering bør inngå allerede i planleggingsfasen av og i anskaffelsesgrunnlaget for en nyanskaffelse eller videreutvikling. Videre følger det at departementet kan gi forskrift om drift, innhold og opprettelse av journal- og informasjonssystemer.

3 Bakgrunn for lovforslagene

3.1 Nasjonale mål for digitalisering av helse- og omsorgssektoren

Lovforslagene må ses i sammenheng med de langsiktige målene for digitalisering av helse- og omsorgssektoren og Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025. I Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* har regjeringen satt tydelige mål for digitaliseringen de neste fire årene. I meldingen presiseres det at målet nedfelt i Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal* ligger fast. Realisering av arbeidet med én innbygger – én journal er delt opp i fire overordnede tiltak:

1. Helseplattformen i Midt-Norge,
2. samordnet utvikling av de øvrige helseregionenes journalløsninger,
3. felles kommunal journalløsning utenfor helse-regionen Midt-Norge,
4. videreutvikling og styrking av de nasjonale løsningene for samhandling.

Det juridiske grunnlaget for realisering av arbeidet med én innbygger – én journal behandles i en separat prosess.

Bakgrunnen for denne lovproposisjonen er behovet for å styrke og videreutvikle de nasjonale e-helseløsningene. Innføring av de nasjonale e-helseløsningene vil legge til rette for bedre samhandling og pasientinvolvering på kort- og mellomlang sikt, og være viktige forberedelser for å kunne realisere målene på lengre sikt. For eksempel vil innføring av kjernejournal både gi nye grupper av helsepersonell bedre tilgang til viktig pasientinformasjon og bidra til at aktørene innfører nødvendig IKT- og sikkerhetsinfrastruktur samt endrer egne arbeidsprosesser. Dette er nyttige steg på veien mot de langsiktige målene.

Digitalisering er et sentralt virkemiddel for å effektivisere og videreutvikle helse- og omsorgstjenesten. For å sikre bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og mer effektiv bruk av offentlige ressurser, er det nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i teknologi på en bedre måte. Digital transformasjon er i regjeringens Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025 beskrevet

som å endre de grunnleggende måtene virksomhetene løser oppgavene på ved hjelp av teknologi.

Aktørbildet i helse- og omsorgssektoren er komplekst og består av flere tusen selvstendige virksomheter. Gjennom lokale, regionale og nasjonale beslutninger er det skapt et fragmentert IKT-landskap, hvor det er krevende for aktørene å dele og få tilgang til nødvendige opplysninger på tvers av ulike tjenester, systemer og nivåer. I tillegg forholder de ulike aktørene seg til ulike styringslinjer, noe som gjør det utfordrende å få til nasjonal koordinering av digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren.

Helsehjelp til den enkelte pasient ytes i stor grad i et tett samarbeid mellom helsepersonell i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. For å kunne gi best mulig helsehjelp er det en forutsetning at relevante og nødvendige helseopplysninger følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. Mangelfull tilgang til helseopplysninger om pasientene medfører at helsepersonellet må foreta helsefaglige vurderinger basert på ufullstendig informasjon. Flere helsevirksomheter enn tidligere er involvert i behandling og oppfølging av samme pasient. Eksisterende IKT-systemer understøtter ikke godt nok helhetlige pasientforløp og informasjonsdeling mellom virksomheter og omsorgs- og tjenestenivå. Pasienter må ofte selv være «bærer» av informasjon som er kritisk for deres behandling. Det er derfor et økende behov for å utveksle informasjon mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Nasjonal digital infrastruktur og de nasjonale samhandlingsløsningene blir følgelig en stadig mer integrert del av helse- og omsorgstjenesten.

OECD peker i rapporten *Helse i det 21. århundre* på at helse- og omsorgssektoren ligger 10–15 år bak andre sektorer når det gjelder å utnytte potensialet i digitalisering. Rapporten peker på de samme utfordringene som departementet ser i Norge. Leverandørene må forholde seg til mange små aktører som hver for seg bestiller løsninger og endringer i disse. Dette bidrar til et fragmentert IKT-landskap som skaper utfordringer for samhandling og deling informasjon om pasienten fordi denne er lagret i mange forskjellige

systemer hos mange ulike aktører. Helsepersonell og pasienter har mangelfull oversikt over viktige helseopplysninger. Dette er en fare for pasient-sikkerheten og kan gå ut over helsepersonells plikt til å yte forsvarlig helsehjelp og helse- og omsorgstjenestens sørge-for-ansvar.

OECD trekker fram strukturer som ble etablert i den «før-digitale tiden» som forklaring på at digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren går sakte. Regelverk, organisering og finansierings- og styringsmodeller er ikke tilpasset en digital virkelighet. I Norge brukes et bredt sett av virkemidler for å håndtere denne situasjonen og videreutvikle helse- og omsorgssektoren.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019–2020)) peker på to overordnede grep for å øke digitaliseringstakten i sektoren:

- Tydeligere mål for digitaliseringen: Verdien av digitaliseringen ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene. I planen presenterer regjeringen et målbilde for pasientbehandlingen de neste årene. Dette målbildet skal være førende for gjennomføringen av digitaliseringstiltak.
- Tydeligere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen: Regjeringen vil ta et større ansvar for å sette retning og rammer for IKT-utviklingen – både gjennom styring av etater og helseregioner, samarbeid med kommunesektoren, bruk av regulering og helsefaglig normering, og budsjettforslag. Det betyr ikke at alt skal bestemmes nasjonalt, men at rammen for det lokale handlingsrommet og oppdraget til både tjenesten og forvaltningen må bli tydeligere.

Det er behov for nasjonal samordning for å sikre en e-helseutvikling som understøtter hele pasientforløpet i alle ledd av tjenesten. Alle som deltar i behandling og oppfølging av pasientene skal ha tilgang til nødvendig helseinformasjon om pasientene. Helhetlige systemer gir bedre kommunikasjon om pasientene, bedre mulighet til å forebygge og oppdage sykdom og mer effektiv helsehjelp.

3.2 Eksisterende nasjonale e-helseløsninger

Nasjonale e-helseløsninger gir innbyggerne og helsepersonell muligheten til å få tilgang til, se, bruke og dele helseinformasjon digitalt. Helsepersonellens adgang til informasjon om pasientene er knyttet til tjenstlig behov og regulert i eget regel-

verk. Departementet foreslår ingen endringer i dette regelverket. De nasjonale e-helseløsningene er viktige for at helse- og omsorgstjenesten kan oppfylle sitt sørge-for-ansvar som følger av spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Løsningene bør benyttes av alle relevante aktører i tjenesten for å gi best mulig effekt. Løsningene gir nytte for innbyggerne, helseforetak, kommunene og private aktører i sektoren, og de ivaretar nasjonale hensyn som det ikke er mulig eller hensiktsmessig å ivareta på annen måte.

3.2.1 Helsenetten, inkludert grunndata og helseID

Alle delene av helse- og omsorgstjenesten er i dag avhengig av å kunne kommunisere elektronisk med hverandre for å kunne yte effektive og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Helsenetten brukes i dag av de fleste aktører i sektoren, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Helsenetten ble i utgangspunktet etablert som en fysisk nettverksinfrastruktur. Nettverket har over tid utviklet seg til en kommunikasjonsløsning som inkluderer nasjonal infrastruktur, fellestjenester og felleskomponenter for utveksling av opplysninger med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Helsenetten er forbeholdt medlemmer og ivaretar høy grad av sikkerhet og tilgjengelighet. Helsenetten er ikke én løsning, men består av flere elementer som samlet muliggjør sikker utveksling av informasjon. I lovforslagene omtales likevel helsenetten som én nasjonal e-helseløsning.

Informasjonen i helsenetten formidles i en sikker infrastruktur som består av de samme fysiske linjene som benyttes av alle andre aktører som sender informasjon over internett. Norsk helsenett SF avholder konkurransen for å anskaffe linjekapasitet og nettverksutstyr i markedet. Informasjonen formidles over denne fysiske infrastrukturen i et eget logisk nett som eies, konfigureres og kontrolleres av Norsk helsenett SF. Medlemmene gis lokal tilknytning gjennom såkalte aksessnett som ulike operatører tilbyr, enten direkte til medlemmene eller formidlet via Norsk helsenett SF.

For å bli medlem av helsenetten må virksomhetene forplikte seg til å oppfylle kravene i Norm for informasjonssikkerhet og personvern i helse- og omsorgssektoren (Normen). Dette bidrar til å sikre at alle medlemmene oppfyller minimumskrav til informasjonssikkerhet og personvern, og behovet for bilaterale avtaler mellom partene reduseres. Helsenetten er dermed også en juridisk og avtalemessig konstruksjon som legger til rette

for enkel, sikker, enhetlig og effektiv informasjonsutveksling og medlemsforvaltning.

Helsenettet skal bidra til sikker og effektiv elektronisk samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Staten, offentlig eid spesialisthelsetjeneste, kommunene, fastleger, fysioterapeuter og andre med refusjonsavtaler står for over 90 prosent av kommunikasjonen i helsenettet. Ti prosent av bruken gjelder kommunikasjon til og fra apotek og private sykehus med eller uten avtale med det offentlige. Om lag 300 kommersielle leverandører benytter infrastrukturen til å levere ulike tjenester til virksomheter som er tilkoblet helsenettet. Dette er for eksempel journal-systemer og andre fagsystemer, betalingsløsninger og ordinære IKT-løsninger.

Grunndata og helseID

Grunndata er en tjeneste for å tilgjengeliggjøre og presentere ulike administrative registerdata, og en felleskomponent i helsenettet som tilgjengeliggjøres for aktørene i helsenettet. Grunndata omfatter informasjon om personer, personell og virksomheter og består i dag av registre som Helsedirektoratet og Norsk helsenett SF har ansvar for. Dette er informasjon som er nødvendig for sikker og helhetlig samhandling mellom alle aktørene i helse- og omsorgstjenesten. Grunndata benyttes av aktørene i sektoren; spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, helse- og omsorgsforvaltningen, nasjonale løsninger som kjernejournal, helsenorge.no, e-resept og NAV. Totalt er 13000 virksomheter integrert med grunndata. I 2020 ble det gjort om lag 5.9 mrd. oppslag i grunndataløsningen.

Grunndataløsningen har per 2020 følgende informasjonskilder:

- Om personer: personregisteret, felles hjelpe-nummer og fastlegeregisteret.
- Om virksomheter: adresseregisteret, bedriftsregisteret, register over enheter i spesialisthelsetjenesten, helsetjenestekatalogen og fastlegeregisteret.
- Om personell: helsepersonellregisteret, legestillingsregistre og fastlegeregisteret.

HelseID er en sikkerhetskomponent som understøtter identitets- og tilgangsstyring mellom aktørene i helsesektoren. Gjennom en teknisk prosess hvor helsepersonell autentiseres, kan aktørene vurdere forespørsler om tilgang til helseopplysninger. HelseID legger til rette for at aktørene skal ha tilstrekkelig tillit for å kunne dele data og dokumenter mellom seg. HelseID legger videre til

rette for at helsepersonell kan få engangspålogging (Single Sign-On). Personell som er autentisert med tilstrekkelig sikkerhetsnivå (e-ID) lokalt, vil ved bruk av helseID kunne få tilgang til nasjonale e-helseløsninger, og data og dokumenter som deles fra andre helsevirksomheter, via én sikker pålogging. HelseID vil også kunne viderefremme informasjon fra brukerens fagsystemer for å bekrefte brukerens autorisasjon, herunder om brukeren er helsepersonell. HelseID benyttes i dag for å få effektiv og sikker tilgang til utvalgte nasjonale e-helseløsninger, nasjonale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre. Det er stor pågang fra aktørene i sektoren om å ta i bruk helseID og flere av prosjektene som inngår i den nasjonale e-helseporteføljen vil etter planen ta i bruk helseID framover.

3.2.2 Nasjonal kjernejournal

Nasjonal kjernejournal er etablert for å øke pasientsikkerheten. I den enkeltes kjernejournal er et utvalg viktige opplysninger gjort tilgjengelige for helsepersonell med tjenstlig behov, uavhengig av hvor pasienten tidligere har mottatt helsehjelp. Dette bidrar til økt pasientsikkerhet i tilfeller der helsepersonellet mangler oppdaterte opplysninger i eget journalsystem, og særlig i situasjoner der pasienten får akutt helsehjelp.

Nasjonal kjernejournal er et nasjonalt behandlingsrettet helseregister hjemlet i pasientjournalloven § 13 og nærmere regulert i kjernejournalforskriften. Formålet med forskriften er angitt i § 1: «Forskriften etablerer en nasjonal kjernejournal som sammenstiller vesentlige helseopplysninger om den registrerte og gjør opplysningene tilgjengelige for helsepersonell som trenger dem for å yte forsvarlig helsehjelp. Formålet med kjernejournal er å øke pasientsikkerheten ved å bidra til rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten».

Kjernejournal er en nasjonal e-helseløsning som gjør at helsepersonell uavhengig av om de arbeider ved sykehus, på legevakt, i hjemmesykepleien, på sykehjem, på helsestasjon eller som fastlege, skal kunne få tilgang til nødvendig informasjon om pasientene de skal gi helsehjelp til. Kjernejournalen inneholder informasjon om personalia, familierelasjoner med kontaktinformasjon og informasjon om hvem som er personens fastlege. Videre inneholder kjernejournalen viktige opplysninger om helsen til den enkelte innbyggeren, som for eksempel sykdomshistorikk, informasjon om alvorlige allergier eller overfølsomhetsreaksjoner, implantater, viktige behandlinger,

sjeldne alvorlige tilstander og lignende. Kjernejournalen inneholder også informasjon om alle legemidler som er utlevert på resept i norske apotek de siste tre årene.

Det meste av informasjonen i kjernejournalen hentes automatisk fra offentlige registre. I tillegg kan helsepersonell, i samråd med pasienten, registrere kritisk informasjon og spesielt viktige helseopplysninger, for eksempel allergier. Innbyggerne kan også selv legge inn opplysninger i kjernejournalen via innbyggerportalen helsenorge.no. Videre kan innbyggere reservere seg mot å ha kjernejournal og begrense tilgang til informasjon.

Kjernejournal er tilrettelagt for dokumentdeling og vil kunne inneholde oversikt over pasientens tilgjengeliggjorte journaldokumenter fra kilder som deltar i løsningen og tillater deling av disse. Løsningen prøves ut i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF. Utvalgte virksomheter og helsepersonell fra legevakt, kommunal akutt døgnenhet, pleie- og omsorg, fastleger og sykehus som har tilgang til kjernejournal og som har tjenstlig behov, har deltatt under utprøvingen og har da hatt mulighet til å søke opp og lese journaldokumenter som er tilgjengeliggjort gjennom kjernejournal. Erfaringene fra utprøvingen er positive og helsepersonell opplever at deling av journaldokumenter, slik som epikriser, sammenfatninger og radiologisvar, forenkler samarbeidet mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og sykehusene. Dokumentdeling bidrar til å effektivisere arbeidsprosesser og gi bedre beslutningsgrunnlag. Erfaringen er også at helsepersonell sparer tid på å innhente opplysninger og at de får mer tid til behandling og oppfølging av pasienter og brukere. Det arbeides nå med å utvide utprøvingen til flere aktører og flere grupper helsepersonell. Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett SF samarbeider med aktørene om planer for videre innføring.

Nasjonal kjernejournal er innført ved sykehus, legevakter og fastlegekontor. I tillegg har alle innbyggere fått tilgang til egen kjernejournal via helsenorge.no.

Norsk helsenett SF samarbeider med KS og utvalgte kommuner om utprøving og innføring i sykehjem og i hjemmetjenestene. De store journalleverandørene til kommunene har gjennomført utprøvsperioden og er nå over i et innføringsløp i kommuner som ønsker å ta i bruk kjernejournal. Bruken av kjernejournal øker. Per august 2021 har 68 kommuner påbegynt et innføringsløp med kjernejournal i helse- og omsorgstjenesten og ytterligere 70 kommuner har meldt inn ønske om å ta løsningen i bruk.

Direktoratet for e-helse har i tett samarbeid med KS og Norsk helsenett SF utarbeidet en plan for videre innføring i kommunene. Direktoratet anslår at kjernejournal vil være tilgjengelig i 90 prosent av kommunene innen utgangen av 2023. Innføringsplanen beskriver forutsetninger og risiko knyttet til gjennomføringen. I tillegg inneholder planen en omtale av økonomiske og administrative konsekvenser for sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Før kjernejournal kan tas i bruk, må kommunen ha innført løsninger for pålogging på høyt sikkerhetsnivå og kommunens journalleverandør må ha integrert kjernejournal i journalløsningen.

3.2.3 E-resept (Reseptformidleren mv.)

E-resept er en elektronisk kommunikasjonskjede for sikker overføring av reseptinformasjon. Løsningen reduserer risikoen for feil i rekvirering og utlevering av legemidler.

E-resept er etablert med hjemmel i pasientjournalloven § 12 og nærmere regulert i reseptformidlerforskriften. Resept og legemiddelopplysninger går gjennom den nasjonale databasen for elektroniske resepter (Reseptformidleren). Formålet med Reseptformidleren følger av Reseptformidlerforskriften § 1-2 og er å:

«sørge for sikker og effektiv elektronisk formidling av resepter og reseptopplysninger mellom de aktører i helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltningen, samt bandasjister, som har et legitimt og tjenstlig behov for slik informasjon, for å bidra til at pasienten gis helsehjelp på en forsvarlig og effektiv måte. Det er også et formål å overføre informasjon til den nasjonale kjernejournalen og til Legemiddelregisteret. Formidlingen skal ivareta hensynet til pasientens personvern og frie apotek- og bandasjistvalg».

E-resept er en nasjonal e-helseløsning som sørger for at den som rekvirerer resepten sender en elektronisk resept til Reseptformidleren. Pasienten som har fått forskrevet reseptpliktige legemidler, medisinsk forbruksmaterie eller næringsmidler, kan deretter henvende seg til hvilket som helst apotek for å få dette utlevert. E-reseptløsningen omfatter alle virksomheter som har en rolle ved elektronisk formidling av resepter og legemiddelopplysninger, og de systemene disse virksomhetene benytter. Løsningen omfatter rekvirenter (for eksempel fastleger, legevakter, sykehus), apotek, bandasjister, Statens legemiddelverk og Helfo.

Det er obligatorisk for rekvirenter å melde resepter til Reseptformidleren ved rekvirering av legemidler, medisinsk forbruksmateriell eller næringsmidler. Meldeplikten gjelder ikke dersom rekvirenten, ved rekvirering, ikke har tilgang til et datasystem som gir rekvirenten mulighet til å sende elektroniske resepter jf. Reseptformidlerforskriften § 2-1.

Apotekansatte er forpliktet til å melde opplysninger om utlevering mv. til Reseptformidleren i henhold til § 2-2.

E-resept bidrar til at helsepersonell har oversikt over pasientens gyldige resepter og får bedre oversikt over pasientenes medisinbruk, slik at risikoen for feil i forskrivning og utlevering reduseres. Pasienter får oversikt over sine resepter via helsenorge.no, og kan selv velge fra hvilket apotek de ønsker å hente sine medisiner. E-resept er tatt i bruk av fastleger, legevakt, apotek, bandsjst og alle sykehus, og det arbeides med innføring for flere rekvirentgrupper. I 2020 var det 28,4 millioner rekvirerte e-resepter. Dette utgjorde over 90 prosent av alle resepter til mennesker. Innføring for tannleger pågår. Det største journal-systemet for tannleger, Opus, er godkjent for e-resept funksjonalitet gjennom Forskrivningsmodulen. Det gjenstår fortsatt utvikling i andre journalsystemer for tannleger før løsningen kan innføres for alle. Når det gjelder kommunene benytter legevakt og fastleger e-resept. I øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste er e-resept foreløpig kun tatt i bruk i Larvik kommune. Det gjenstår fortsatt arbeid for å legge til rette for at sykehjem og hjemmebaserte tjenester, jordmødre og helsesykepleiere skal få tilgang til e-resept. Utvikling av funksjonalitet som er nødvendig for at e-resept skal kunne tas i bruk av alle kommuner, er en prioritert oppgave i Direktoratet for e-helse og ses i sammenheng med arbeidet med Pasientens legemiddelliste som skal prøves ut fra 2021.

3.2.4 Helsenorge.no

Helsenorge.no er en nasjonal innbyggerportal med kvalitetssikret helseinformasjon, kombinert med digitale helsetilbud, selvbetjening og en infrastruktur som muliggjør sikker kommunikasjon mellom innbyggerne og aktørene i helse- og omsorgssektoren. Helsenorge.no er en felles inngangsport for innbyggere til offentlige helse- og omsorgstjenester på internett, men er ikke særskilt regulert i lov eller forskrift. Virksomheter i den offentlige helse- og omsorgstjenesten, aktører med offentlig avtale, for eksempel fastleger,

avtalespesialister og private sykehus, og statlig helseforvaltning kan benytte og tilby tjenester på helsenorge.no. Helsenorge.no er tilgjengelig for alle innbyggere i Norge og per august 2021 er det mer enn 4,7 millioner registrert som brukere av helsenorge.no.

Innholdsmessig kan tjenestene på helsenorge.no kategoriseres i

- Rene informasjonstjenester på åpne sider som formidler helserelatert informasjon til innbyggerne. Dette omfatter generelle råd om helse og livsstil samt kvalitetssikret informasjon om sykdom/diagnose, helsehjelp og pasient- og brukerrettigheter.
- Digitale tjenester som krever innlogging. Dette omfatter tjenester for digital dialog, administrasjon av helsehjelp, selvbetjeningsløsninger og innsyn i egne helseopplysninger som den enkelte kan benytte for å følge opp egen helse og behandling.

Tjenester som reseptfornyelse, timebestilling og dialog mellom pasient og helsepersonell er tatt i bruk av mange fastleger, kommuner og helseforetak. Videre er det dialogtjenester knyttet til forvaltning av helseregistre på helsenorge.no, og innbyggere kan få innsyn i egne opplysninger i noen helseregistre som for eksempel Medisinsk fødselsregister og Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK. Det arbeides med sikte på at tjenesten vil bli utvidet med flere registre og nye tjenester. Helsenorge.no har vært en viktig informasjonskanal for innbyggere under koronapandemien, og det er etablert tjenester for innsyn i koronarelaterte prøvesvar, timebestilling for koronatesting og vaksinasjon, og koronasertifikat på portalen. Tjenestene er mye i bruk og i juni 2021 var det 13 millioner besøk på helsenorge.no. Tjenester som varsel om og innsyn i covid-19 testresultat bidrar til en mer effektiv ressursbruk i kommunene.

Helsenorge.no som nettløsning og den tekniske plattformen som den er en del av, inngår i den offentlige infrastrukturen for kommunikasjon med innbyggerne. Formålet med innbyggerportalen er å gjøre det enkelt og sikkert for innbyggerne å ha kontakt med helse- og omsorgstjenesten på internett. Tjenestene legger til rette for at innbyggerne kan medvirke, få informasjon og innsyn i journalen sin etter pasient- og brukerrettighetsloven. Andre eksempler er tjenester for refusjon for pasientreiser etter pasientreforskriften og tjenester som egenandeler og frikort. I 2020 var det totalt 72,9 millioner besøk på helsenorge.no. Av disse var 43 millioner innlogginger på selvbetjeningsløsninger.

Helsenorge.no legger også til rette for at helse- og omsorgstjenesten mer effektivt kan kommunisere med innbyggere og pasienter gjennom tjenester som for eksempel «digital dialog fastlege» som fastlegen kan benytte for blant annet å oppfylle forpliktelsen i fastlegeforskriften § 21 om å kunne motta timebestilling elektronisk.

I både primær- og spesialisthelsetjenesten er en rekke digitale innbyggertjenester tatt i bruk via helsenorge.no. Utvikling og innføring av tjenestene har i stor grad vært organisert gjennom fire prosjekter og programmer; Digital dialog fastlege, DigiHelse og DigiHelsestasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste og Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten. DigiHelse og DigiHelsestasjon er utviklet i samarbeid mellom KS, kommuner og nasjonale helsemyndigheter. Gjennom disse prosjektene har stadig flere innbyggere fått tilgang til nye tjenester via helsenorge.no, men det er fortsatt variasjoner i hvilke tjenester som er tilgjengelig for den enkelte, avhengig av hvor de bor og hvilke helseaktører de har kontakt med. Under koronapandemien er det gjort en rekke endringer i løsningene for kommuner, fastleger og helseforetak. Endringene omfatter bedre tilrettelegging for videokonsultasjoner, veiledere og kartleggingsverktøy, timebestilling og kartlegging ved koronatesting, veiledere og timeadministrasjon for å gjennomføre vaksinerings- og egenrapportering ved selvtesting.

Tilbudet av tjenester på helsenorge.no utvikles fortløpende. Det er et mål at det digitale tjenestetilbudet skal være likt, uavhengig av hvor i landet pasienten bor og hvilke helse- og omsorgstjenester vedkommende benytter. Det er videre et mål at helsenorge.no skal tilrettelegges med grensesnitt som åpner for at ulike aktører og leverandører kan gjøre sine løsninger tilgjengelige på portalen.

Helsenorge.no brukes av innbyggerne, statlig helseforvaltning, spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Over 48 prosent av befolkningen bor per april 2021 i en av de 93 kommunene som har innført tjenester som gir mulighet for digital kontakt med hjemmebaserte tjenester i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Videre har over 50 prosent av fastlegene (i overkant av 2600 fastleger) tatt i bruk tjenester for digital dialog på helsenorge.no. Det pågår arbeid med å utvikle funksjonalitet for å kunne bruke helsenorge.no for dialog med helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Løsningene er i pilotbruk for alle innbyggere i Oslo, Bergen og Haugesund i samarbeid med de tre journalløsningsene som brukes i helsestasjoner og skolehelse-

tjenestene. Det pågår videreutvikling av løsningene for at de under 16 år skal få en tilpasset inngang til informasjon fra skolehelsetjenesten og kontakt med helsesykepleier ved sin skole. Alle regionale helseforetak har minst ett digitalt selvbetjeningstilbud på helsenorge.no.

3.3 Innføring av e-helseløsningene i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Nasjonale e-helseløsninger er viktige for å realisere målet om pasientens helsetjeneste. Det er derfor viktig at løsningene innføres og tas i bruk av alle relevante aktører i helse- og omsorgstjenesten. De nasjonale e-helseløsningene er i stor grad tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten, av fastleger, legevakter og apotek. Så langt er løsningene i mindre grad innført i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten.

En av årsakene til at innføring i kommunene har tatt tid, er at det forutsetter tilpasninger i aktørenes IKT-systemer og etablering av nødvendig infrastruktur og sikkerhetsløsninger. Nasjonal kjernejournal og e-resept forutsetter for eksempel at brukerne kan identifisere seg med e-ID med et tilfredsstillende sikkerhetsnivå. Det er et begrenset antall kommuner som har lagt til rette for at de ansatte i helse- og omsorgstjenesten kan benytte egnet e-ID. Det har også vært utfordringer med leverandørenes kapasitet til å utvikle nødvendige tilpasninger i journalsystemene. I tillegg gjenstår det fremdeles utviklingsarbeid nasjonalt for å gjøre løsningene bedre tilrettelagt for bruk i de kommunale tjenestene.

Det er krevende for kommunene å gjøre nødvendige forberedelser og investeringer hver for seg. Kommunal sektor samarbeider derfor i økende grad på digitaliseringsområdet, gjennom ulike nettverkssamarbeid regionalt og nasjonalt. KS har en viktig rolle i arbeidet med å sikre samordning og økt gjennomføringskraft i digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor. Det er også etablert en samstyringsmodell for digitalisering i kommunal sektor – KommIT-rådet med underliggende utvalg.

I henhold til regjeringens digitaliseringsstrategi En digital offentlig sektor (2019–2025) vil regjeringen i samarbeid med KS utarbeide retningslinjer med felles prinsipper for når og hvordan kommunal sektor skal involveres i statlige beslutninger som omhandler digitalisering og som berører kommunesektoren. Regjeringen vil videre etablere arenaer innenfor konsultasjons-

ordningen for å følge opp digitaliseringstiltak som berører kommunal sektor, inkludert tiltak i digitaliseringsstrategien.

Det er også inngått en samarbeidsavtale mellom departementet og KS om innføring av nasjonale e-helseløsninger i kommunene. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren og i oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan (2020), Meld. St. 7 (2019–2020). Direktoratet for e-helse har utarbeidet et felles veikart som skal gi sektoren en samlet oversikt over utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene. Videre har direktoratet i samarbeid med kommunesektoren og Norsk helsenett SF utarbeidet en innføringsplan for kjernejournal i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet for e-helse vil også i samarbeid med kommunesektoren utarbeide en innføringsplan for tjenester på helsenorge.no. Det er nylig etablert et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, KS, Digitaliseringsdirektoratet og Norsk helsenett SF om å utarbeide veiledningsmaterieell om bruk av e-ID i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Videre bidrar departementet med økonomisk støtte til de kommunale nettverkene for innføring av nasjonale e-helseløsninger. Kompetansenettverket hjelper kommunesektoren med å ta i bruk nasjonale e-helseløsninger og er et viktig virkemiddel for å styrke innføringsarbeidet.

3.4 Dagens finansieringsmodell for forvaltning og drift

Forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene finansieres delvis over statsbudsjettet gjennom bevilgningene til Norsk helsenett SF, delvis gjennom medlemsavgiften til helsenettet og delvis gjennom frivillig bidrag fra aktørene i sektoren. De regionale helseforetakene har over tid bidratt med betydelige ressurser i den nasjonale e-helseutviklingen. Kommunene har bidratt finansielt til enkelte tjenester, men også gjennom ressursinnsats til tjenesteutvikling. Løsningene er gratis for innbyggerne.

Forvaltning og drift av Nasjonal kjernejournal finansieres over statsbudsjettet gjennom bevilgningene til Norsk helsenett SF. Den enkelte helsevirksomhet dekker imidlertid egne kostnader til utvikling og drift av journalløsningene som benyttes for å gi helsepersonell tilgang til kjernejournal-løsningen.

Forvaltning og drift av e-resept finansieres også over statsbudsjettet. Utvikling av e-resept

har også langt på vei vært finansiert over statsbudsjettet. Lokal tilpasning til fastlegenes journal-systemer har vært finansiert gjennom *EPJ-løftet*, som er et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, Den norske legeförening og journalleverandører for å forbedre pasientjournal-systemene. Utover dette er det den enkelte journalleverandør, helsevirksomhet og apotek og/eller bandasjist som dekker kostnader knyttet til utvikling og drift av egen journal-løsning som benyttes i kommunikasjon med reseptformidleren.

Forvaltning og drift av helsenorge.no finansieres gjennom en kombinasjon av bevilgninger over statsbudsjettet og finansiering fra aktørene i sektoren. Finansiering avklares årlig gjennom avtaler med de virksomhetene som benytter helsenorge.no, og med enkeltorganisasjoner som ønsker å etablere nye løsninger på plattformen. Det er de regionale helseforetakene som er den største bidragsyteren til finansiering av helsenorge.no og som i dag har flest tjenester på plattformen.

Helsenettet finansieres gjennom medlemsavgiften for virksomhetene som bruker helsenettet. Unntaket fra dette er kommunenes bidrag som siden 2018 har vært finansiert over statsbudsjettet gjennom en bevilgning til Norsk helsenett SF. Medlemsavgiften er basert på hvilke tjenester som tilbys og ikke på hvilke deler av tjenestetilbudet som faktisk benyttes. I dag opererer Norsk helsenett SF med fem ulike kategorier av medlemmer: Regionale helseforetak, kommuner, fylkeskommuner, private sykehus og øvrige medlemmer. Det er tre forskjellige prismodeller: én for fakturering av regionale helseforetak, én for kommunene over statsbudsjettet, og én modell for fakturering av fylkeskommuner, private sykehus m.fl. og øvrige medlemmer.

Forvaltning og drift av helseID finansieres delvis gjennom medlemsavgiften for helsenettet og delvis gjennom bevilgninger over statsbudsjettet til Norsk helsenett SF. Forvaltning og drift av grunndata er finansiert på tilsvarende måte. I tillegg har grunndata også mottatt bidrag fra Helsedirektoratet og fra de regionale helseforetakene til forvaltningen av enkelte registre.

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2020 innførte regjeringen et prinsipp om obligatorisk samfinansiering av kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger. Samtidig ble bevilgningen til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene styrket. Målet var å bidra til økt bruk og til bedre og mer driftsikre nasjonale e-helseløsninger gjennom å

utvikle ny funksjonalitet, redusere teknisk gjeld og hente inn vedlikeholdsetterslep. Helse- og omsorgsdepartementet etablerte også teknisk beregningsutvalg for å sikre legitimitet til tallgrunnlaget og transparens i beregning av kostnadene, se nærmere omtale i punkt 4.3.3.

3.5 Høringen

Helse- og omsorgsdepartementet sendte forslag om endringer i pasientjournalloven på høring 15. juni 2021. Høringsnotatet inneholdt også forslag til endringer i forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften har i ettertid endret navn til forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger. Forskriftsendringene blir håndtert i egen prosess.

Departementet foreslo hjemmel for departementet til å fastsette forskrifter som kan pålegge virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å gjøre tilgjengelig og ta i bruk fire bestemte nasjonale e-helseløsninger i sin virksomhet. Forslaget omfattet løsningen for elektroniske resepter (e-resept), Nasjonal kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet. Forslaget innebar også at virksomhetene, i forskrift kan pålegges å betale for forvaltning og drift av løsningene. Departementet foreslo også hjemmel til i forskrift å kunne pålegge Norsk helsenett SF plikt til å tilby de nasjonale e-helseløsningene til helse- og omsorgssektoren.

Departementet foreslo videre at Norsk helsenett SF gis hjemmel til å innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt og til å etablere en kopi av Folkeregisteret, som også kan sammenstilles med andre nødvendige opplysninger. Folkeregisteropplysningene skal kunne benyttes av virksomheter i helse- og omsorgssektoren, som selv har hjemmel til å motta slike opplysninger. Dette forslaget er uavhengig av forslaget til plikten til å tilgjengeliggjøre og betale for de nasjonale e-helseløsningene.

Formålet med lovendringene er å styrke og legge til rette for digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å bidra til gode og effektive helse- og omsorgstjenester. Endringene skal også legge til rette for bedre nasjonal samordning og samhandling mellom forvaltningsnivåene. De nasjonale e-helseløsningene er nødvendige for å levere gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne og for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet, personvern og effektiv bruk av offentlige ressurser.

Som et ledd i utarbeidelse av høringsnotatet, har departementet som en del av konsultasjons-

ordningen mellom staten og kommunesektoren gjennomført en lovmedvirkningsprosess sammen med KS om innholdet i høringsnotatet. KS' innspill til denne lovmedvirkningsprosessen ble i sin helhet tatt inn i høringsnotatet.

Høringsfristen var 18. august 2021. Forslaget til lovendringene er en oppfølging av forslag som har vært på bred høring tidligere og forskriftsbestemmelsene er en utdyping av forslag som er kjent for aktørene i sektoren. Departementet valgte derfor å sette en høringsfrist kortere enn tre måneder.

Det kom inn 194 hørings svar til lovarbeidet. 12 av disse hadde ingen merknader.

3.5.1 Høringsinstansene

Høringsnotatet ble sendt til følgende høringsinstanser:

Departementene

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Barne-, ungdoms- og familieetaten

Barneombudet

Bioteknologirådet

Datatilsynet

Digitaliseringsdirektoratet

Direktoratet for e-helse

Diskrimineringsnemnda

Domstolsadministrasjonen

Folkehelseinstituttet (FHI)

Forbrukertilsynet

Forbrukerrådet

Helsedirektoratet

Helseklage (Nasjonalt klageorgan for helse-tjenesten)

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)

Høyesterett

Lagmannsrettene

Landets helseforetak

Landets høyskoler med helsefaglig utdanning

Landets kontrollkommisjoner

Landets pasient- og brukerombud

Landets politidistrikt

Landets regionale helseforetak

Landets regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Landets regionale kompetansesentre – Rus (KoRus)

Landets regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

Landets statsforvaltere

Landets universiteter

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO)

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP)	Apotekgruppen
Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (NK-TSB)	Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund (AEF)
Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS)	Aurora
Norges forskningsråd (NFR)	Aurora Senteret AS
Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM)	Autismeforeningen
Norsk helsenett SF	Barn av rusmisbrukere – BaR
Norsk pasientskadeerstatning (NPE)	BarnsBeste
Personvernemnda	Bipolarforeningen
Politidirektoratet	Blå Kors Norge
Regelrådet	Borgestadklubben
Regjeringsadvokaten	Cerebral Parese-foreningen
Riksadvokaten	Delta
Riksrevisjonen	Den norske coachforening
Sametinget	Den norske dataforening
Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsevern og rus (SANKS)	Den norske Dommerforening
SERAF – Senter for rus- og avhengighetsforskning (UiO)	Den Norske Jordmorforening
Sentralenheten for fylkesnemndene	Den norske legeforening
SINTEF Helse	Den norske tannlegeforening
Sivilombudsmannen	Det norske Diakonforbund
Skatteetaten	DNT – Edru Livsstil
Statens helsetilsyn	Diabetesforbundet
Statens legemiddelverk	Dips AS
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	EmmaSofia
Statens seniorråd	Erfaringssentrum
Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM)	Fagforbundet
Statistisk sentralbyrå (SSB)	Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon
Sysselmannen på Svalbard	Familieklubbene i Norge
Fylkesrådet for funksjonshemmede	Fellesorganisasjonen (FO)
Landets fylkeskommuner	Finans Norge
Landets kommuner	Forbundet mot rusgift (FMR)
Abelia	Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN)
Actis – Rusfeltets samarbeidsorganisasjon	Foreningen for kroniske smertepasienter (FKS)
ADHD Norge	Foreningen for Muskelsyke
Advokatforeningen	Foreningen Norges Døvblinde (FNDB)
Afasiforbundet i Norge	Foreningen tryggere ruspolitikk (FTR)
Akademikerne	Forskerforbundet
Akan kompetansesenter	Forskningsstiftelsen FAFO
A-larm	Frelsesarmeen
Aleris Helse AS	FRI-Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold
Alliance Boots Norge AS	Frilynt Norge
Alliance Healthcare Norge AS	Frivillighet Norge
Allmennlegeforeningen	Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Amnesty International Norge	Gatejuristen
Anonyme alkoholikere (AA)	Helsetjenestens Lederforbund
Apotek 1 Gruppen AS	Helseutvalget for bedre homohelse
Apotekforeningen	HERO/Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
	Hiv-Norge
	Hjernerådet
	Human-Etisk Forbund
	Hvite Ørn
	IKT-Norge
	Informasjonscenteret Hieronimus

Innvandrerne Landsorganisasjon (INLO)	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)	NITO – Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon
Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi (IBUP)	Norges Blindeforbund
Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi (IGA)	Norges Døveforbund
Institutt for helse og samfunn (HELSAM)	Norges Farmaceutiske Forening
Institutt for mentalisering	Norges Handikapforbund (NHF)
Institutt for psykoterapi	Norges Juristforbund
Institutt for samfunnsforskning	Norges kristelige legeförening
IOGT Norge	Norges kvinne- og familieförbund
Islamsk Råd Norge	Norges Tannteknikerforbund
Ivareta – Påførende berørt av rus	Normal Norge
Ja, det nytter	Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk förening
Junior- og barneorganisasjonen Juba	Norsk Epilepsiförbund
JURK	Norsk Ergoterapeutförbund
Juss-buss	Norske Fotterapeuters Förbund
Jussformidlingen	Norske Kvinners Sanitetsforening (N.K.S.)
Jusshjelpe	Norsk Farmaceutisk Selskap
Juvente	Norsk Förbund for Osteopatisk Medisin
Kirkens bymisjon	Norsk Förbund for psykoterapi (NFP)
Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT)	Norsk Förbund for Utviklingshemmede
Kliniske ernæringsfysiologiske förening	Norsk Forening for barn og unges psykiske helse (N-BUP)
Kreftforeningen	Norsk Forening for Ernæringsfysiologer
KS	Norsk Forening for Estetisk Plastikkirurgi
Landets private sykehus	Norsk förening for infeksjonsmedisin
Landsförbundet for utviklingshemmede og påførende (LUPE)	Norsk förening for kognitiv terapi (NFKT)
Landsforeningen 1001 dager – mental helse under graviditet og etter fødsel	Norsk Forening for nevrofibromatose
Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS)	Norsk förening for palliativ medisin (NFPM)
Landsforeningen for påførende innen psykisk helse (LPP)	Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid (NFPH)
Landsforeningen mot seksuelle overgrep (LMSO)	Norsk förening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)
Landsforeningen We Shall Overcome (WSO)	Norsk Fysioterapeutförbund (NFF)
Landsgruppen av helsesykepleiere, NSF	Norsk Gestaltterapeut förening (NGF)
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere	Norsk gynekologisk förening
Landslaget for rusfri oppvekst	Norsk Helsesekretærforbund (NHSE)
Landsorganisasjonen i Norge (LO)	Norsk karakteranalytisk institutt (NKI)
Legestudentenes rusopplysning	Norsk Kiropraktorforening
LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord	Norsk Logopedlag
Likestillingssenteret	Norsk Manuellterapeutforening
Lisa-gruppene	Norsk Ortopedisk Forening
MA – Rusfri trafikk og livsstil	Norsk Osteopatförbund
MARBORG	Norsk Osteoporoseforening
Mental Helse Norge	Norsk Pasientforening
Mental Helse Ungdom	Norsk Presseförbund
MIRA-senteret	Norsk Psykiatrisk Forening
Moreno-instituttet – Norsk psykodramainstitutt	Norsk Psykoanalytisk Forening
NA – Anonyme Narkomane	Norsk Psykologforening
Nasjonalföreningen for folkehelsen	Norsk Radiografförbund
Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid – NAPHA	Norsk sykehus- og helsetjenesteförening (NSH)
	Norsk sykepleierförbund (NSF)
	Norsk Tannhelsesekretærers Förbund
	Norsk Tannpleierforening
	Norsk Tjenestemannslag (NTL)

Norske Homeopaters Landsforbund	Tyrili Utvikling og prosjekt – stiftelse
Norske Ortoptister forening	UMN Ungdom mot narkotika
Norske Sykehusfarmasøytters Forening	Unio
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)	Universitets- og høyskolerådet
Omsorgsjuss	Utdanningsforbundet
Parat	Veien Tilbake AS
Parat Helse	Veiledningssenter for pårørende til mennesker med rus og psykiske lidelser
Pensjonistforbundet	Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Personskadeforbundet LTN	Verdighetscenteret
PION – Prostituertes interesseorganisasjon	Virke
Politiets Fellesforbund (PF)	Voksne for barn
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF)	Yngre legers forening
proLAR Nett	Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)
Psykiatrialliansen	Høringsinstanser med høringsinnspill:
Pårørendealliansen	Kommunal- og moderniseringsdepartementet
Redd Barna	Akershus Universitetssykehus HF
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP)	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)
Retretten	Datatilsynet
Rettspolitisk forening (RPF)	Direktoratet for e-helse
RIO	Finnmarkssykehuset HF
ROM – Råd og muligheter	Forsvarets sanitet
Rustelefonen	Helsedirektoratet
Røde Kors	Helse Midt Norge RHF
Rådet for legeetikk	Helse Nord RHF
Rådet for psykisk helse	Helse Sør-Øst RHF
Rådgivning om spiseforstyrrelser	Helse Vest RHF
Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)	Nasjonalt senter for e-helseforskning
Samarbeidsforumet for norske kollektiver	Oslo universitetssykehus HF
SABORG – Sammenslutning av Alternative Behandlerorganisasjoner	Skattedirektoratet
Selvhjelpsstiftelsen	Statens helsetilsyn
SEPREP Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser	Statens legemiddelverk
Siemens Healthineers	Universitetet i Agder, Senter for e-helse
Spekter	Agder fylkeskommune
Spillavhengighet Norge	Alver kommune
Spiseforstyrrelsesforeningen	Asker kommune
STAFO	Averøy kommune
Stiftelsen Angstringen Norge (ARN)	Bardu kommune
Stiftelsen CRUX	Beiar kommune
Stiftelsen Fransiskushjelpen	Bergen kommune
Stiftelsen Golden Colombia	Birkenes kommune
Stiftelsen KRAFT	Bjørnafjorden kommune
Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser	Bodø kommune
Stiftelsen Livet etter soning	Bokn kommune
Stiftelsen Menneskerettighetshuset	Bykle kommune
Stiftelsen Norsk Luftambulans	Drammen kommune
Stiftelsen Pinsevennes evangeliesentre	Eigersund kommune
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning (PsykOpp)	Evje og Hornnes kommune
Stiftelsen Pårørendesenteret	Fredrikstad kommune
Stiftelsen Wayback	Færder kommune
Tekna	Gjemnes kommune

Gjesdal kommune	Sandnes kommune
Grimstad kommune	Sarpsborg kommune
Grue kommune	Selbu kommune
Halden kommune	Seljord kommune
Hamar kommune	Skien kommune Helse og Velferd
Hareid kommune	Snåasen Tjelle/Snåsa kommune
Hattfjelldal kommune	Sola kommune
Herøy kommune	Stad kommune
Hjartdal kommune	Stavanger kommune
Holmestrand kommune	Steinkjer kommune
Horten kommune	Stord kommune
Hå kommune	Sula kommune
Indre Fosen, Ørland og Åfjord kommuner, og Fosen helse IKS	Suldal kommune
Interkommunalt politisk råd Trøndelag sørvest	Våler kommune
Iveland kommune	Abelia
Klepp kommune	Advokatforeningen
Kongsbergregionen	Apotekforeningen
Kongsvinger kommune	Arbeidsgiverforeningen Spekter
Kragerø kommune	Blå Kors Norge
Kristiansand kommune	Den Norske Dataforening – IT-politisk råd
Kristiansund kommune	Den norske legeforening
Kvam herad	Den norske tannlegeforening
Kviteseid kommune	Farmasiforbundet
Kåfjord kommune	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Larvik kommune	Hassel, Jørund (privatperson)
Lillesand kommune	KS – Kommunesektorens organisasjon
Lillestrøm kommune	NITO – Norges Ingeniør- og Teknolog- organisasjon
Lindesnes kommune	Nasjonal kompetansetjeneste TSB
Listerregionen	Norges Optikerforbund
Lyngdal kommune	Norsk Forening for Rus- og Avhengighetsmedisin NFRAM
Lørenskog kommune	Norsk Kiropraktorforening
Løten kommune	Norsk Kiropraktorforening
Malvik kommune	Norsk Manuellterapeutforening
Melhus kommune	Norsk Sykepleierforbund
Midtre Gauldal kommune	Norsk Tannpleierforening
Modalen kommune	Norsk logopedlag
Molde kommune	Norsk psykologforening
Moss kommune	Pensjonistforbundet
Namdal Regionråd	Norsk helsenet SF
Namsos kommune	Helseplattformen AS
Nannestad Kommune	Siemens Healthineers
Nesodden kommune	
Nordre Follo kommune	Høringsuttalelser uten merknader:
Nordre Land kommune	Justis- og beredskapsdepartementet
Nore og Uvdal kommune	Klima- og miljødepartementet
Oslo kommune	Landbruks- og matdepartementet
Osterøy kommune	Samferdselsdepartementet
Porsgrunn kommune	Utenriksdepartementet
Rauma kommune	Borgarting lagmannsrett
Rennebu kommune	Domstoladministrasjonen
Rindal kommune	Norges Høyesterett
Rørø Kommune	
Samarbeidsrådet for opsjonskommuner	
Sandefjord kommune	

Statistisk sentralbyrå

Pilar Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern

Norske ortoptisters forening

Norsk Osteopatforbund

3.5.2 Generelt om høringsuttalelsene

Departementet har mottatt totalt 195 høringsuttalelser. Hovedtyngden av disse er avgitt av kommunale aktører. Over 130 kommuner har

avgitt hørings svar, enten alene eller sammen med andre kommuner. Kommunesektoren er i stor grad negativ til forslagene og de fleste kommunene viser til og støtter høringsuttalelsen til KS. Øvrige aktører synes å ha mer differensierte syn. Flere støtter forslaget om plikt til å gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelig i virksomheten. Flere av disse mener imidlertid at kostnadene ved anskaffelse, implementering, innføring, og forvaltning, drift og vedlikehold må dekkes over statsbudsjettet.

4 Endringer i pasientjournalloven

4.1 Høringsforslaget

Helse- og omsorgsdepartementet foreslo endringer i pasientjournalloven § 8 med nytt andre, tredje og fjerde ledd som gir departementet hjemmel til i forskrift å kunne pålegge virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å betale for å ta i bruk eller gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelig i virksomheten. De nasjonale e-helseløsningene er kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenett. Når det gjelder helsenorge.no, omfatter forskriftshjemmelen plikt til å tilgjengeliggjøre spesifikke tjenester via plattformen.

Departementet foreslo at departementet gis hjemmel til å pålegge Norsk helsenett SF en plikt til å gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten.

Departementet foreslo i tillegg et nytt andre og tredje ledd i pasientjournalloven § 21 som gjør det mulig for Norsk helsenett SF å innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt, etablere en kopi av Folkeregisteret, og dele opplysningene med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen.

4.2 Høringsinstansenes syn

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) støtter forslaget. FFO uttaler at de er særlig opptatt av at pasienter og brukere får bedre koordinerte helse- og omsorgstjenester og uttaler:

Vi opplever alt for ofte at tjenestene på tvers av nivåer og mellom virksomheter mangler nødvendig og kritisk viktig pasientinformasjon for å kunne gi riktig oppfølging og behandling. Mangel på oppdatert informasjon om pasienten kan både forsinke videre behandling og/eller medføre feilaktig behandling. For å sikre kvalitativt gode og koordinerte tjenester for pasientene er det helt nødvendig at alle ledd i helse- og omsorgstjenesten tar i bruk de elek-

troniske samhandlingsløsningene som Kjernejournal, helsenorge.no, grunndata og helse ID. Selv om bruken av disse stadig øker, mener vi at det er et særlig behov for at kommuner og fastleger raskt tar de pasientrettede løsningene som helsenorge.no i bruk.

FFO mener generelt at det er essensielt viktig at nye nasjonale e-helseløsninger rettet mot innbyggere tilgjengeliggjøres for alle innbyggere, uavhengig av bosted og valg av fastlege. Det bidrar til at innbyggere har et sted hvor informasjon tilgjengeliggjøres. Vi mener at et mangfold av løsninger og portaler for viktig pasientinformasjon ikke er til fordel for pasient og innbygger, snarere tvert imot.

FFO er enig med departementet i at utvikling og innføring av e-helseløsninger forutsetter tydelig nasjonal styring og koordinering. Organisasjonen mener også at nasjonal styring er helt nødvendig dersom en skal klare å etablere helhetlige e-helseløsninger som sikrer at systemene fungerer på tvers av virksomheter, nivåer og geografisk plassering.

FFO støtter at det gis en hjemmel i forskrift for å kunne pålegge virksomheter å ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene, og mener dette er nødvendig for å sikre at løsningene faktisk blir tatt i bruk. FFO mener videre det er nødvendig at det blir forskriftsfestet at alle som yter pasientrettede helsetjenester har en plikt til å tilgjengeliggjøre nasjonale e-helseløsninger og betale for drift og vedlikehold av løsningene. FFO uttaler videre:

Forslaget om å forskriftsfeste plikt til å betale for drift og vedlikehold av nasjonale e-helseløsninger samt grunndata og helseID er etter FFOs syn rimelig. Vi tror også departementet har rett i at en betalingsplikt for nasjonale e-helseløsninger vil bidra til at de i større grad vil bli tatt i bruk. Både helsetjenesten og innbyggerne vil være tjent med at de nasjonale e-helseløsningene blir tatt i bruk. Det vil bidra raskere tilgang til informasjon og derigjennom bedre og sikrere behandling.

Norsk Forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM) og Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (NKTSB) støtter forslaget om at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal gjøre tilgjengelig og ta i bruk de fire nasjonale e-helseløsningene i sin virksomhet. Begge organisasjonene støtter også at kostnadene til forvaltning og drift belastes virksomhetene som bruker løsningene. De peker på at en stor del av pasientene som henvises til eller er under behandling for rus- og/eller avhengighetslidelser har sammensatte problemer som tilsier at det er behov for behandlingsinnsats fra flere aktører på ulike nivåer i helsetjenesten, ofte over lang tid. NFRAM og NKTSB mener derfor det er hensiktsmessig at samtlige pålegges å bruke de fire nevnte felles e-helseløsninger og at dette er en forutsetning for å sikre likeverdig behandling for pasientene uavhengig av hvem som yter behandlingen. Samordning av e-helseløsningen for alle aktører er nødvendig for å heve kvaliteten på tjenestene og bidra til bedre koordinering av behandlingsforløpene. NFRAM og NKTSB mener det er naturlig at kostnadene belastes virksomhetene på samme måte som bruk av andre administrative og kliniske verktøy som er nødvendige for driften av helsetjenesten.

Kommunesektoren er gjennomgående kritisk til forslaget. KS, en fylkeskommune og 134 kommuner, enten alene eller sammen med andre kommuner, har avgitt uttalelse. Kommunene viser i stor grad til høringsuttalelsen til KS.

KS er enig med departementet i at det er behov for sterkere samhandling på e-helseområdet, og at de nasjonale e-helseløsningene må styrkes og videreutvikles. KS er imidlertid uenig i de virkemidlene som departementet foreslår. KS mener prinsipielt at staten har et samlet finansieringsansvar for nasjonal infrastruktur, inklusiv nasjonal e-helse-infrastruktur. KS mener at forslaget griper direkte inn i det kommunale selvstyret og at dette innebærer et systemskifte med vide fullmakter til departementet til direkte å kunne øremerke kommunenes frie inntekter til økte drift- og forvaltningskostnader for statlige e-helse-tjenester. KS mener videre at lovforslaget ikke i tilstrekkelig grad reflekterer at flere av løsningene i realiteten er plattformer som består av ulike funksjonalitet og/eller flere tjenester, som i mindre grad er rettet mot bredden i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

KS mener videre at staten bør utrede en lovfesting av en mer forpliktende konsultasjonsordning mellom statens organer og KS som representant for kommunal sektor hvor formålet er å sikre

kommunesektoren reell innflytelse på utvikling, drift og også fastsettelse av betalingens omfang og fordeling. KS mener også at det må utredes alternative modeller til lovpålegg, og eventuelt omdanning av Norsk helsenett SF til særlovsselskap med kommunalt medeierskap. KS uttaler:

KS mener at pålegg og tvang ikke er en effektiv måte å nå målene på. Helt avgjørende er at det utvikles tjenester og funksjonalitet som er tilpasset bruk i kommunene. Det må videre legges vekt på å skape felles forståelse for forutsetninger, avhengigheter, konsekvenser og risiko ved innføring av nasjonale e-helse-tjenester, drøftet i en styringsmodell der stat og kommune som likeverdige parter kan arbeide mot felles målsetninger. Det er helt vesentlig at kommunal sektor har reell mulighet til å påvirke prioriteringer og rekkefølge av utvikling av funksjonalitet og tjenester på de nasjonale løsningene og at det at det kan dokumenteres reelle fordeler ved å samhandle utover at kommunene må ta på seg utgifter.

KS ønsker derfor at staten i første omgang legger til rette for frivillig implementering av nasjonale tjenester/funksjonalitet på de ulike plattformene. [...] Pålegg om bruk av e-helseløsninger for å støtte samhandling kan være hensiktsmessig mot slutten av innføringsløp for å sikre at også «etternølere» tar i bruk tjenester som er nødvendige for kvalitet og pasientsikkerhet i den samlede helsetjenesten.

Helsetilsynet stiller seg positiv til forslaget om tilgjengeliggjøring av nasjonale e-helseløsninger, som vil kunne bidra til at flere aktører i helsetjenesten vil samarbeide ved å bruke de nasjonale e-helseløsningene. Tilsynet fremhever at trygg pasientbehandling ofte skjer i samspill med ulike virksomheter og mellom ulike omsorgs- og tjenestenivå. Helsetilsynet uttaler videre:

Dette krever tilgang på relevante og aktuelle opplysninger om pasienten. Overføringer mellom omsorgsnivå er et område forbundet med stor risiko for svikt i forsvarlig helsehjelp, blant annet på grunn av usikkerhet rundt oppfølgingsbehov eller endringer i bruk av legemidler. Tilgang til korrekt og oppdatert informasjon om behandlingsforløpet vil bidra til å redusere faren for svikt, og ved akuttmottak kan tilgang til kritisk informasjon være livreddende. Det er likevel begrensede ressurser for å gjøre arbeidet, og det bør tas høyde for at virksomheten har de nødvendige ressurser for

å anskaffe eller utvikle forsvarlige og sikre løsninger.

Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF er positive til forslaget og uttaler at forslaget bidrar til å styrke likeverdigheten mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, noe som understreker det likeverdige ansvaret disse to deler av helsetjenesten har for å yte helsetjenester til felles beste for pasientene. Også *Helse Vest RHF* støtter de foreslåtte endringene. Helse Vest RHF legger til grunn at de foreslåtte endringene vil bygge opp under formålet om å styrke og legge til rette for digitaliseringen innen helse- og omsorgssektoren, og som igjen vil bidra til å sikre gode og effektive helse- og omsorgstjenester. Helse Sør-Øst RHF påpeker at det ikke eksisterer frie budsjettmidler hos de regionale helseforetakene til dette formålet. Foreslått bidrag til nasjonal samfinansiering og lovpålagt betalingsplikt må derfor hentes fra de regionale helseforetakenes tilgjengelige rammer for pasientbehandling. Helse Sør-Øst RHF er allikevel gjennomgående positiv til forslagene, som et viktig bidrag til videre styrking av digitaliseringen på tvers av hele sektoren.

Vestre Viken HF er enig i at det er viktig at nasjonale e-helseløsninger samordnes og koordineres, og at løsningene tas i bruk. Foretaket påpeker at det ved pålegg om å ta løsningene i bruk, er viktig at aktørenes mottakssystemer gjør det mulig å ta dem i bruk, og at de oppleves som nyttige og kostnadseffektive. *Finnmarkssykehuset HF* stiller seg negativ til at brukere (kommuner, helseforetak mv.) skal betale for driften av helsenettet. *Akershus universitetssykehus HF* støtter i hovedsak forslagene. *Oslo universitetssykehus HF* støtter standardisering av løsninger som skal benyttes av helsepersonell på tvers av organisasjoner eller pasienter i kontakt med ulike organisasjoner.

Sunnaas sykehus HF er positiv til de foreslåtte endringene. Sykehuset er også positiv til formålet med lovendringen, som er å styrke og legge til rette for digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren. Sykehuset påpeker at ytterligere digitalisering og et lovverk som støtter opp om dette, vil både effektivisere og videreutvikle helse- og omsorgssektoren. Sunnaas sykehus HF mener det foreligger et stort behov for en forutsigbar, helhetlig og samordnet nasjonal IKT-utvikling. Sykehuset påpeker at manglende samordning og integrasjon av IKT-systemer fører til feil og mangelfull informasjon i overgangene mellom ulike aktører i sektoren. At de nasjonale e-helse-

løsningene tas i bruk av alle aktører, mener sykehuset er nødvendig for å levere gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne, og for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet og personvern.

Blå Kors Norge stiller seg bak de rettslige endringene som framgår av forslaget. Blå Kors Norge påpeker imidlertid at det ikke synes å fremgå klart på hvilken måte betalingsplikten vil få konsekvenser for private leverandører med avtale med de regionale helseforetakene om levering av spesialisthelsetjenester – i dette tilfellet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Direktoratet for e-helse støtter forslagene til endringer. Direktoratet mener de foreslåtte endringer vil være en del av mange viktige virkemidler for å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren. Det er positivt, og i tråd med anbefalingene fra OECD, at forslaget pålegger sentrale virksomheter i helse- og omsorgstjenesten å gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige i egen virksomhet, samt bidra i samfinansiering av forvaltning og drift av løsningene.

Helsedirektoratet støtter at virksomheter pålegges å gjøre tilgjengelig og ta i bruk nasjonale e-helseløsninger på områder der det vurderes formålstjenlig og nødvendig for å tilby forsvarlige helsetjenester. Helsedirektoratet viser til at det har vært og fortsatt er en utfordring at teknologisk modenhet og utvikling i sektoren på dette området er variabelt.

Norsk helsenett SF (NHN) er positive til de foreslåtte endringene, og mener de er et viktig skritt for å realisere de langsiktige målene for digitalisering av helse- og omsorgssektoren. I tillegg er NHN av den oppfatning at endringene vil bidra til å gi bedre helse- og omsorgstjenester for innbyggerne gjennom effektivisering og økt pasientsikkerhet. Dette blant annet ved at de foreslåtte endringene vil legge til rette for og forenkle informasjonssflyten mellom aktørene i sektoren.

Datatilsynet påpeker at forslaget innebærer at virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten plikter å ta nasjonale e-helseløsninger i bruk. Virksomhetene vil samtidig være dataansvarlige etter personvernregelverket. Lovpålagte krav i personvernregelverket om klare ansvarslinjer, sikkerhetsledelse, ledelsesforankring og kontroll er nødvendige for å sikre at den dataansvarlige behandler personopplysninger i samsvar med prinsippet om ansvarlighet. Ansvarlighetsprinsippet fremgår av personvernforordningen artikkel 5 nr. 2 og er grunnleggende i personvernretten. Prinsippet innebærer at den dataansvarlige har det overordnede ansvaret for at kravene i personvernregel-

verket overholdes. Datatilsynet mener at ansvarlighetsprinsippet settes på strekk når den dataansvarlige plikter å bruke et konkret teknologisk verktøy, uten at virksomheten samtidig har mulighet til å stille konkrete krav til verktøyets innhold. Dersom en virksomhet skulle mene at en nasjonal e-helseløsning ikke tilfredsstillt kravene i personvernregelverket, jf. pasientjournalloven §§ 22 og 23, vil dette komme i konflikt med virksomhetens plikt til å benytte e-helseløsningene. Virksomheten settes dermed i en vanskelig situasjon som dataansvarlig.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet viser til høringsuttalelsen fra Datatilsynet og legger til grunn at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer problemstillingen som er påpekt av Datatilsynet før reglene fastsettes.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) er grunnleggende positive til standardisering og felles nasjonale løsninger for å oppnå digital transformasjon og omstilling med innbyggerens behov i sentrum. Direktoratet ser at det kan være nødvendig å benytte legislative virkemidler for å sikre at nasjonale digitale løsninger tas i bruk av de relevante aktørene over hele landet. Bufdir har derfor forståelse for at et forslag som pålegger bruk av nasjonale e-helseløsninger blir fremmet. Bufdir savner imidlertid en større grad av helhetstenkning på tvers av sektorer i forslaget og høringsnotatet. Det stilles også spørsmål ved om mulige negative konsekvenser av forslaget er tilstrekkelig belyst.

Skattedirektoratet uttaler at det bør avklares hvorvidt denne tilgjengeliggjøringen av opplysninger og påfølgende betaling er å anse som avgiftspliktig omsetning etter merverdiavgiftsloven. Spørsmålet er særlig viktig ettersom de fleste av de aktørene som kan bli pålagt slik betaling trolig ikke driver avgiftspliktig eller kompensasjonsberettiget virksomhet med fradragsrett eller kompensasjon for merverdiavgift. Dette betyr at en eventuell merverdiavgift vil kunne komme i tillegg til denne betalingen og utgjøre en betydelig kostnad.

Pensjonistforbundet støtter i hovedsak lovforlaget, men er uenig i forslagene som gir kommunene en betalingsplikt for innføring og drift av løsningene. Pensjonistforbundet mener at staten prinsipielt sett har et samlet finansieringsansvar for nasjonal infrastruktur, herunder nasjonal e-helse infrastruktur og nasjonale e-helseløsninger. Forbundet merker seg med bekymring at KS mener at lovforslaget vil kunne reduseres handlingsrommet i kommunene til å utføre andre lov-pålagte oppgaver. Kommuneøkonomien er avgjø-

rende for eldres velferd, og Pensjonistforbundet kan ikke støtte regjeringens forslag om å pålegge kommunene å innføre og drifte e-helseløsningene uten at kostnadene kompenseres.

Norsk sykepleierforbund støtter også at helseforetak, kommuner og fylkeskommuner, og private virksomheter som har avtale med regionale helseforetak, helseforetak, kommuner og fylkeskommuner, apotek og bandasjister skal ha plikt til å gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelig i virksomheten. Forbundet mener imidlertid at kostnadene ved anskaffelse, implementering, innføring, og forvaltning, drift og vedlikehold må tas over statsbudsjettet. Forbundet mener at dette vil hindre økt byråkratisering og saksbehandling som medfører unødvendige merkostnader for samfunnet. I tillegg må aktørene ha positive insentiver til å ta i bruk de nasjonale løsningene. Dersom finansieringen likevel skal skje gjennom en lovfestet betalingsplikt, er det en forutsetning for sykepleierforbundet at løsningene har reelle gevinster og nytteverdi for den enkelte virksomhet.

Norsk logopedlag støtter departementets forslag og mener det er behov for nasjonal samordning for å sikre en e-helseutvikling som understøtter hele pasientforløpet i alle ledd av tjenesten. Logopedlaget mener det er viktig at alle som behandler og følger opp pasienter skal ha tilgang til nødvendig helseinformasjon om pasientene. Logopedlaget uttaler:

Helhetlige systemer gir bedre kommunikasjon om pasientene, mer effektiv helsehjelp og styrker pasientsikkerheten. De digitale plattformene vil også føre til økt samhandling mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og privatpraktiserende logopeder.

Norges Optikerforbund støtter intensjonen om å styrke digitaliseringen i sektoren, som igjen vil bidra til bedre og mer effektive helse- og omsorgstjenester. Optikerforbundet uttaler at det er behov for en felles digital kommunikasjonsplattform for alle deler av helsetjenesten og bedre muligheter for å utveksle informasjon. Optikerforbundet mener imidlertid at det kan stilles spørsmål om denne type tjenester fullt ut burde vært betalt direkte av staten for å stimulere til bruk, og ikke av de ulike brukergruppene.

Optikerforbundet og *Norsk Kiropraktorforening* påpeker at departementet bare i liten grad har utredet og diskutert den private delen av helsetjenesten. Optikerforbundet viser til at oppmerksomheten i stor grad er rettet mot den

offentlige helsetjenesten eller helsetilbydere med direkte avtaler med det offentlige. Optikerforbundet uttaler at:

Høringsforslaget vil forskriftsfeste allerede gjeldende praksis med at brukere av helsenettet betaler en medlemsavgift. Prinsippene for beregning av medlemsavgiften videreføres, og avgiften forskriftsfestes. Høringen burde i større grad diskutert disse prinsippene og hvordan dette vil påføre små helsetilbydere en forholdsmessig større kostnad enn store aktører.

Også *Synsinformasjon* støtter formålet med lovforlaget og uttaler at fordelene med forslaget i all hovedsak vil komme samfunnet og pasienten til gode. Bedre samhandling mellom ulike helseprofesjoner og virksomheter og en samlet journal vil kunne gi positive gevinster. I og med at fordelene ved forslaget vil være på samfunns- og pasientnivå, ser *Synsinformasjon* at det offentlige bør være med å dekke kostnadene både ved drift og vedlikehold av systemene.

Norsk Manuellterapeutforening (NMF) kan ikke se at konsekvensen for brukerne av e-helseløsningene, herunder manuellterapeutene, er tilstrekkelig utredet og ber om at høringsnotatet trekkes. NMF mener at helsenettet og helsenorge.no er en del av infrastrukturen i det offentlige helsevesenet som bør fullfinansieres av staten. Foreningen mener at slik fullfinansiering kan kombineres med lov- eller forskriftspålegg til brukergrupper og/eller virksomheter om å ta i bruk løsningene.

Den norske tannlegeforening (NTF) påpeker viktigheten av at de nasjonale e-helseløsningene brukes av alle relevante aktører i sektoren for å sikre at løsningene blir mest mulig effektive. NTF har behov for å presisere at elektronisk kommunikasjon er like viktig for tannhelsetjenesten som for den øvrige helsetjenesten, fordi tannhelsetjenesten ofte ikke inkluderes eksplisitt når nasjonale tjenester innen IKT omtales. Tannlegene har ønsket å ta i bruk e-resept lenge og gitt tydelige meldinger om dette til helsemyndighetene. Den største hindringen har imidlertid vært at leverandører av tannlegenes journalsystemer ikke har levert journalløsninger hvor e-resept er implementert. NTF ser positivt på at det nå legges opp til en plikt om tilgjengeliggjøring av e-resept. NTF mener at for tannhelsetjenesten må betalingen for medlemskap i helsenettet stå i forhold til de tjenester som er tilgjengelige for tannlegene.

Norsk Tannpleierforening støtter forslaget om å innføre plikt for aktørene til å tilgjengeliggjøre

og ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene. Tannpleierforeningen forutsetter at det først må være mulig å ta løsningene i bruk i journalsystemene for tannhelse, noe det per dags dato ikke er. Det bør derfor stilles strenge krav til journalleverandørene.

Legeforeningen støtter ikke forslaget i sin nåværende form. Legeforeningen er enig i målsetningen om å bedre samhandlingen innenfor helse- og omsorgssektoren og å bedre pasientinvolveringen, og er enig i at digitalisering er et sentralt virkemiddel i denne sammenheng. Legeforeningen støtter et pålegg om bruk av helsenettet som sentralt virksomhetsovergrepene nett for å kommunisere og utveksle personopplysninger trygt og lovlig, men fortsetter:

Utover Norsk Helsenett, er vi ikke enige i at de virkemidler som foreslås, med rettslig forpliktende pålegg om å ta i bruk bestemte produkter, er de mest effektive eller fornuftige for å utnytte mulighetene som ligger i teknologi på en bedre måte. [...] Plikt til å kommunisere på nasjonale felleskomponenter må være knyttet til funksjonalitet og bruk av grensesnitt, ikke til spesifikk programvare. Det skal finnes valgmuligheter, løsningene må tilfredsstillende faglige krav fra klinikerens hverdag, det må skje innovasjon og konkurranse på løsningene og bruk skal incentiveres.

Legeforeningen anfører at ingen spørsmål knyttet til styring av IT-utviklingen i sektoren løses ved forslaget og at det er krevende å vurdere konsekvensene av lov- og forskriftsforslagene all den tid det fremdeles er uavklart hvordan styringsmodellen vil videreutvikles. Foreningen er videre av den oppfatning at innføring av nasjonale tjenester bør skje med grunnlag i frivillighet, hvor insentivet for å koble seg på løsningen er gevinster i form av god funksjonalitet som bidrar til økt kvalitet i tjenestene og bedre arbeidsflyt. Samhandlingsløsninger er helsetjenestens motorveier. Legeforeningen mener derfor at utvikling, forvaltning og drift av samhandlingsløsningene må finansieres av staten direkte.

Legeforeningen er særlig kritisk til at forslaget forplikter aktørene til å gjøre tilgjengelig tjenestene; selvbetjening, dialog og innsyn på helsenorge.no. Legeforeningen mener at man, ved å innføre et pålegg om tilgjengeliggjøring og bruk av tjenester på helsenorge.no, monopoliserer et velfungerende marked, noe som kan medføre at andre – potensielt bedre – systemer ikke vil kunne konkurrere. Legeforeningen er imidlertid ikke

avvisende til et pålegg for avtalespesialister om å ta i bruk e-resept og Nasjonal kjernejournal, men fremhever at det er avgjørende at integrasjonen med kjernejournal må være på plass i alle aktuelle journalsystemer før det kan settes en konkret frist for å ta i bruk løsningene.

I hovedsak støtter *Norsk Kiropraktorforening (NKF)* intensjonene i forslaget om å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren. Det er et behov for en nasjonal, elektronisk samordning som sikrer og understøtter hele pasientforløpet i alle ledd av helsetjenesten. NKF er opptatt av at det legges til rette for sikker informasjonsutveksling mellom alle offentlige og private aktører i helsetjenesten. NKF mener prinsipielt at staten skal betale for drift og forvaltning av nasjonal e-helseinfrastruktur på lik linje med annen samfunnskritisk infrastruktur.

Farmasiforbundet stiller seg kritisk til et forslag om at apotek skal betale for videre drift og vedlikehold av e-resept, som er en myndighetspålagt løsning, uten at en slik lovpålagt oppgave er mulig å kompensere gjennom apotekavansen. Farmasiforbundet mener at de økonomiske konsekvensene for apotekbransjen må utredes slik at de fremtidige økonomiske konsekvensene gjøres rede for. *Apotekforeningen* støtter lovforslagets formål om å styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å bidra til gode og effektive helse- og omsorgstjenester. Apotekforeningen er imidlertid sterkt uenig i forslaget om at apotekene skal betale for videre drift og vedlikehold av e-resept, uten at dette kompenseres av staten. Apotekforeningen mener det er svært urimelig at private aktører skal betale for drift og vedlikehold av myndighetspålagte løsninger. Apotekforeningen mener videre at de økonomiske konsekvensene av forslaget for apotekbransjen fremover er usikre og ikke i tilstrekkelig grad utredet. E-reseptløsningen har stor teknisk gjeld da løsningen er bygget på til dels utdatert teknologi og løsningen vil kreve et stort løft fremover. Kostnadene til drift og vedlikehold for e-reseptløsningen vil derfor trolig øke kraftig i årene fremover uten at konsekvensene for aktørene er belyst.

Advokatforeningen er positiv til forslaget om at bestemte virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, apotekloven og tannhelsetjenesteloven, skal ta i bruk og gjøre tilgjengelig nærmere bestemte nasjonale e-helseløsninger i virksomheten.

Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon (NITO) er enig i at det er behov for å styrke digi-

talisering, samordning og samhandling i helse- og omsorgssektoren. Men samtidig mener fagforeningen at det ikke er tilstrekkelig tydelig eller klargjort at lovforslaget i seg selv treffer disse ambisjonene. NITO er enig med KS i at konsekvensene for kommunene av lovforslaget ikke er tilstrekkelig utredet.

Arbeidsgiverforeningen Spekter mener en mer koordinert bruk av nasjonale e-helseløsninger er nødvendig for å styrke og legge til rette for digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å bidra til gode og effektive helse- og omsorgstjenester. Det er også behov for bedre nasjonal samordning og samhandling mellom forvaltningsnivåene. De nasjonale e-helseløsningene er nødvendige for å levere gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne og for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet, personvern og effektiv bruk av offentlige ressurser. Spekter ser behovet for å legge til rette for en ytterligere styrking av arbeidet og samordningen på dette området, og støtter derfor hovedlinjen i høringsforslaget.

Abelia stiller spørsmål ved nødvendigheten av å lovfeste de nasjonale fellesløsningene og om hvorvidt intensjonen bak kunne vært oppnådd på annet vis. Bruk av pålegg bør alltid veies opp mot alternative tilnærminger. Dessuten vil flere av de tjenestene som det her er snakk om lett kunne bli økonomisk aktivitet og underlagt støttereglene. E-helse og helseteknologi er i en rivende utvikling, og mye av innovasjonen oppstår nettopp nedenfra og utenfra. Det viktige fra et myndighetsperspektiv, vil være å sikre klare prinsipper kombinert med krav, slik at data skal kunne flyte mellom systemer og løsninger, ikke å bestemme hvilke konkrete systemer som skal brukes.

Universitetet i Agder v/Senter for e-helse uttaler at pålegg om tilgjengeliggjøring av tjenester via helsenorge.no ikke bør hindre at andre, komplette eller helhetlige løsninger kan tas i bruk av aktørene. Det pliktige medlemskapet til løsningen og kostnadene som følger kan være et reelt hinder for at det kan velges konkurrerende løsninger.

Nasjonalt senter for e-helseforskning mener tilnærmingen med plikt til å ta i bruk konkrete løsninger er heftet med betydelig risiko for at utdaterte teknologier og løsninger sementeres. Det påpekes videre at spesialisthelsetjenesten i svært stor grad allerede bruker tjenestene det er snakk om, mens kommunene er på tur til å ta mer funksjonalitet i bruk. Det framstår da som mer formålstjenlig og proporsjonalt å ta i bruk mindre invasive virkemidler, og heller prioritere å tilgjengeliggjøre brukervennlig og nyttig funksjonalitet og tjenester.

Nasjonalt senter for e-helseforskning er opp tatt av at plikten til å ta i bruk løsningene ikke sier noe om hvilke teknologiske standarder integrasjonene er avhengig av. I den grad en nasjonal grunnmur eller digitaliseringsplattform skal være åpen og leverandøruavhengig må dette beskrives. Helseforetak, kommuner, og IT-leverandører er avhengig av at de valgte standardene kan benyttes opp mot nasjonale løsninger. Bruk av åpne og standardiserte grensesnitt er i høringsnotatet beskrevet som den ønskede framtidige retningen for offentlige digitale tjenester, og skal ivareta behovet for innovasjon. Vellykket etablering av åpne plattformer og digitale økosystemer blir dermed en meget sentral forutsetning for å understøtte det påkrevde tjenestemangfoldet og innovasjonstakten helsetjenesten har behov for. Viktigheten til dette punktet er etter Nasjonalt senter for e-helseforskning oppfatning underspilt.

Helseplattformen AS mener at forslaget gir en ekstra økonomisk belastning for aktørene i Midt-Norge som tar i bruk løsningen Helseplattformen. Aktørene må betale for den nye felles løsningen Helseplattformen, som løser mange av dagens samhandlingsutfordringer regionalt, og som gjør de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelig. Aktørene pålegges samtidig å betale for forvaltning og drift av de samme nasjonale løsningene direkte til Norsk helsenett SF.

Dataforeningen understreker betydningen av at gode nasjonale komponenter utvikles, og at bruken av disse gjøres obligatorisk gjennom bruk av forskrift. At finansieringen blandes inn i samme forskrift på en svært detaljert måte, tar imidlertid fokus bort fra dette.

Visiba Care AS støtter ambisjonene for en større tilslutning til de nasjonale e-helsetjenestene. Selskapet mener allikevel at departementet med dette forslaget legger for stor vekt på en lite fremtidsrettet virkemiddelbruk og anbefaler at departementet i det videre arbeidet heller prioriterer å etablere åpne grensesnitt på helsenorge.no. De ber også departementet vurdere tiltak for å sikre en økt utbredelse av e-ID i kommunene. Dette vil sikre økt bruk av nasjonale e-helseløsninger, samtidig som innbyggernes trygghet og tillitt til digitale tjenester vil gi økt bruk. *Visiba Care AS* mener også at forslaget til ny finansieringsmodell i liten grad er vurdert ut fra en planlagt utvikling av nye digitale løsninger i helse- og omsorgssektoren. Forslaget har behov for ytterligere utredning og detaljering, særlig med hensyn til langsiktige virkninger.

Siemens Healthineers er enig i at nasjonale e-helseløsninger er viktig. Selskapet stiller imid-

lertid spørsmål om, og i hvilken grad, forslag til endringer i pasientjournalloven og endringer i forskrift om IKT-standarder legger til rette for behovene framover. Teknologi vil åpne for nye muligheter for behandling og endrede arbeidsprosesser. Dette vil gi grunnlag for helt andre samarbeidsformer enn de vi har i dag og som lovforslaget legger til grunn i sine begrunnelser i høringsnotatet. Selskapet opplever derfor at høringsnotatet i for stor grad ser bakover heller enn å rette blikket fremover.

Skattedirektoratet støtter forslaget i pasientjournalloven § 21 nytt andre og tredje ledd. Skattedirektoratet påpeker at en slik løsning som foreslås vil kunne gi bedre kontroll med personopplysningene som deles mellom Folkeregisteret og Norsk helsenett SF og videre til andre aktører innenfor helsesektoren, noe som igjen vil kunne bidra til å oppnå målsettingen om mer effektiv samhandling mellom aktørene. *Helse Sør-Øst RHF, Vestre Viken HF, Finnmarksykehuset HF, Direktoratet for e-helse, Norsk sykepleierforbund, Apotekforeningen, Norges Optikerforbund, Synsinformasjon, Norsk Tannpleierforening, Legeforeningen, Norsk Forening for rus- og avhengighetsmedisin* m.fl. støtter også forslaget. KS og kommunene er imidlertid usikre på nytten knyttet til dette. *Advokatforeningen* gir uttrykk for skepsis til at Norsk helsenett SF skal ha en egen kopi av Folkeregisteret, som også kan sammenstilles med andre nødvendige opplysninger. Helsedirektoratets ser forslaget som en utvidelse av pasientjournallovens virkeområde. Direktoratet mener lovbestemmelsen konkret bør angi til hvilke formål behandlingen av personopplysningene (kopi av Folkeregisteret) kan gjøres.

4.3 Departementets vurderinger

4.3.1 Pliktene til Norske helsenett SF

Departementet opprettholder forslaget om at det fastsettes en hjemmel til nærmere å regulere i forskrift statlige foretaks ansvar for å tilby de nasjonale e-helseløsningene for helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen, se forslaget til pasientjournalloven § 8 fjerde ledd bokstav d). Det er ikke fremmet motforestillinger av betydning fra høringsinstansene til dette forslaget.

Departementets forslag innebærer at Norsk helsenett SF kan pålegges å gjøre disse løsningene tilgjengelige for virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesten er definert i pasient- og brukerrettighetsloven

§ 1-3 bokstav d. Dette omfatter den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester.

Forslaget om at Norsk helsenett SF kan pålegges plikter, er en nødvendig speiling av forslaget om å kunne pålegge virksomheter å ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene. En plikt til å ta i bruk en nasjonal løsning forutsetter at noen har en plikt til å gjøre den tilgjengelig.

Norsk helsenett SF er i dag ansvarlig for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene e-resept, nasjonal kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet, inkludert grunndata og helseID. Forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene innebærer også at løsningene videreutvikles kontinuerlig med mål om å utvikle forbedringer og verdikjøpende tjenester for både helsepersonell og innbyggere.

4.3.2 Virksomhetenes plikt til å gjøre løsningene tilgjengelige for personellet

Departementet opprettholder forslaget om endringer i pasientjournalloven § 8, med nye andre og tredje ledd, slik at departementet gis hjemmel til i forskrift å bestemme at regionale helseforetak, kommuner, fylkeskommuner og andre virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og apotekloven skal ta i bruk og gjøre tilgjengelig kjernejournal, e-resept og helsenettet i virksomheten. Videre skal virksomhetene gjøre bestemte tjenester tilgjengelige på helsenorge, dersom dette fastsettes i forskrift.

Bestemmelsene omfatter også private virksomheter, blant annet virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med regionale helseforetak, helseforetak, kommuner eller fylkeskommuner samt virksomheter som er godkjent for fritt behandlingsvalg etter spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Lovforslaget gir også departementet hjemmel til å bestemme at apotek og bandasjister skal gjøre helsenettet og e-resept tilgjengelige i virksomheten. Lovforslaget gir ikke hjemmel til å pålegge kommuner eller andre virksomheter plikter som bryter med andre lovkrav til helse- og omsorgstjenestens virksomhet.

Bakgrunnen for departementets forslag er at løsningene i størst mulig grad bør benyttes av alle relevante aktører i tjenesten for å gi ønsket effekt. Løsningene er viktige for å oppfylle helse- og omsorgstjenestens sørge-for-ansvar, understøtte

helsepersonells plikt til å yte forsvarlig helsehjelp og bidra til å ivareta pasientsikkerheten i helse-tjenesten.

Avgrensning til konkrete nasjonale e-helseløsninger

Departementet mener det er viktig å avgrense forslagene til å gjelde konkrete nasjonale e-helseløsninger. Dette gir klarhet i hjemmelsgrunnlaget for å pålegge regionale helseforetak, kommuner og andre plikter med økonomiske konsekvenser. Løsningene e-resept og nasjonal kjernejournal er allerede regulert i pasientjournalloven §§ 12 og 13 med tilhørende forskrifter. Det er derfor tilstrekkelig med en henvisning til disse bestemmelsene. Departementet har videre valgt å beskrive hovedfunksjonene som ivaretas av helsenettet i lovbestemmelsen. Når det gjelder helsenorge.no er plikten knyttet til å gjøre nærmere bestemte tjenester tilgjengelig på den nasjonale innbyggerportalen. Beskrivelsen gir rom for utvikling og tilpasning til nye behov, men med den begrensning at utvikling av funksjoner med andre formål enn dem som framkommer av lovbestemmelsen ikke vil være omfattet.

Løsningene gir nytte for innbyggerne, helseforetak, kommunene og private aktører i sektoren, og de ivaretar nasjonale hensyn som det ikke er mulig eller hensiktsmessig å ivareta på annen måte. For eksempel er det gode erfaringene fra kommunene som har tatt i bruk kjernejournal i sykehjem og hjemmebasert tjeneste. Helsepersonell i sykehjem og hjemmebaserte tjenester sparer tid på å innhente sentrale opplysninger om pasientene, slik som legemidler, pårørende, kritisk informasjon og fastlegeinformasjon. Kjernejournal er viktig for at opplysninger om pasienter som følges opp av helsepersonell i sykehjem og hjemmebasert tjeneste, på en sikker måte kan deles med pasientenes primære behandlere. Samlet sett gir innføring av kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester både positive helseeffekter, og positive økonomiske effekter knyttet til tidsbesparelser i helsepersonells arbeidshverdag.

Et annet eksempel er helsenorge.no som gir tilgang til digitale innbyggertjenester. Tjenester som reseptfornyelse, timebestilling og dialog mellom pasient og helsepersonell er tatt i bruk av mange fastleger, kommuner og helseforetak. Helsenorge.no har vært en viktig kanal for innbyggere under koronapandemien, og det er etablert tjenester for innsyn i koronarelaterte prøvesvar, timebestilling for koronatesting og vaksinasjon, og koronasertifikat på helsenorge.no. Tjenester som

varsel om, og innsyn i covid-19 testresultat, bidrar til en mer effektiv ressursbruk i kommunene.

Departementet viser til Helsetilsynet som uttaler at forslaget vil kunne bidra til at flere aktører i helsetjenesten vil samarbeide ved å bruke de nasjonale e-helseløsningene. Tilsynet fremhever at trygg pasientbehandling ofte skjer i samspill med ulike virksomheter og mellom ulike omsorgs- og tjenestenivå og at dette krever tilgang på relevante og aktuelle opplysninger om pasienten. Departementet er også enig med Helsetilsynet i at tilgang til korrekt og oppdatert informasjon om behandlingsforløpet vil bidra til å redusere faren for svikt, og ved akuttinntak kan tilgang til kritisk informasjon være livreddende.

Departementet viser videre til Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), som uttaler at det er helt nødvendig at alle ledd i helse- og omsorgstjenesten tar i bruk de elektroniske samhandlingsløsningene som kjernejournal, helsenorge.no, grunndata og helse ID for å sikre kvalitativt gode og koordinerte tjenester for pasientene. KS og kommunene er uenig i de virkemidlene som departementet foreslår, men påpeker at pålegg om bruk av e-helseløsninger for å støtte samhandling kan være hensiktsmessig mot slutten av innføringsløp for å sikre at også «etternølere» tar i bruk tjenester som er nødvendige for kvalitet og pasientsikkerhet i den samlede helse-tjenesten.

Departementet vil påpeke at de fire løsningene som omfattes av lovforslaget er anerkjente, har eksistert i flere år og har stor utbredelse i helse- og omsorgssektoren. Etter departementets oppfatning er disse fire konkrete nasjonale e-helseløsningene nå i slutfasen av innføringsløpene. De fire løsningene vil være en grunnleggende del av den teknologiske infrastrukturen i helsetjenesten i lang tid fremover. Innføringsløp vil konkretiseres i forskrift.

Departementet er enig med Abelia i at e-helse og helseteknologi er i rivende utvikling, og mye av innovasjonen oppstår nedenfra og utenfra. Departementet er også enig i viktigheten av å sikre klare prinsipper kombinert med krav slik at data skal kunne flyte mellom systemer og løsninger. Departementet er imidlertid av den oppfatning at disse fire konkrete e-helseløsningene, er en type basisløsninger som bør være tilgjengelig i alle relevante deler av helse- og omsorgssektoren. Det er etter departementets syn en forutsetning for at Norge skal kunne videreføre og videreutvikle en helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet. Plikt til å gjøre de fire e-helseløsningene tilgjengelig i virksomhetene er en konsekvens av dette.

Lovforslaget er for øvrig ikke til hinder for at det utvikles og tas i bruk også andre løsninger som ikke er omfattet av lovbestemmelsen. Dette vil følgelig baseres på frivillig deltakelse fra aktørene i sektoren. Dersom det oppstår behov for å regulere nye løsninger vil dette bli underlagt ordinær lovprosess.

Rammene og forutsetningene for innføring av plikt

Departementet viser til at lovforslaget åpner for at departementet i forskrift kan bestemme at virksomhetenes plikt til å gjøre de ulike løsningene tilgjengelige og ta i bruk kan gjelde fra ulik tid for ulike grupper av virksomheter og ulike grupper av personell, avhengig av hva som kreves av lokale tiltak og nasjonal utvikling. Det er i hovedsak hensynet til innføring i kommunene og tjenestene på helsenorge.no som er bakgrunnen for at det bør åpnes for denne muligheten.

Departementet har merket seg at kommunene og KS uttaler at forutsetningene må ligge til rette for å ta i bruk løsningene og at løsningene må kunne bidra til bedre tjenestetilbud til innbyggerne eller mer effektiv tjenesteproduksjon. KS mener også at lovforslaget legger for stor myndighet til statlige organer uten at kommunesektoren gis reell innflytelse på utvikling av løsninger, implementering eller kostnadsnivå.

Departementet understreker på denne bakgrunn at kommunenes plikt til å ta i bruk kjernejournal og e-resept og gjøre tjenester tilgjengelig på helsenorge.no forutsetter at

- økonomiske og administrative konsekvenser er utredet, herunder teknologiske forutsetninger og avhengigheter,
- det skal være utarbeidet nasjonale innføringsplaner basert på erfaring fra utprøving av løsningene i kommunene,
- Norsk helsenett SF har nødvendig kapasitet til test og godkjenning og at det skal være gjennomført tekniske tilpasninger i de nasjonale løsningene og
- innføring av plikt har vært drøftet i konsultasjonsordningen mellom KS og regjeringen.

En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste forutsetter økt nasjonal koordinering, styring av e-helseutviklingen og felles innsats om nasjonale digitaliseringstiltak. Dette forutsetter tydelige roller og oppgaver. Departementet har gitt Direktoratet for e-helse i mandat å samordne og koordinere den nasjonale e-helseutviklingen. Som nasjonal myndighet på e-helseområdet skal direktoratet legge til rette for nasjonal samordning og en

helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling basert på sektorens behov. Direktoratet skal ivareta helheten på e-helseområdet og ha ansvaret for effektiv og helhetlig styring av nasjonal e-helseportefølje og felles veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger. Felles veikart skal gi sektoren en samlet oversikt over utvikling og innføring av de nasjonale e-helseløsningene.

Videre skal Norsk helsenett SF, innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk utføre nasjonale oppgaver knyttet til utvikling, drift og forvaltning av IKT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren. Statsforetaket har som nasjonal tjenesteleverandør til sektoren ansvaret for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene e-resept, nasjonal kjernejournal, helsenorge.no og helsenettet, inkludert grunndata og helseID. Dette inkluderer behandling og beslutning av endringsønsker og prioritering av innhold i leveranser for den enkelte e-helseløsning i tråd med etablerte prosesser, og i dialog med sektoren i etablerte utvalg.

Forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene innebærer også at løsningene videreutvikles kontinuerlig med mål om å utvikle forbedringer og verdiknende tjenester for både helsepersonell og innbyggere. Norsk helsenett SF skal til enhver tid legge til rette for å forenkle informasjonsflyten mellom aktørene i sektoren. Videre skal Norsk helsenett SF legge til rette for innovasjon og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling.

Nasjonal styringsmodell for e-helse er etablert for å styrke IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren og for å bidra til sterkere nasjonal styring. Styringsmodellen skal sikre sterk forankring av nasjonale valg innen e-helse gjennom felles prioriteringer. Videre skal styringsmodellen gi bedre samhandling mellom de ulike helseaktørene og med innbyggere. Den skal også bidra til en koordinert gjennomføring slik at gevinster i større grad kan hentes ut.

Styringsmodellen har tre nasjonale utvalg; Nasjonalt e-helsestyre, prioriteringsutvalget (NUIT) og Fagutvalget (NUFA). Utvalgene har en rådgivende funksjon overfor Direktoratet for e-helse. Departementet ønsker at denne styringsmodellen videreutvikles for å ivareta en helhetlig og en i størst mulig grad forpliktende e-helseutvikling.

Nasjonalt e-helsestyre har representanter fra kommuner og KS, regionale helseforetak, Nasjonalforeningen for folkehelsen, FFO, Sykepleierforbundet, Legeforeningen, Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Digitaliseringsdirektoratet. Norsk helsenett SF

er observatør. I NUIT er i tillegg Apotekforeningen representert, og i NUFA er også Diabetesforbundet representert.

Nasjonal porteføljestyring er et virkemiddel for realisering av nasjonal e-helsestrategi og helsepolitiske mål. Sektoren skal samles om hvilke tiltak som er de riktige og hvordan de skal følges opp.

I tillegg har departementet etablert et teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger og tar sikte på at utvalget blir nærmere regulert i forskrift. Beregningsutvalget skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenettet inklusive grunndata og helseID.

Departementet mener på denne bakgrunn at forutsetningene ligger til rette for å ta i bruk løsningene og at dette vil bidra til bedre tjenestetilbud til innbyggerne og mer effektiv tjenesteproduksjon. Etter forslaget vil departementet i forskrift kunne definere nærmere hva plikten til å tilgjengeliggjøre og ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene innebærer, hvilke virksomheter som omfattes av plikten og fra hvilket tidspunkt plikten skal gjelde. Departementet viser til at forutsetningene for å ta i bruk løsningene varierer i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten og at tidspunktet for iverksetting derfor ikke kan være likt for alle løsningene og for alle deler av tjenesten.

Datatilsynet påpeker at virksomhetene som pålegges plikt til å gjøre de fire nasjonale e-helseløsninger tilgjengelige i virksomheten, samtidig vil være dataansvarlige etter personvernregelverket. Departementet vil gjøre oppmerksom på at Norsk helsenett SF er dataansvarlig for e-reseptløsningen og nasjonal kjernejournal. Dette er regulert i forskrift. Når det gjelder helsenettet og helsenorge.no, har Norsk helsenett SF et betydelig ansvar etter de ordinære vurderingene etter personvernforordningen (GDPR), jf. artikkel 4 nr. 7. De enkelte aktørene er bare dataansvarlige for særskilte elementer. Dette gjelder tjenester der den enkelte virksomhet har stor grad av kontroll med innholdet i løsningene. Departementet deler derfor ikke Datatilsynets oppfatning om at forslaget vil sette ansvarlighetsprinsippet på strekk eller at virksomhetene settes i en vanskelig situasjon som følge av dette.

4.3.3 Virksomhetenes plikt til å betale for forvaltning og drift

Departementet opprettholder forslag til endringer i pasientjournalloven § 8 fjerde ledd, som gir

departementet hjemmel til i forskrift å pålegge virksomheter å betale for de nasjonale e-helseløsningene helsenettet, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no. Når det gjelder helsenettet, omfatter forskriftshjemmelen alle som bruker helsenettet. Hjemmelen til å pålegge plikt til å betale for helsenettet, inkluderer regionale helseforetaks og kommuners betaling for grunndata og helseID. For e-resept, kjernejournal og helsenorge.no omfatter forskriftshjemmelen regionale helseforetak og kommuner. I tillegg gir lovforslaget departementet hjemmel til å pålegge apotek og bandasjist å betale for e-resept.

Lovforslaget gir videre departementet hjemmel til å forskriftsfeste det nærmere innholdet i betalingsplikten, inkludert krav til løsningenes innhold, statlige foretaks ansvar for å tilby løsningene, dataansvar, hvilke virksomheter som omfattes, betalingspliktig beløp og fra hvilket tidspunkt betalingsplikten skal gjelde. Det går fram av lovforslaget at virksomhetenes samlede betaling ikke skal overstige kostnadene til forvaltning og drift av løsningene.

Departementet vil påpeke at digitale løsninger er en stadig mer integrert del av helse- og omsorgstjenesten og bør derfor, på samme måte som personell, utstyr og infrastruktur inngå som en del av kostnaden ved å drive tjenestetilbudet. I tillegg kan brukerbetaling gi aktørene større innflytelse over utviklingen av løsningene og bidra til at de blir bedre tilpasset sektorens behov. Når sektoren selv må betale for løsningene, vil det også bidra til større vekt på gevinstrealisering og kostnadseffektiv forvaltning og drift av løsningene.

I høringen av lovforslaget er det særlig kommunesektoren, Apotekforeningen og Legeforeningen som er negative til denne delen av forslaget. Disse aktørene mener at ordningen med at staten betaler for forvaltning og drift av løsningene bør videreføres. KS mener prinsipielt at staten skal betale for drift og forvaltning av nasjonal e-helseinfrastruktur (-og løsninger) på lik linje med annen samfunnskritisk infrastruktur, og skriver:

Dersom staten opprettholder betalingsplikt, mener vi at dette da må være basert på faktisk bruk, der kommunene får kompensert sine merkostnader. KS mener det vil være lettere å få oppslutning rundt e-helseløsningene dersom det legges opp til en modell der kommunene kun betaler for tjenester de faktisk bruker, har nytte av og kan påvirke utviklingen av.

KS mener derfor at kostnadene ved innføring av nasjonalt pålagte e-helseløsninger må

finansieres ved at de enkelte aktørene betaler for løsningene etter faktisk bruk, og at kostnader for kommunene ved å innføre ytterligere tjenester må dekkes ved økt rammebevilgning, etter forutgående felles kostnadsberegning.

KS er også bekymret for at lovforslaget skaper en ny presedens for hvordan staten i fremtiden vil finansiere statlige IT-løsninger på andre sektorer.

KS mener at forslaget griper direkte inn i det kommunale selvstyret ved at departementet gis anledning til å prioritere bruk av kommunenes frie inntekter på kommunestyrenes vegne. KS er kritisk til at staten gjennom forskriftsendringer kan pålegge kommunene å betale for kostnadsøkningene til drift og forvaltning av statlige e-helseløsninger. Slik KS leser forslaget legges det opp til at disse påtvungne merkostnadene holdes utenom den ordinære statsbudsjettprosessen. De økonomiske konsekvensene for kommunene holdes dermed unna Stortingets behandling og nasjonalforsamlingens rolle i å fastsette de økonomiske rammene for kommunene.

Etter departementets vurdering bør plikt til betaling fra de regionale helseforetakene og kommunene være uavhengig av om løsningene faktisk er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomhet. Ansvaret for å sørge for helse- og omsorgstjenester til innbyggerne er lagt til alle landets regionale helseforetak og kommuner. De nasjonale løsningene er viktige for at helse- og omsorgstjenesten skal kunne oppfylle ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester, og løsningene blir mer effektive jo flere aktører som benytter dem. Departementet legger vekt på at pålegg om betaling vil stimulere virksomhetene til å ta løsningene i bruk og på denne måten bidra til å øke nytten av løsningene.

Oslo kommune viser til at:

Det forventes blant annet at kommunene skal betale for eResept allerede fra 2022 selv om løsningen kun er tilgjengelig for en svært liten andel av kommunal helse og omsorgstjeneste. Pleie- og omsorgstjenesten i 2/3 av kommunene må først innføre kjernejournal for å få tilgang til eResept og da kun til oppslag og ikke forskrivning som forutsetter at man har innført «forskrivningsmodulen» som er under utfasing.

Oslo kommune viser også til at innføring av kjernejournal er noe kommunene har ventet på og at denne løsningen heller ikke er tilgjengelig for alle helsetjenestene i kommunene.

Det er riktig at e-resept i svært liten grad er tatt i bruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste, men departementet viser til at legevakt og fastleger benytter e-resept, og at dette omfatter de fleste som har forskrivningsrett. Direktoratet for e-helse har i tett samarbeid med KS og Norsk helsenett SF utarbeidet en plan for videre innføring av kjernejournal i kommunene. Direktoratet anslår at kjernejournal vil være tilgjengelig i 90 prosent av kommunene innen utgangen av 2023.

Når det gjelder apotek og bandasjister, er forslaget om en hjemmel til å pålegge betaling basert på at virksomhetene har nytte av e-reseptløsningen. Apotekforeningen er sterkt uenig i forslaget og mener at det er svært urimelig at private aktører skal betale for drift og vedlikehold av myndighetspålagte løsninger. Apotekforeningen mener videre at de økonomiske konsekvensene av forslaget for apotekbransjen framover er usikre og ikke i tilstrekkelig grad utredet. Apotekforeningen skriver videre:

Apotek har ikke mulighet for å øke prisene til sluttbruker. Dette skyldes at reseptpliktige legemidler er pris- og avanseregulert av myndighetene. Apotekforeningen mener derfor at dersom apotekene pålegges å betale for e-resept, må departementet sikre at en slik lov-pålagt oppgave blir kompensert gjennom en tilsvarende økning i apotekenes regulerte maksimalavanse på reseptbelagte legemidler.

Legeforeningen mener at forslaget til lovendringer ikke løser rotårsaken til at digitalisering på tvers av virksomheter er krevende, nemlig manglende insentiver for virksomhetene og manglende finansiering. Legeforeningen beskriver samhandlingsløsninger som helsetjenestens motorveier og mener at utvikling, forvaltning og drift av løsningene må finansieres av staten direkte.

Det er departementets oppfatning at en modell der aktørene betaler for løsningene er mer hensiktsmessig enn dagens ordning med finansiering over en egen post på statsbudsjettet. Departementet mener forslaget er godt rammet inn gjennom prinsipper for beregning av kostnader og fastsetting av betaling. Betalingens størrelse skal forskriftsreguleres og baseres på Norsk helsenett SFs vurdering av forventede kostnader og behandling i tekniske beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger.

Teknisk beregningsutvalg er satt ned av departementet og skal bidra til transparens og best mulig tallgrunnlag for å beregne betalingen for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

Utvalget skal gjennom arbeidet med å vurdere og kvalitetssikre tallmaterialet, bidra til at aktørene i helse- og omsorgssektoren får innflytelse over kostnadsutviklingen og til størst mulig grad av konsensus om nivå på og fordeling av kostnadene. Utvalget har representasjon fra KS og kommunesektoren, de regionale helseforetakene, Den Norske legeforening, Apotekforeningen, Norsk helsenett SF og Direktoratet for e-helse. Direktoratet for e-helse har fått i oppgave å lede utvalget og ivareta sekretariatsfunksjonen. Norsk helsenett SF deltar i sekretariatet. Utvalgets vurderinger skal inngå som en sentral del av beslutningsgrunnlaget når departementet fastsetter betalingen. Direktoratet for e-helse legger fram resultatet av utvalgets arbeid for departementet. Norsk helsenett SF skal levere grunnlagsmaterialet til utvalget. Beregning av kostnadene skal baseres på en bærekraftig forvaltning og drift som tar høyde for verdibevarende oppdatering og vedlikehold av løsningene.

Teknisk beregningsutvalg kommer i tillegg til og vil supplere den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Sektorens forslag til prioriteringer vil gjøres gjennom den nasjonale styringsmodellen, mens beregningsutvalget vil vurdere og kvalitetssikre kostnader knyttet til forvaltning og drift av disse prioriteringene.

Departementet viser til uttalelsene fra Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin og Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som påpeker at kostnadene ved bruk e-helseløsningene bør belastes virksomhetene som bruker løsningene på samme måte som bruk av andre administrative og kliniske verktøy som er nødvendige for driften av helsetjenesten. FFO mener det er nødvendig at det blir forskriftsfestet at alle som yter pasientrettede helsetjenester har en plikt til å tilgjengeliggjøre nasjonale e-helseløsninger og betale for drift og vedlikehold av løsningene. Videre viser departementet til uttalelsene fra Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF, som uttaler at forslaget bidrar til å styrke likeverdigheten mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. En slik plikt understreker det likeverdige ansvaret disse to delene av helse- og omsorgstjenesten har for å yte helse- og omsorgstjenester til felles beste for pasientene.

Departementet viser til at helsenettet allerede brukes og betales av de fleste virksomheter som tilbyr offentlig finansierte helsetjenester. Helsenettet gjør at alle deler av tjenesten kan kommunisere elektronisk med hverandre for å kunne yte effektive og forsvarlige tjenester og samtidig opp-

fylle kravene til informasjonssikkerhet. Kjernejournal bidrar til at viktige opplysninger er tilgjengelige for helsepersonell, e-resept bidrar til bedre oversikt over pasientens medisinbruk, og tjenester på helsenorge.no underbygger pasientens helsetjeneste og kan være ressursbesparende for helse- og omsorgstjenesten.

Kjernejournal er tatt i bruk av aktørene i helse- og omsorgssektoren i stort omfang og har kvantifiserbare gevinster både for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Løsningen er innført i sykehusene.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er e-resept tatt i bruk av de fleste fastlegene og av legevakt. E-resept har både gevinster for pasientene, rekvirentene og for apotek og bandasjist.

Helsenorge.no har som formål å gjøre det enkelt og sikkert for innbyggerne å ha kontakt med helse- og omsorgstjenesten på internett. Under koronapandemien har innbyggernes innsyn i prøveresultater fra covid-19-tester på helsenorge.no vært svært tidsbesparende for kommunene. Inntil selvbetjeningsløsningen var etablert, kontaktet kommunen den enkelte innbygger på telefon for å orientere om testresultatet.

Innbyggerne vil nyte godt av at de nasjonale e-helseløsningene benyttes, enten direkte ved at de får tilgang til informasjon og kommunikasjon om egen helse, eller indirekte ved at helsepersonellet kan kommunisere tryggere og mer effektivt. Raskere tilgang til relevant og nødvendig informasjon i pasientbehandlingen bidrar til økt pasientsikkerhet og reduksjon av feilbehandlinger. Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil ha nytte av løsningene i form av spart tid for å få opplysninger som er relevante og nødvendige for pasientbehandlingen, økt pasientsikkerhet og redusert antall feilbehandlinger. Videre kan helsetjenesten få frigjort tid, ved at innbyggerne benytter selvbetjeningsløsninger som for eksempel innsyn i egne helseopplysninger.

Helsenorge.no skiller seg fra de andre løsningene ved at plikten er knyttet til å gjøre tjenester tilgjengelig via løsningen, og at primærformålet er å gjøre det enkelt og sikkert for innbyggerne å ha kontakt med helse- og omsorgstjenesten digitalt. Helsenorge.no gir tidsgevinster for pasientene og er et viktig verktøy for å realisere pasientens helsetjeneste, styrke befolkningens helsekompetanse og gi pasienten muligheten til å være en aktiv deltaker i å ivareta egen helse. I tillegg bidrar både den åpne informasjonen og utvikling av løsninger for selvbetjening og dialogtjenester til effektivisering for spesialisthelsetjenesten og

den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslag til hjemmel for betalingsplikt tar utgangspunkt i kommunenes og de regionale helseforetakenes ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester og omfatter både åpne informasjonstjenester til befolkningen, og selvbetjenings- og dialogtjenester for pasientene som gjøres tilgjengelig for avtalespesialistene, fastlegene og andre private virksomheter.

Optikerforbundet mener at høringsnotatet i større grad burde ha diskutert prinsippene for beregning av medlemsavgiften til helsenettet og hvordan dette vil påføre små helsetilbydere en forholdsmessig større kostnad enn store aktører. *Optikerforbundet* mener at dagens modell vil gi betydelige utgifter for eksempel til små optikerklinikker som i liten grad vil benytte seg av tjenesten sammenlignet med store enheter. *Norsk Kiropraktorforening (NKF)* ønsker å påpeke at høringen i liten grad diskuterer eller hensyntar den private delen av helsetjenesten. De aller fleste av NKF's medlemmer jobber i private klinikker. NKF påpeker at dersom det med et slikt offentlig pålegg ikke følger med finansiering, så betyr det i praksis at pasientene må ta regningen. NKF mener dette fører til forskjellsbehandling mellom offentlig og private helsetjenester.

Videre viser departementet til følgende problemstilling som tas opp i høringssvaret fra *Skattedirektoratet*:

Kjernen i høringsforslaget synes å være at «forslaget pålegger virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester å gjøre tilgjengelig bestemte nasjonale e-helseløsninger i sin virksomhet, og pålegger også virksomhetene å betale for forvaltning og drift av løsningene.» Det bør avklares hvorvidt denne tilgjengeliggjøringen av opplysningen og påfølgende betaling er å anse som avgiftspliktig omsetning etter merverdiavgiftsloven.

Spørsmålet er særlig viktig ettersom de fleste av de aktørene som kan bli pålagt slik betaling trolig ikke driver avgiftspliktig eller kompensasjonsberettiget virksomhet med fradragsrett eller kompensasjon for merverdiavgift. Dette betyr at en eventuell merverdiavgift vil kunne komme i tillegg til denne betalingen og utgjøre en betydelig kostnad. De aktørene som omfattes synes å tilhøre forskjellige subjekt kategorier med hensyn til avgiftsmessig status der noen har nettobudsjettering, noen har kompensasjonsrett og noen kan få en 25 % kostnadsøkning som følge av en eventuell merverdiavgift.

Departementet viser til at forslaget til hjemmel for å kunne pålegge betaling av medlemsavgift for helsenettet er en kodifisering av dagens praksis og derfor ikke vil ha økonomiske konsekvenser av betydning for aktørene. Når det gjelder spørsmålet fra Skattedirektoratet om merverdiavgift, viser departementet på samme måte til at, med et unntak for kommunene, faktureres aktørene for medlemsavgift med merverdiavgift i dag, og at forslaget ikke innebærer endringer i denne betalingen. Videre viser departementet til at forslaget om en hjemmel til å pålegge betaling for øvrige nasjonale e-helseløsninger, kun omfatter regionale helseforetak, kommuner, og apotek og bandasjist (kun e-resept). Regionale helseforetak følger nettobudsjettdordningen, mens kommuner er kompensasjonsberettigede virksomheter. Når det gjelder apotekene og bandasjistene er disse næringsdrivende som må legges til grunn at er registrert i Merverdiavgiftsregisteret. Disse driver som oftest såkalt delt virksomhet, dvs. både avgiftspliktig og unntatt virksomhet. En eventuell merverdiavgift på betaling for tilgang til e-helseløsninger vil mest sannsynlig kunne komme delvis til fradrag.

4.4 Norsk helsenett SFs tilgang til folkeregisteropplysninger

Departementet opprettholder forslaget til endringer i pasientjournalloven § 21 ved at det innføres et nytt andre og tredje ledd.

Folkeregisteropplysninger utgjør en viktig komponent i helsenettet. Departementet foreslår at Norsk helsenett SF kan innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt. Departementet foreslår videre at det

kan etableres en egen kopi av Folkeregisteret, som også kan sammenstilles med andre nødvendige opplysninger. I tillegg presiseres at Norsk helsenett SF skal kunne dele opplysningene med aktører i helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen, som selv har hjemmel til å motta slike opplysninger. Videre foreslås det at departementet kan gi nærmere bestemmelser i forskrift.

Adgangen til å innhente personopplysninger fra Folkeregisteret og plikt til å gjøre opplysningene tilgjengelige er behandlingsgrunnlag etter personopplysningsloven, jf. personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c og artikkel 9 nr. 2 bokstav g.

Adgangen til å innhente personopplysninger er knyttet til utførelse av oppgaver etter pasientjournalloven og helseregisterloven og øvrige oppgaver pålagt helseforvaltningen i lov eller forskrift.

KS og kommunene gir uttrykk for en usikkerhet knyttet til nytten av forslaget. Folkeregisteropplysninger utgjør en viktig komponent i helsenettet og de fleste aktørene som har avgitt uttalelse om spørsmålet er positive til forslaget. Departementet viser til Skattedirektoratet som påpeker at en slik løsning vil kunne gi bedre kontroll med personopplysningene som deles mellom Folkeregisteret og Norsk helsenett SF og videre til andre aktører innenfor helse- og omsorgssektoren, noe som igjen vil kunne bidra til å oppnå målsettingen om mer effektiv samhandling mellom aktørene.

Forslag til endringer i pasientjournalloven § 21 er uavhengig av de øvrige forslagene om plikt til å tilgjengeliggjøre og betale for de nasjonale e-helseløsningene.

5 Departementets vurdering av forholdet til annen lovgivning

5.1 Forholdet til kommuneloven

Kommuner og fylkeskommuner er selvstendige, politisk valgte og styrte forvaltningsnivåer. Det er derfor nødvendig å lov- og forskriftsregulere pålegg om tilgjengeliggjøring og bruk av nasjonale e-helseløsninger og betaling for disse.

Lov 22. juni 2018 nr. 83 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) § 2-2 første ledd bestemmer at «det kommunale og fylkeskommunale selvstyret bør ikke begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål». Departementets forslag om å pålegge virksomheter, herunder kommuner og fylkeskommuner, som yter helse- og omsorgstjenester å tilgjengeliggjøre nasjonale e-helseløsninger for virksomhetenes helsepersonell og ta i bruk helsenorge.no, er begrunnet i pasientsikkerhet og effektiv helsehjelp samt plikten til å yte forsvarlig helsetjenester. Det er i første rekke innbyggerne som vil nyte godt av at de nasjonale e-helseløsningene benyttes, enten direkte ved at de får tilgang til informasjon og kommunikasjon om egen helse, eller indirekte ved at helsepersonellet kan kommunisere tryggere og mer effektivt. Raskere tilgang til relevant og nødvendig informasjon i pasientbehandlingen bidrar til økt pasientsikkerhet og reduksjon av feilbehandlinger. Løsningene bidrar også til tidsbesparelser for personellet.

Pålegg om tilgjengeliggjøring og bruk er nødvendig for å nå nasjonale mål om pasientsikkerhet og effektiv helsehjelp. Departementet legger vekt på at pålegg om betaling vil stimulere virksomhetene til å ta løsningene i bruk og på denne måten bidra til å øke nytten av løsningene.

De nasjonale løsningene vil gjøre kommunene bedre i stand til å ivareta lovpålagte oppgaver knyttet til helse- og omsorgstjenester, herunder plikten til å sørge for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til kommunens innbyggere. Se også punkt 3.2 om betydningen av de nasjonale e-helseløsningene.

5.2 Forholdet til EØS-retten

5.2.1 Forholdet til reglene om fri bevegelse

Pålegg overfor helsevirksomhetene om å gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige for bruk i virksomhetene vil kunne anses som en restriksjon på enkelte øvrige tjenesteytelser i markedet, jf. EØS-avtalens artikkel 36 om frihet til å yte tjenester. En restriksjon er ifølge rettspraksis lovlig dersom den er et egnet og nødvendig tiltak for å oppfylle et legitimt formål. Inngrepet i det frie markedet må være forholdsmessig.

Det følger direkte av EØS-avtalen artikkel 13 at restriksjoner begrunnet i vernet om menneskers liv og helse utgjør et legitimt formål. Påleggene om at helsepersonell i virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal ha tilgang til helsenettet, e-resept og kjernejournal og pålegget om tilgjengeliggjøring av tjenester på helsenorge.no skal bidra til nasjonal utbredelse av løsningene og et mer enhetlig og effektivt helse-tilbud, og dermed økt behandlingskvalitet og pasientsikkerhet for innbyggerne.

Departementet mener at innføring av påleggene er et egnet og nødvendig tiltak for å oppnå og opprettholde nasjonal utbredelse av løsningene.

Økt samhandling gjennom bruk av sterkere virkemidler

Flere helsevirksomheter enn tidligere er involvert i behandling og oppfølging av samme pasient. Det er derfor et økende behov for å utveksle informasjon mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Målet om pasientens helsetjeneste stiller også høyere krav til at informasjon følger pasienten gjennom hele forløpet. Dette er nærmere omtalt i kapittel 3 og punkt 4.3. Nasjonal digital infrastruktur og de nasjonale samhandlingsløsningene blir følgelig en stadig mer integrert del av den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Departementet mener at forslaget til nye bestemmelser i pasientjournalloven er et nødven-

dig virkemiddel for tydeligere nasjonal styring av den nasjonale e-helseutviklingen. Dette er i tråd med OECDs vurderinger av behovet for fundamentale endringer i lover, organisering og finansierings- og styringsmodeller for å understøtte en ny digital virkelighet. Som omtalt i punkt 3.1 peker OECD på strukturer som ble etablert i den «før-digitale-tiden» som forklaring på at digitalisering i helse- og omsorgssektoren går sakte.

Norge var tidlig ute med å ta i bruk elektroniske pasientjournalssystemer. De enkelte helsevirksomhetene anskaffet løsninger i markedet ut fra egne behov og prioriteringer. Mangfoldet av systemer har gjort det vanskelig å få til samhandling, da løsningene primært har vært utviklet for virksomhetenes egen oppgaveløsning og ikke for informasjonsdeling med andre systemer og virksomheter. Dette har resultert i et fragmentert IKT-landskap hvor informasjon om pasienten er lagret i mange ulike systemer hos mange ulike aktører. Utviklingen av elektronisk samhandling har også vist seg krevende som følge av at den offentlige helse- og omsorgstjenesten er fordelt på flere tusen helsevirksomheter med ulike styringslinjer og systemer fra en lang rekke forskjellige leverandører.

Både arbeidet med prosjektet «Nasjonalt meldingsløft» og innføringen av e-resept viste at det var behov for detaljert teknisk koordinering og stor grad av samtidighet i innføringen hos helsevirksomhetene for å oppnå nytte av løsningene. Eksempelvis startet den nasjonale innsatsen for elektronisk meldingsutveksling tidlig på 2000-tallet gjennom etablering av de første meldingsstandardene og adresseregisteret. I 2008 ble innsatsen styrket gjennom prosjektet «Nasjonalt meldingsløft», som skulle bidra til å få fart på utbredelsen av elektronisk meldingsutveksling gjennom sterkere koordinering, veiledning og bruk av insentiver. Det tok imidlertid svært lang tid å få et flertall av landets helsevirksomheter til å bestille nødvendig støtte i lokale systemer for å kunne ta i bruk meldingsutveksling.

I 2014 leverte Riksrevisjonen en kritisk rapport om meldingsutvekslingen i helse- og omsorgstjenesten, der det blant annet ble etterlyst sterkere virkemiddelbruk. Rapporten førte også til en høring i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomite. I innstillingen (Innst. 67 S (2014–2015)) uttalte komiteen blant annet at staten burde supplere koordineringsaktiviteter med sentral styring og ledelse på IKT-området. I 2015 ble det vedtatt en forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten som pålegger alle helse- og omsorgsvirksomheter å føre behandlingsrettede

helseregistre elektronisk, og fastsetter obligatoriske standarder for meldingsutvekslingen.

Departementet mener at hovedansvaret for digitalisering fortsatt skal ligge hos de enkelte virksomhetene. Erfaringen fra de siste tiårene viser at det i tillegg er behov for utvikling av nasjonal infrastruktur og utvalgte nasjonale løsninger. Etter EØS-avtalen står landene i utgangspunktet fritt til å innrette sin helse- og omsorgstjeneste på en hensiktsmessig måte. I tillegg til retningslinjer, standarder og krav til arkitektur, terminologi, informasjonssikkerhet mv., som den enkelte helse- og omsorgsvirksomhet må følge opp, har staten tatt ansvar for å etablere grunnleggende digital infrastruktur og utvalgte fellesløsninger for helse- og omsorgssektoren. Tilsvarende er utviklet i flere europeiske land. De andre nordiske landene, England med flere, har alle tilsvarende løsninger som de norske nasjonale e-helseløsningene

De nasjonale e-helseløsningene helsenet, e-resept, kjernejournal og helsenorge.no er nødvendige for å oppfylle regionale helseforetaks og kommuners lovpålagte plikt til å sørge for at innbyggerne gis gode helse- og omsorgstjenester. For hver av løsningene nødvendiggjør hensynet til pasientsikkerhet, personvern og effektiv offentlig ressursbruk at det etableres én løsning under offentlig kontroll.

Se nærmere omtale av de nasjonale e-helseløsningene i punkt 3.2.

Forholdet til private leverandører og muligheten for næringsutvikling

Norsk helsenett SF har ansvaret for de nasjonale e-helseløsningene på vegne av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten. De nasjonale e-helseløsningene skal gi grunnleggende samhandlingsfunksjonalitet som er nødvendig for at helse- og omsorgsvirksomhetene skal kunne gi innbyggere og pasienter et mer helhetlig helse- og omsorgstilbud.

De eksisterende nasjonale løsningene er i stor grad basert på anskaffelser fra private leverandører og er eksempler på at markedet benyttes aktivt i arbeidet med å digitalisere den offentlige helse- og omsorgstjenesten. I dag står kommersielle leverandører for mer enn 80 prosent av infrastrukturleveransene knyttet til helsenet. Kjernejournal ble utviklet av en privat leverandør utvalgt etter en offentlig anskaffelse basert på konkurransepreget dialog, der leverandørmarkedet har vært benyttet til å finne den beste løsningen. Reseptformidleren i e-reseptløsningen er

utviklet av en privat leverandør utvalgt etter en offentlig anskaffelse. Helsenorge.no er utviklet med vesentlige bidrag fra private leverandører.

For å legge til rette for innovasjon og næringsutvikling, er det i henhold til regjeringens digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025 et mål at eksisterende og planlagte tjenester skal etableres som plattformer med standardiserte og åpne grensesnitt. Løsningene skal etableres som «økosystem» der både offentlige aktører og private leverandører har tilgang til felles funksjonalitet og felles IKT-arkitektur. Dette gir muligheter for at private aktører kan utvikle verdifulle tjenester for både innbyggere, pasienter og helsepersonell.

Arbeidet med å åpne opp helsenorge.no til en plattform for innovasjon og næringsutvikling pågår. I 2019 ble det blant annet åpnet opp for at leverandører av teknologi for videokonsultasjon kan levere løsninger som er integrert med helsenorge.no. Videre er det lagt til rette for leverandører av ulike selvhjelps- og mestringsverktøy.

5.2.2 Forholdet til anskaffelsesreglene

Kommunesektoren kan etter departementets vurdering bruke de nasjonale e-helseløsningene og betale for disse uten å avholde konkurranse etter regelverket for offentlige anskaffelser. Det skyldes at det ikke foreligger et gjensidig bebyrdende kontraktsforhold i anskaffelsesreglenes forstand.

Innføring av samfinansieringsmodellen samt pålegg om tilgjengeliggjøring i virksomhetene, fører etter departementets vurdering til at leveranse av nasjonale e-helseløsninger fra Norsk helsenett SF til brukerne av løsningene ikke utgjør en gjensidig bebyrdende kontrakt. Leveransene forblir dermed utenfor virkeområdet til regelverket om offentlige anskaffelser. Dette skyldes blant annet at Norsk helsenett SF pålegges plikt til å tilgjengeliggjøre løsningene, at virksomhetene pålegges plikt til å gjøre de tilgjengelige for sine ansatte og at betalingen som pålegges virksomhetene vil reguleres i lov og forskrift og fastsettes av departementet. Vesentlige elementer som gjenstand for virksomhetenes plikter og pris vil følge direkte av lov og forskrift. Med en slik regulering begrenses valgfriheten sterkt. Ettersom den anbefalte finansieringsmodellen er basert på kostnadsfordeling etter fordelingsnøkler og ikke direkte knyttet til faktisk bruk av løsningene, vil det heller ikke være en direkte kobling mellom verdien av tjenesteytelsen og størrelsen på motytelsen.

5.2.3 Forholdet til statsstøttereglene

Departementet mener at offentlig finansiering av de nasjonale e-helseløsningene som omfattes av forslaget ikke rammes av statsstøtteforbudet i EØS-avtalen artikkel 61(1).

Statsstøttereglene gjelder bare for «foretak». Med foretak menes virksomheter som driver økonomisk aktivitet i form av kjøp og salg av varer eller tjenester i et marked. Aktiviteter anses ikke som økonomiske når de blir utført utelukkende for å tilby andre ikke-økonomiske tjenester (offentlige helse- og omsorgstjenester).

Norsk helsenett SF tilgjengeliggjør nasjonale e-helseløsninger kun for å legge til rette for at helseforetak, kommuner, fylkeskommuner, fastleger, tannleger og andre private virksomheter kan tilby innbyggerne gode offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester. Staten har tatt kontroll over tilgjengeliggjøringen av de grunnleggende nasjonale e-helseløsningene, med utstrakt bruk av markedet i utviklingen av disse, i stedet for å etablere et marked med konkurranse mellom ulike parallelle nasjonale løsninger. Disse nasjonale løsningene er en viktig del av, og nært knyttet til, den solidariske og offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten. Ettersom tilbud av offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester ikke regnes som økonomisk aktivitet, slik dette er finansiert og organisert i Norge, anses heller ikke de sterkt tilknyttede nasjonale e-helseløsningene å være økonomisk aktivitet. Denne forståelsen notiserte Norge til EFTAs overvåkingsorgan (ESA) 2. mai 2019.

I vedtak 10. juli 2019 konkluderte ESA med at tilgjengeliggjøring av helsenettet, e-resept, helsenorge.no og kjernejournal ikke anses som økonomisk aktivitet omfattet av statsstøttereglene. Norsk helsenett SFs og Direktoratet for e-helses tilgjengeliggjøring av disse løsningene har til formål å oppfylle det offentliges rettslige forpliktelser til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til innbyggerne, innenfor rammene av nasjonale og EØS-rettslige krav til informasjonssikkerhet og personvern. Virksomheten anses derfor som offentlig myndighetsutøvelse som faller utenfor statsstøttereglenes virkeområde.

Abelia og WTW AS innga 26. november 2019 et søksmål til EFTA-domstolen med påstand om annullering av ESAs vedtak. Abelia begrunnet dette med at ESA burde hatt så klar grunn til å tvile på både det rettslige grunnlaget for at løsningene ikke er økonomisk aktivitet og faktum om markeds- og konkurransesituasjonen, at organet skulle ha ventet med å fatte vedtak til en formell

undersøkelse med offentlig høring hos berørte aktører var gjennomført. Saksøkerne mente derfor at ESA måtte behandle saken på nytt. I dom av 17. november 2020 (sak E-9/19) fra EFTA-domstolen ble saksøkerne ikke gitt medhold.

Notifikasjonen og ESAs vedtak gjelder situasjonen slik den er før dette forslaget til lovendringer gjennomføres, uten regulering av plikter for virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten, herunder plikt til å samfinansiere løsningene gjennom betaling fastsatt at departementet.

Departementet mener at forslaget til innføring av en samfinansieringsmodell ikke vil påvirke løsningenes karakter som ikke-økonomisk aktivitet. Samfinansieringen medfører kun at kostnadene fordeles på en ny måte mellom aktørene, uten å endre begrunnelsen for eller innretningen av de løsningene som allerede er notifisert. Konklusjonen styrkes av at samfinansieringen reguleres i lov og forskrift, og at Norsk helsenett SF gis liten eller ingen frihet til selv å fastsette størrelsen på betalingen. Departementet anser at konklusjonen har støtte i rettspraksis og er lite tvilsom. Det framstår derfor ikke hensiktsmessig å notifisere e-helseløsningene på nytt på grunn av lovforslaget. Det er videre ikke et krav om notifisering av forslaget om samfinansiering. ESA har i sitt ved-

tak 10. juli 2019 konkludert med at tjenestene som sådan ikke er økonomisk aktivitet. Vedtaket ble truffet på bakgrunn av en notifikasjon fra Norge for å oppnå rettslig sikkerhet for at statsstøtteregeleene ikke får anvendelse på løsningene. Notifikasjonen gjaldt ikke spørsmålet om finansieringen av løsningene er forenelig med statsstøtteregeleene. ESA oppstilte derfor heller ikke ufravelige vilkår for at finansieringen er lovlig som krever ny notifisering når rammevilkårene endres.

Statsstøtteregeleene er derfor etter departementets oppfatning ikke til hinder for å innføre en samfinansieringsmodell, slik lovforslaget legger opp til.

5.3 Svalbard og Jan Mayen

For Svalbard gjelder en egen helseforskrift, forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen. I medhold av denne forskriften gjelder blant annet helsepersonelloven og deler av spesialisthelse-tjenesteloven for Svalbard, samt en rekke andre lover på helsefeltet. Pasientjournalloven gjelder ikke, og departementet foreslår ikke å endre dette.

6 Administrative og økonomiske konsekvenser

Forslagene har administrative og økonomiske konsekvenser knyttet til plikten til å betale for de nasjonale e-helseløsningene og gjøre løsningene tilgjengelig for relevant personell i virksomheten. Departementet understreker at forslag til hjemmel for betalingsplikt kun gjelder kostnader til forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept, helsenorge.no og helsenettet inkludert grunndata og helseID. Forslaget omfatter ikke kostnader til utvikling av nye løsninger.

6.1 Tilgjengeliggjøring og bruk av løsningene

Forslag om innføring av plikt for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten til å gjøre de nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige i virksomheten og betale for disse vil i varierende grad ha økonomiske og administrative konsekvenser.

Helsenettet brukes og betales allerede av de fleste virksomheter som tilbyr offentlig finansierte helsetjenester, og en lov- og forskriftsfestet plikt til å gjøre helsenettet tilgjengelig for bruk vil derfor kunne innføres uten større økonomiske og administrative konsekvenser.

Plikt til å gjøre de øvrige nasjonale e-helseløsningene tilgjengelige i virksomhetene, vil medføre kostnader til lokal utvikling og innføring. De økonomiske konsekvensene vil avhenge av i hvilken grad virksomhetene allerede har lagt til rette for bruk av løsningene, nasjonale bidrag til innføring, innføringstidspunkt mv. De nasjonale e-helseløsningene er i stor grad tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten, av fastleger, legevakter og apotek og de økonomiske konsekvensene ved tilgjengeliggjøring vil derfor være begrenset for disse tjenestene. Siden løsningene i mindre grad er innført i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil de økonomiske konsekvensene være større for denne delen av tjenesten.

Nærmere om konsekvensene for helse- og omsorgstjenesten i kommunene

Kjernejournal benyttes av legevakt og andre kommunale aktører omfattet av den akuttmedisinske kjeden. Kjernejournal benyttes også i stor utstrekning av fastlegene, både av fastleger som er ansatt i en kommune og av fastleger som er private virksomheter med fastlegeavtale med kommunen. Erfaringene så langt med innføring av kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester tyder på det gir positive helseeffekter og tidsbesparelser i helsepersonells arbeidshverdag.

Norsk helsenett SF har, i samarbeid med kommunene som har prøvd ut kjernejournal i sykehjem og hjemmebaserte tjenester, anslått størrelsen på innføringskostnadene. Estimaten tar utgangspunkt i tre alternativer basert på hvor mange ansatte som skal ha tilgang til kjernejournal i kommunen. Estimaten omfatter kostnader til innføringsaktiviteter, e-ID og helseID, og oppdatering av journalsystemene. Kostnadene til e-ID og helseID vil i stor grad avhengig av om kommunen velger en løsning med PKI-kort eller en løsning der ansatte bruker egen e-ID og personlig mobil. Norsk helsenett SF har lagt ut detaljert informasjon til kommunene på sin hjemmeside.

Før det er aktuelt å iverksette en plikt til tilgjengeliggjøring av e-resept for kommunale tjenester som ikke har tatt løsningen i bruk, skal økonomiske og administrative konsekvenser være utredet, det skal være utarbeidet en nasjonal innføringsplan basert på erfaring fra utprøving av løsningen, Norsk helsenett SF skal ha nødvendig kapasitet til test og godkjenning, og det skal være gjennomført tekniske tilpasninger i den nasjonale løsningen. Dette er arbeid som pågår i regi av programmet *pasientens legemiddelliste* som ledes av Direktoratet for e-helse.

Når det gjelder tjenester for dialog og selvbetjening for hjemmebaserte tjenester på helsenorge.no, er kommunene allerede godt i gang med innføringen. Det er gjennomført en forenklet samfunnsøkonomisk analyse av investeringskostnader og nytteeffekter for hjemmebaserte tjenester. Analysen viste at utvikling og innføring av

tjenester for dialog og selvbetjening på helsenorge.no vil kunne ha en betydelig positiv pris-satt nytteverdi veid mot kostnader. De økonomiske og administrative konsekvensene for kommunene ved innføring av plikt til tilgjengeliggjøring av tjenester på helsenorge.no, vil bli vurdert i sammenheng med arbeidet med en innføringsplan for kommunene som skal være på plass før plikten trer i kraft.

Departementet viser også til forutsetningene for å innføre plikt til å tilgjengeliggjøre løsningene i kommunal helse- og omsorgstjeneste som er beskrevet i punkt 4.3.

6.2 Betaling for kostnadene til forvaltning og drift

Forslaget om å innføre plikt til betaling innebærer at medlemsavgiften til helsenettet videreføres omtrent som i dag, men at medlemsavgiften for kommunene gjeninnføres. I tillegg inkluderes grunndata og helseID i medlemsavgiften for regionale helseforetak og kommuner. Utvikling av nye tjenester og ny funksjonalitet som ikke inngår i ordinær forvaltning og drift av helsenettet med tilhørende tjenester, omfattes ikke av betalingsplikten. Forslaget om å gjeninnføre betaling fra kommunene for helsenettet innebærer at ordningen med finansiering direkte over statsbudsjettet, som ble innført i 2018, avvikles fra det tidspunktet forskriftsbestemmelser om betaling trer i kraft. Kommunenes betaling for helsenettet i 2022 kompenseres fullt ut.

Forslaget om å pålegge betaling for kjernejournal, e-resept og helsenorge.no innebærer at regionale helseforetak og kommuner framover må betale for forvaltning og drift av løsningene. Departementet legger til grunn en betalingsmodell der kostnadene til forvaltning og drift av e-resept, kjernejournal og helsenorge.no fordeles omtrent likt mellom regionale helseforetak og kommuner etter at bidraget fra apotek og bandasjister til betaling for e-resept er trukket fra.

Både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å levere helsetjenester til pasientene som løsningene skal understøtte. Både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (herunder fastlegene) benytter løsningene i stort omfang. Selv om det er pasientene som har den største nytten av løsningene, viser tilgjengelige samfunnsøkonomiske analyser at både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har nytte av løsningene. Departementet går imidlertid inn for, at det i en overgangsperiode, tas hensyn til muligheten for å ta løsningene i bruk når veksten i kostnader til forvaltning og drift fordeles. Kommuner og regionale helseforetak vil bli kompensert eksisterende kostnader til forvaltning og drift, men må dekke kostnadsveksten fra 2021 og framover.

Forslaget innebærer videre at apotekene og bandasjistene pålegges å betale for e-resept basert på at virksomhetene har nytte av løsningen. Departementet understreker at plikten ikke gjelder utviklingskostnader, men kostnader til forvaltning og drift av e-resept.

Departementet viser til at det tekniske beregningsutvalget for nasjonale e-helseløsninger skal vurdere og kvalitetssikre tallmaterialet som vil danne grunnlaget for å beregne betaling for forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene.

Uavhengig av foreslåtte endringer i finansieringsmodell, må det påregnes vekst i kostnadene til forvaltning og drift framover. Det gjelder særlig helseID og grunndata. Økt bruk og innføring for nye grupper vil også kunne bidra til vekst i de samlede kostnadene til forvaltning og drift. Det er vanlig å regne med at kostnader til forvaltning og drift ligger på mellom 18 og 25 prosent av investeringskostnadene (23 prosent for helsenorge.no).

Dersom utgiftene til drift og forvaltning av de nasjonale e-helseløsningene øker betydelig, kan det bli aktuelt å kompensere kommunene og helseforetakene for deler av merutgiftene.

7 Merknader til de enkelte lovbestemmelsene

Til pasientjournalloven § 8

Det foreslås å ta inn nytt andre, tredje og fjerde ledd. Forslaget til andre ledd fastsetter at departementet i forskrift kan bestemme at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, apotekloven og tannhelsetjenesteloven, skal ta i bruk nærmere bestemte nasjonale e-helseløsninger i virksomheten. Dette omfatter blant annet helseforetak, kommuner, apotek og bandasjister. De bestemte løsningene som forskriftshjemmelen i annet ledd omfatter er helsenettet, nasjonal kjernejournal og e-resept.

Ta i bruk omfatter å gjøre tjenesten tilgjengelig i virksomheten. Løsningene anses gjort tilgjengelige i virksomheten når de kan tas i bruk av personell som har tjenstlige behov for, og rett til, å ta løsningene i bruk. Helsepersonellens tilgang til kjernejournal og e-resept er regulert i egne forskrifter.

Innbyggerportalen helsenorge.no er innrettet på en noe annen måte enn de tre ovenfor nevnte løsningene og er derfor regulert separat i tredje ledd. Departementets adgang til å gi forskrift omhandler ikke plikt til å gjøre helsenorge.no tilgjengelig i virksomheten, men å gjøre nærmere bestemte tjenester tilgjengelig på helsenorge.no. Plikten er altså knyttet til å gjøre tjenester tilgjengelig via løsningen.

Fjerde ledd innebærer at departementet kan gi forskrift om at regionale helseforetak, kommuner, apotek, bandasjister og andre virksomheter skal betale for at de nasjonale e-helseløsningene gjøres tilgjengelige for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten eller – når det gjelder helsenorge.no – for allmennheten.

Det er presisert at når det gjelder apotek og bandasjister, kan eventuell plikt til betaling kun omfatte løsningene nevnt i andre ledd bokstav a og c, det vil si e-resept og helsenettet. Det er avgjørende om e-resept faktisk er gjort tilgjengelig i den enkelte virksomheten og at det faktisk er inngått avtale om tilkobling til helsenettet.

Også andre virksomheter som har inngått avtale om tilkobling til helsenettet skal betale.

Videre følger det at departementet kan gi forskrift om betalingsplikten og løsningene, inkludert krav til løsningenes innhold, hvilke virksomheter som omfattes, betalingspliktig beløp og fra hvilket tidspunkt betalingsplikten, plikten til å gjøre en løsning tilgjengelig i virksomheten eller plikten til å gjøre tjenester tilgjengelig på helsenorge.no skal gjelde. Videre kan departementet gi forskrifter om statlige foretaks ansvar for å tilby løsningene og dataansvar for løsningene. Dette innebærer blant annet at Norsk helsenett SF kan pålegges plikt til å tilby løsningene.

Virksomhetenes samlede betaling skal ikke overstige kostnadene til forvaltning og drift av løsningene. Betalingens størrelse vil fastsettes på bakgrunn av forventede kostnader i det kommende budsjettåret. Kravet innebærer derfor ikke at virksomhetenes betaling for det enkelte år skal tilsvare de faktiske kostnadene i dette året, men at dette skal være tilfellet over tid. Det vil derfor ved fastsettelsen av betalingens størrelse i et bestemt år ikke bare være relevant å se hen til forventede kostnader i dette året, men også til avviket mellom den faktiske betalingen for foregående år sammenlignet med de faktiske kostnadene. Beregning av kostnadene skal baseres på en bærekraftig forvaltning og drift som tar høyde for verdibevarende oppdatering og vedlikehold av løsningene.

Til pasientjournalloven § 21

Det foreslås tatt inn nytt andre og tredje ledd. Bestemmelsene gir Norsk helsenett SF adgang til å innhente personopplysninger fra Folkeregisteret uten hinder av taushetsplikt og til å etablere en kopi av Folkeregisteret, som også kan sammenstilles med andre nødvendige opplysninger. Adgangen til å innhente personopplysninger er knyttet til utførelse av oppgaver etter pasientjournalloven og helseregisterloven med forskrifter og øvrige oppgaver pålagt helse- og omsorgstjenesten eller helse- og omsorgsforvaltningen i lov eller forskrift. Norsk helsenett SF kan dele folkeregisteropplysningene med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgs-

forvaltningen når dette er nødvendig for å løse oppgaver helse- og omsorgstjenesten eller helse- og omsorgsforvaltningen er pålagt i lov eller forskrift.

Av tredje ledd følger at departementet kan gi forskrift om dataansvar og behandling av opplysninger etter andre ledd.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.).

Vi **HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i pasientjournalloven (tilgjengeliggjøring av og betaling for nasjonale e-helseløsninger m.m.)

I

I lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp gjøres følgende endringer:

§ 8 nytt andre, tredje og fjerde ledd skal lyde:

Departementet kan gi forskrift om at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, apotekloven og tannhelsetjenesteloven, skal ta i bruk følgende nasjonale e-helseløsninger i virksomheten:

- a) helsenettet: nasjonal infrastruktur med felles tjenester og felleskomponenter for utveksling av opplysninger med virksomheter i helse- og omsorgssektoren
- b) nasjonal kjernejournal opprettet etter § 13
- c) elektronisk kommunikasjonskjede for overføring av reseptinformasjon opprettet etter § 12.

Departementet kan også gi forskrift om at virksomheter nevnt i andre ledd skal gjøre digitale tjenester tilgjengelige på en nasjonal innbyggerportal.

Departementet kan gi forskrift om:

- a) betaling for bruk av helsenettet
- b) at regionale helseforetak og kommuner skal betale for at de nasjonale e-helseløsningene nevnt i andre og tredje ledd gjøres tilgjengelige for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten eller allmennheten

- c) at apotek og bandasjister som har gjort løsningen nevnt i andre ledd bokstav c tilgjengelig i virksomheten, skal betale for løsningen
- d) det nærmere innholdet i betalingsplikten og løsningene, hvem som er dataansvarlig og statlige foretaks ansvar for å tilby løsningene.

Virksomhetenes samlede betaling skal ikke overstige kostnadene til forvaltning og drift av løsningene.

§ 21 nytt andre og tredje ledd skal lyde:

Når det er nødvendig for å løse oppgaver helse- og omsorgstjenesten eller helse- og omsorgsforvaltningen er pålagt i lov eller forskrift, kan Norsk helsenett SF

- a) innhente personopplysninger fra Folkeregistret uten hinder av taushetsplikt, behandle opplysningene og sammenstille opplysningene med andre nødvendige opplysninger
- b) dele opplysninger som nevnt i bokstav a med virksomheter i helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen.

Departementet kan gi forskrift om dataansvar og behandling av opplysninger etter andre ledd.

II

Loven trer ikraft fra den tiden Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelsene i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

