



Helsedirektoratet

Vår referanse
21/00805-3

Dato
29. november 2021

Høring - Forslag til endring i forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister.

Innledning

Den norske tannlegeforening (NTF) takker for muligheten til å komme med høringsinnspill til forslag til endringer i Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) § 3-1.

Det foreslås et nytt fjerde ledd til § 3-1 som skal omfatte den private tannhelsetjenesten og en plikt til å sende inn helseopplysninger til KPR.

Det tas sikte på at forskriftsendringen skal gjelde fra og med 1. januar 2022

Generelt om høringsnotatet

KPR ble opprettet i 2017 for å gi kommunale og sentrale myndigheter et bedre grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. NTF var i høringssvaret fra 2017 positive til opprettelsen av registeret, og vi mener fortsatt at det er viktig å sikre at beslutninger om og i helsetjenesten gjøres kunnskapsbasert.

Høringsnotatet viser til at det mangler et helhetlig kunnskapsgrunnlag om oral helse i befolkningen på nasjonalt nivå, og at det reduserer muligheten til å evaluere og arbeide målrettet med forbedring av tjenestetilbudet. Det gjør det dessuten utfordrende å lage gode beregninger for behovet for tannhelsepersonell i fremtiden. Det er behov for mer kunnskap om befolkningens orale helse og hva som utføres av behandling i tannhelsetjenesten.

En helhetlig oversikt over tannhelsetilstanden i befolkningen er i tråd med det som beskrives i folkehelseloven, og for å overvåke utviklingen over tid er det helt nødvendig med slike data. Det er av stor betydning at formålet styrer de data som skal rapporteres, og dette bør være helt klart definert.

Når det gjelder denne høringen ser NTF det som nødvendig å skille mellom den offentlige tannhelsetjenesten (DOT) og den helprivate tannhelsetjenesten. For DOT er det allerede hjemmel til å innhente data fra tjenesten, og det er formålstjenlig å samle inn helseopplysninger fra alle gruppene som omfattes av tannhelsetjenesteloven. Dette gjøres i veldig liten grad i dag, selv om det finnes hjemmel for det. En innhenting av data fra DOT ville gitt verdifull kunnskap om en viktig del av tannhelsetjenesten.

Dette er ikke tilfelle for den helprivate tannhelsetjenesten. Formålet her vil være av en helt annen karakter enn i en offentlig tjeneste. Over 2/3 av tannhelsetjenesten er privat, og nesten all behandling av voksne utføres av private tannleger som ikke har noen avtale med offentlige instanser. Det er viktig å understreke at den private delen av tannhelsetjenesten ikke mottar noen form for offentlig støtte, hverken til etablering eller drift. Det er pasientene som selv betaler for sin egen behandling (unntaket er noen behandlinger som det gis stønad til i folketrygdens stønadsordning).

Opplysninger om oral helse i den voksne befolkningen vil kunne være verdifull for å kunne si noe om oral sykdom og behovet for tannhelsetjenester. Data er også helt avgjørende som grunnlag for forskning på utbredelse og utvikling av sykdom. Slik tjenesten er organisert vil planlegging, styring og finansiering ha underordnet verdi, men datagrunnlaget vil gi verdifull kunnskap om tjenesten.

Punkt 2.4 i høringsnotatet viser til at det er mulig å få et visst innblikk i tjenestene som utløser stønad fra folketrygdens stønadsordning i KUHR registeret. Disse dataene er imidlertid ikke representative ettersom de kun inneholder behandling som er stønadsberettiget fra folketrygdens stønadsordning, og hvilket stønadspunkt som er benyttet. I dette systemet er det ingen registrering av diagnose, og det er også begrenset informasjon om behandlingen som utføres. KUHR inneholder data som er innsamlet til formål knyttet til finansiering og ikke til helsetilstand og behandling, som er aktuelt for KPR. Tannbehandling med stønad fra folketrygdens stønadsordning utgjør dessuten bare anslagsvis 10% av all tannbehandling i den voksne befolkningen, og vil være av liten verdi når det gjelder informasjon om den orale helsen i den voksne befolkningen som helhet.

Innhenting av helseopplysninger fra en helprivat tannhelsetjeneste reiser en rekke utfordringer

Helseregisterloven og pasientjournalloven skiller ikke mellom privat og offentlig finansierte tjenester.

Av [Innst.295 L \(2013–2014\)](#) under punktet «private helseaktører» viste HOD til at helseregisterloven ikke skiller mellom privat og offentlig finansierte tjenester. Det avgjørende skal i stedet være hvilke tjenester som utføres og *myndighetenes planleggings- og styringsbehov*.

For det første vil en slik bestemmelse som nå foreslås gå utenfor formålet med KPR-forskriften, som er å *gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester*. Dette er en vid definisjon, som likevel ikke omfatter det som nå foreslås innlemmet. Innsamling av data fra privat tannhelsetjeneste faller utenfor formålet. Kommunene verken planlegger, styrer, finansierer eller evaluerer disse tjenestene, og har da heller ingen berettiget interesse i å foreta slik innsamling.

Det vises under punkt 4.2 til at helsemyndighetene har et ansvar for å sikre tilgang til helsepersonell over hele landet. For tannhelsetjenesten er det ønskelig å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag for å vurdere om dagens ordning, med en i hovedsak egenfinansiert tannhelsetjeneste for personer over 20 år, er tilstrekkelig for å ivareta grunnleggende behov for tannhelsetjenester i alle deler av befolkningen. Myndighetene trenger også kunnskap om tilgjengelige behandlingsressurser i form av personell, samt forholdet mellom allmenn- og spesialisttannhelsetjenester. Slik kunnskap er blant annet av betydning for å kunne vurdere behovet for utdanningskapasitet i de ulike odontologiske spesialitetene. Gjennom Kompetanseløft 2025, ønsker regjeringen bl.a. at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gjennom tannhelsestatistikk og analyser skal sørge for at kommuner og fylkeskommuner har tilgjengelig informasjon til bruk i personell- og kompetanseplanlegging. Kunnskap om bruk av private tannhelsetjenester kan også gi en god indikasjon på om de offentlige tannhelsetjenestene er tilstrekkelig tilgjengelige for innbyggerne.

Informasjon om antall tannleger og spesialister og hvor de holder til burde være tilgjengelig for helsemyndighetene fra før, men det finnes i dag ingen god samlet oversikt over dette. Det er ikke nødvendig å innhente pasientopplysninger for å få tilgang på denne informasjonen. NTF er av den oppfatning at myndighetene burde etablere et helsepersonellregister. Det er ikke riktig å bruke KPR, et behandlingsregister, til dette formålet.

NTF mener dessuten at kunnskap om bruk av privat tannhelsetjeneste gir ingen indikasjon på om de offentlige tjenestene er tilgjengelige nok. Majoriteten av befolkningen har ikke noe alternativ til å oppsøke privat tannhelsetjeneste, og blant de som har rettigheter kan det også være andre årsaker til at man velger å ikke benytte seg av disse. Enkelte foretrekker det private tilbudet, og statistikk vil ikke gi svar på hvorfor de som har rettigheter ikke benytter seg av disse.

I punkt 4.3 vises det til at innsamling av data om den private delen av tannhelsetjenesten vil gi et bedre kunnskapsgrunnlag for det helsefremmende og forebyggende arbeidet, for både sentrale, regionale og lokale helsemyndigheter. Det må spørres på hvilken måte dette er tenkt oppnådd, siden helsemyndighetene verken finansierer eller styrer dette tilbudet.

For det andre er det slik at den helsefaglige eller samfunnsmessige nytten av et register klart må overstige personvernulempene. Dette følger av helseregisterloven § 8 annet ledd og av grunnleggende personvernprinsipper. Å innhente opplysninger fra private helsetjenester vil kreve en utredning av personvernulempene for den enkelte, hvilket ikke er gjort.

Etter at helseregisterloven ble innført er også GDPR blitt del av norsk lov, men det er ikke utredet i høringsnotatet hvilke konsekvenser det får for forslaget.

Forholdet til helsepersonelloven § 37

Det vises til at Helsedirektoratet kan pålegge privatpraktiserende helsepersonell å melde inn opplysninger til registeret med hjemmel i KPR-forskriften § 3-1 andre ledd. Det følger av bestemmelsen at den gjelder tjenesteytere uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune *som yter helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå*, jf. [helsepersonelloven § 37](#). Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester er definert i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. tannhelsetjenester er ikke blant disse tjenestene.

Det vises videre til at hjemmel for innhenting av opplysninger fra privatpraktiserende helsepersonell allerede finnes i helsepersonelloven § 37, og at det er denne som skal benyttes. Det følger av helseregisterloven § 13 at det er helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester som omfattes av

apotekloven, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven eller tannhelsetjenesteloven som plikter å melde opplysninger som bestemt i forskrifter opprettet med hjemmel i helseregisterloven. Bestemmelsen i helsepersonelloven § 37 kan ikke gå ut over dette, og privatpraktiserende tannleger er ikke omfattet av lovgivningen bestemmelsen ramser opp.

Det følger også direkte av bestemmelsen i § 37 at slikt pålegg må være i samsvar med forskrift. Forskriftens formål er som nevnt ikke i tråd med den utvidelsen som nå planlegges innført. Det følger dessuten av forarbeidene til denne bestemmelsen at det ikke bør være kurant å opprette nye registre og informasjonssystemer. Tvert imot må det foretas en grundig avveining av behovet for ny informasjonssamling, og i hvilken utstrekning det er nødvendig med personidentifiserbare opplysninger.¹ KPR-registeret i seg selv er ikke nytt, men innhenting av opplysninger om pasienter i privat tannhelsetjeneste er en så stor endring i seg selv at det må spørres om det ikke i praksis egentlig er et nytt register det her er tale om. I så fall må det søkes opprettet et nytt helseregister etter helseregisterloven. Det vil antakelig være mer riktig at en slik beslutning foretas etter lov og ikke etter forskrift.

Vi kan ikke se at det er foretatt noen slik avveining det vises til, og bildet som tegnes opp her er at man planlegger å hente inn «all» informasjon om identifiserbare pasienter i tilfelle opplysningene kan brukes til noe (som opplysninger til en offentlig prisportal og informasjon om hvordan pasienter finansierer tannlegebesøk).

Selv om helsepersonelloven § 37 ikke skiller mellom offentlig og privat helsepersonell, kan det som nevnt ikke ses bort fra at innhenting av opplysninger fra helprivate tjenester medfører at det må tas andre personvern hensyn. Dette hensynet har også vært omtalt i Prop 106 L (2015-2016). Datatilsynet var her negativt til en slik innsamling av opplysninger, med mindre innsamlingen baseres på samtykke. Det offentlige er ikke involvert i ytelsen av helprivate tjenester, og informasjon om bruk av slike tjenester må i enda større grad enn de offentlig finansierte tjenestene, sies å være et forhold som ikke angår staten. Formålet å gi nasjonale helsemyndigheter kunnskap og oversikt, bør heller vurderes løst ved rapportering av anonyme aggregerte opplysninger. En tvungen innrapportering av helseopplysninger ved tjenestekjøp hvor det offentlige ikke er en part, vil utfordre personvernprinsippet om privatlivets fred. NTF stiller seg bak dette synet.

AHUS reiste i samme høring spørsmål om registrering av helprivate helsetjenester vil føre til at pasienter som ikke ønsker offentlig registrering vil unnlate å oppsøke helsehjelp eller oppsøker helsehjelp utenfor landets grenser. NTF anser det AHUS skisserer for å være en reell problemstilling. Bevisstheten i befolkningen rundt personvern har økt med innføringen av GDPR og det økte mediefokuset på den enkeltes rettigheter i denne sammenheng.

Det er en svært inngripende endring som nå foreslås i KPR-forskriften, hvilket forutsetter at det gjøres grundige utredninger av personvernkonsekvenser. Det er ikke gjort i dette tilfellet. Det er dessuten alltid den minst inngripende løsningen som skal velges. I tillegg er det som nevnt tvil rundt om hvorvidt en slik beslutning kan fattes i det hele tatt.

¹ Ot. Prp. Nr. 13, 1998-1999, s. 236.

Opplysninger om pasientenes finansiering og opplysninger til prisportal

Det fremgår av høringen at informasjon om privatfinansierte tilbud kan gi «*verdifulle informasjon om eksisterende finansieringsløsninger*», og at dette er spesielt relevant innen tannhelse siden den er egenfinansiert. At man skal kunne innhente opplysninger om på hvilken måte pasienter betaler for kjøp av private helsetjenester uten pasientens samtykke kan umulig være i tråd med formålet med å innhente opplysninger til et helseregister. Opplysninger kan bare innhentes når det er **nødvendig** for registerets **formål**, jf. KPR-forskriften [§ 1-1](#) andre ledd. Spørsmålet om hvilke opplysninger som skal hentes inn er helt ubesvart. Det fremgår av forslaget punkt 5.3 at: «*Tilgjengelige dataelementer/opplysninger, teknisk utvikling, både hos leverandører av elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ) og i forvaltningen, forvaltningens behov samt den erfaring en får gjennom drift av registeret, vil bidra til å definere hvilke opplysninger som skal meldes inn til registeret. Helsedirektoratet må derfor sørge for løpende dialog med tjenesteytere, leverandører av EPJ-systemer, konsumenter av tannhelsesdata innen styring og forskning, pasienter og andre forvaltningsorganer om hvilke opplysninger som det er teknisk mulig og hensiktsmessig å samle inn til registeret.*» En helt uavgrenset opprømsing uten et klart angitt formål oppfyller ikke helseregisterlovens krav.

Opplysningene som er samlet inn for KPRs hovedformål skal etter forslaget også kunne brukes til kvalitetsforbedringsarbeid, produksjon av statistikk, forebyggende arbeid, beredskap, analyser og forskning. Det skal imidlertid ikke registreres opplysninger i registeret kun for disse formålene. Skal slike opplysninger innhentes må det være basert på den enkelte pasients aktive samtykke.

Økonomiske konsekvenser for den enkelte

Det vises til at forvaltningsbyrden for integrasjon mot KPR/innmeldingsløsning vil anslås å ligge på samme nivå som løsning for innmelding til refusjonsordningen og på linje med det som er forventet hos andre tjenester som vil rapportere løpende data til KPR, slik som eksempelvis helse- og omsorgstjenesten og helsestasjon/skolehelsetjeneste. Tjenestene det henvises til har offentlig finansiering og tilgang til den arbeidskraft som er nødvendig for å oppfylle administrative krav. Det gir ingen mening å sammenlikne det med en helprivat tjeneste. I privat tannhelsetjeneste vil dette arbeidet komme i tillegg til alt annet arbeid som er nødvendig for å drifte en virksomhet.

Større virksomheter vil ha bedre forutsetning for å kunne rapportere slik det skisseres, men for mindre virksomheter vil en slik rapportering innebære unødvendig store ulemper. Det er fra før verken krav om journalssystem eller økonomisystem som kan gi automatisk rapportering, og det vil utvilsomt medføre store kostnader for den enkelte å få en slik integrasjon. Både kostnader for anskaffelse og tilpasning og kostnader ved administrasjon av en slik tjeneste vil medføre økte driftskostnader som vil medføre økt egenbetaling for pasientene, ved at prisene på behandling må settes opp. Det er uheldig i en privat tannhelsetjeneste som allerede opplever stort press fra myndighetene for å holde prisene nede samtidig som det forventes at tjenestene som leveres skal være av høy kvalitet. Myndighetene har i arbeidet med prisportalen www.hvakostertannlegen.no hele veien fokusert på prisnivå i tjenesten og fremhevet virksomheter med lave priser. Det lar seg ikke forene med høy kvalitet og stadig flere pålegg fra myndighetene.

I høringsnotatet er det beskrevet at helseforvaltningen trenger pålitelige data og god kunnskap om tannhelsetjenesten som grunnlag for beslutninger, tiltak og prioriteringer og at kunnskapen må deles med tjenesteytere og pasienter. Videre står det at et komplett KPR med innsamling av tannhelsesdata fra den offentlige og den private tannhelsetjenesten vil gi grunnlag for å ivareta behov for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tjenesten både på nasjonalt og lokalt nivå.

Det fremgår av høringen at det legges opp til at data som rapporteres inn til KPR er data som uansett registreres i EPJ. Det legges ikke opp til rapportering av data til KPR ut over dette. Det er likevel uklart både hvilke data som skal samles inn og hvordan dette i praksis skal fungere. Hvis man skal oppnå det man skisserer i dette høringsutkastet vil det neppe være nok å samle inn data som allerede registreres i EPJ i dag. Den dataansvarlige kan imidlertid også fastsette tidsfrister og krav om bruk av bestemte klassifikasjonssystemer, kodeverk og standardiserte meldingsformater ved innmeldingen, jf. § 3-2. I dag er ikke kodeverk som gjør slik datainnhenting mulig implementert i de EPJ systemene som benyttes i tjenesten, og det finnes ingen garantier for at ikke kravene til hva og hvordan innmeldingen skal foregå endres. Uansett finnes som nevnt ikke slike integrasjoner i dag, og implementering av kodeverk vil være svært kostnadskrevenende. Privat tannhelsetjeneste vil selv måtte finansiere denne løsningen og NTF kan ikke stille seg bak dette forslaget.

Det bemerkes også i høringsnotatet at dagens rapporteringsbyrde i noen tilfeller vil reduseres «*da enkelte av dagens pålagte skjema og innmeldingsløsninger, eksempelvis store deler av KOSTRA 43 og prisinformasjon til Forbrukerrådet, vil kunne fases ut og erstattes av datauttrekk fra KPR.*»

KOSTRA 43 benyttes til orientering bare av kommunale og fylkeskommunale virksomheter. Den private tannhelsetjenesten rapporterer ikke til KOSTRA. Prisinformasjon til Forbrukerrådet vil som nevnt være i strid med formålet, og heller ikke gi god informasjon til pasienter. Tjenesten www.hvakostertannlegen.no har vært kritisert av NTF ved flere anledninger. Informasjonen som fremgår der er ufullstendig, og det fokuseres kun på lav pris, som tidligere nevnt. Tjenesten gir ikke god prisinformasjon eller annen forbrukerinformasjon slik tjenesten er i dag. Det er også derfor portalen er midlertidig stengt ned av myndighetene. Tjenestens natur tilsier at et konkret prisoverslag til den enkelte pasient, som er det eneste som gir et reelt bilde av hva tjenesten egentlig koster, ikke er mulig å få gjennom en slik tjeneste. I alle tilfelle har rapporteringen bestått i å legge inn sin egen prisliste, som uansett må være tilgjengelig i den enkelte virksomhet (jmf. pridforskriften). Selv om NTF imøteser en automatisk rapportering av priser, er dette er en svært liten rapporterings-byrde som ikke kan sammenliknes med å bekoste de tilpasninger i journalsystemet som kreves for å oppfylle de nå foreslåtte pliktene. Den foreslåtte endringen vil utvilsomt medføre store kostnader for den enkelte helprivate virksomhet, hvilket NTF er svært kritiske til.

Om vurderinger og forslag:

Den offentlige tannhelsetjenesten (DOT)

I den offentlige tannhelsetjenesten vil innhenting av helseopplysninger fra hele tjenesteområdet gi et kunnskapsgrunnlag om den orale helsen som ikke finnes pr. i dag. Denne kunnskapen vil være

viktig for å gjøre riktige prioriteringer og sikre kvaliteten på tjenestene som tilbys, enten det er folkehelsearbeid, nonoperativ behandling eller operativ behandling. Riktig bruk av ressurser kan styres når opplysningene er relevante, og dette vil gi myndighetene et bedre grunnlag til å utforme tjenesten, noe som vil være positivt for den enkelte pasient og for samfunnet generelt. Et godt datagrunnlag vil kunne bidra til økt forståelse av årsakssammenhenger og sykdomsutvikling, noe DOT vil ha stor nytte av, ikke minst i forhold til sårbare gruppene som har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Kunnskapsgrunnlaget kan også gi innsikt om oral helse i den voksne befolkningen og om behandlingsmetoder mm.

Forutsetningen er at dataene som rapporteres har god kvalitet og at de også gir mulighet til forskning som vil understøtte de ulike beslutningene. Registeret vil da være et viktig instrument for å planlegge, styre, finansiere og evaluere den offentlige tannhelsetjenesten. Data innhentet fra den offentlige tannhelsetjenesten blir rapportert til SSB på indikatorkull (KOSTRA), men kvaliteten på dataene er av variabel karakter, og de har begrenset verdi når det gjelder å skape et kunnskapsgrunnlag som kreves for å planlegge, prioritere og evaluere. Det rapporteres i dag i hovedsak bare på forekomst av kariessykdom og følgetilstander av dette for aldersgruppene 5, 12 og 18 år. For de andre lovpålagte prioriterte gruppene i den offentlige tannhelsetjenesten er det i hovedsak data på antall personer under tilsyn og oversikt over personellsituasjonen som bli rapportert, og kunnskap om oral helse finnes bare gjennom enkeltstående utvalsundersøkelser.

For DOT vil rapportering om funn, diagnoser og behandling for de gruppene som omfattes av tannhelsetjenesteloven kunne gi et godt kunnskapsgrunnlag om oral helse og behov for tjenester. Det stilles spørsmål ved hvorfor det ikke hentes inn flere opplysninger fra DOT, som er innenfor formålet med KPR-forskriften, i stedet for å pålegge privatpraktiserende tilsvarende uten engang å ha erfaringer fra DOT.

Privat praksis

I punkt 5.1 foreslår direktoratet en plikt til å melde opplysninger til KPR for private virksomheter som yter tannhelsetjenester på kommunalt nivå uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune. Det er uklart hva man her mener med kommunalt nivå. Som vist over er det helt andre utfordringer knyttet til rapportering fra den private tannhelsetjenesten enn hva tilfellet er for den offentlige tannhelsetjenesten. Innhenting av helseopplysninger fra en helprivat tannhelsetjeneste reiser en rekke spørsmål, og formålet med rapportering fra en helprivat tjeneste er annerledes enn for DOT.

NTF har vært og er positive til at det innhentes kunnskap om den orale helsetilstanden i befolkningen, herunder informasjon om behandling. Dette er viktige opplysninger for å sikre en god utvikling av hele tannhelsetjenesten, også den private delen. Det er derimot svært viktig at man da innhenter de relevante dataene og at man samtidig sikrer at dette ikke er i strid med personvern hensyn.

Innrapportering av data til KPR krever at det utvikles tekniske løsninger hos journalleverandørene, og disse må videre implementeres i tjenesten. Dette har en kostnad både til teknisk utvikling, implementering og til administrativ drift, og NTF ser det som problematisk at en helprivat tjeneste pålegges slike kostnader som i realiteten har begrenset verdi for den private tannhelsetjenesten. Det

er avgjørende at dette finansieres av det offentlige, og at dette ikke fører til økt administrasjon og belastning på en helprivat tjeneste, noe som igjen vil gi økte kostnader for pasientene.

Oppsummering forslag til endring i KPR-forskriften

- NTF ser det som formålstjenlig at helseopplysninger fra hele den offentlige tannhelsetjenesten rapporteres automatisk til KPR for å sikre et godt kunnskapsgrunnlag om oral helse.
- NTF er positive til innhenting av nødvendig kunnskap også om tannhelsetilstanden i den voksne befolkningen, som i hovedsak utføres i den private tannhelsetjenesten.
- NTF mener at det må klargjøres hvilke data som skal samles inn fra tannhelsetjenesten og hva de skal brukes til i KPR, og at dette må være i tråd med formålet i forskriften.
- NTF forstår myndighetenes ønske om å innhente andre opplysninger, som data om helsepersonell og finansiering av tannhelsetjenester, men dette kan ikke gjøres via et helseregister som KPR, som inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester, men på andre måter.
- NTF oppfordrer myndighetene til å etablere et register over **alt** helsepersonell. Pandemien har med tydelighet vist at det er behov for et slikt register.
- NTF mener at det burde vært gjennomført grundige utredninger av personvernkonsekvenser i et slikt omfattende forslag. Det er ikke gjort i dette tilfellet. Vi forutsetter at det gjøres før man går videre med arbeidet.
- NTF er kritiske til at en helprivat sektor pålegges store kostnader til implementering av ny teknisk løsning. Det vil medføre økt egenbetaling for pasientene fordi pris på behandling må settes opp.
- NTF ser en stor risiko knyttet til programvareutviklingen og de tekniske løsningene som må utvikles av journalleverandørene.

NTF kan ikke gi tilslutning til endringsforslaget om at det tas inn et nytt fjerde ledd i KPR forskriften som pålegger den helprivate tannhelsetjenesten å rapportere helseopplysninger til registeret ut fra det som nå foreligger av opplysninger.

Med vennlig hilsen

Den norske tannlegeforening

Camilla Hansen Steinum
President