

# Høring

## Forslag til endring i Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister – om meldeplikt for private virksomheter som yter tannhelsetjenester

### Innhold

1.	Høringens hovedinnhold.....	2
2.	Bakgrunn.....	2
2.1	Innledning .....	2
2.2	Planlegging og styring .....	2
2.3	Evaluering og forbedring av tjenesten.....	3
2.4	Finansiering av tjenesten .....	3
3.	Gjeldende rett.....	3
3.1	Innledning .....	3
3.2	Helseregisterloven .....	4
3.3	Tannhelsetjenesteloven.....	4
3.4	Helsepersonelloven.....	4
3.5	KPR-forskriften .....	5
4.	Behovet for forskriftsendringer .....	5
4.1	Innledning .....	5
4.2	Planlegging og styring av tjenesten .....	6
4.3	Evaluering og forbedring av tjenesten.....	6
4.4	Finansiering av tjenesten .....	6
5.	Vurderinger og forslag .....	7
5.1	Plikt til å melde opplysninger til KPR for privatpraktiserende behandlere uten driftsavtale. 7	
5.2	Plikten til å melde må være innenfor KPR-forskriftens rammer.....	7
5.3	Hvilke opplysninger som kan/skal registreres .....	7
5.4	Innmelding av opplysningene .....	7
5.5	Rett til å motsette seg behandling av opplysningene.....	8
6.	Administrative og økonomiske konsekvenser .....	8
6.1	Konsekvenser for Helsedirektoratet .....	8
6.2	Konsekvenser for tannhelsetjenesten .....	8
7.	Forslag til endring i KPR-forskriften .....	9

## 1. Høringens hovedinnhold

Helsedirektoratet foreslår i dette høringsnotatet endringer i Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR-forskriften).

Etter forslaget vil private virksomheter som yter tannhelsetjenester, uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune<sup>1</sup>, få en plikt til å sende inn helseopplysninger til kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Helsedirektoratet foreslår atplikten forskriftsfestes ved at det tas inn et nytt fjerde ledd i KPR-forskriften § 3-1.

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

## 2. Bakgrunn

### 2.1 Innledning

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.

I forarbeidene til lovgrunnlaget og forskriften for KPR ble behovet for å samle inn data fra private tilbydere av helsetjenester som ikke har driftsavtale med kommune eller fylkeskommune<sup>1</sup> omtalt særskilt. I forbindelse med at hjemmelen for KPR ble tatt inn i helseregisterloven uttalte Stortingets helse- og omsorgskomiteé blant annet at den så det som formålstjenlig at KPR omfatter hele primærhelsetilbudet da det også mangler kunnskap om tannhelsetjenesten for voksne, helsestasjons- og skolehelsetilbudet og om helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (Innst. 373 L (2015-2016)).

Tannhelsetilbudet i Norge består av en offentlig og en privat sektor. Den offentlige tannhelsetilbudet består hovedsakelig av den fylkeskommunale tannhelsetilbudet, som innenfor tannhelsetilbudets rammer yter vederlagsfrie tannhelsetilbud til grupper av befolkningen. Privat sektor utgjør om lag 70 prosent av tannhelsetilbudet og den fylkeskommunale om lag 30 prosent. Utgiftene til tannhelsetilbudet var i 2020 ca. 17.3 milliarder kroner (SSB; Helseregnskap), og en regner med at ca. ¾ av tannbehandling gis i privat sektor.

### 2.2 Planlegging og styring

Det finnes i dag lite data om den norske befolkningens tannhelsetilstand, dette gjelder særlig den voksne befolkningen. Det er også manglende kunnskap om hva slags typer behandling som faktisk utføres av tannhelsepersonell, noe som også gjør det utfordrende å planlegge bemanning og framtidig utdanningsbehov.

De dataene som foreligger per i dag gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om det eksisterende tannhelsetilbudet for befolkningen dekker de reelle behovene, eller om gruppene som skal ha tilbud om vederlagsfri tannhelsetilbud faktisk benytter eller blir tilbudt behandling. Med den tilgang til opplysninger om tannhelsetilbudet som en har i dag, er det heller ikke mulig å vurdere om andre grupper enn de som i dag omfattes av tannhelsetilbudets § 1-3 burde fått et tilsvarende tilbud.

---

<sup>1</sup> Få private tannhelseaktører har "driftsavtale med kommune eller fylkeskommune", men begrepet er gjennomgående brukt i KPR-forskriften, som skal dekke hele det kommunale og fylkeskommunale helsetilbudet. Begrepet er derfor brukt i dette dokumentet selv om det kan oppleves fremmed for aktører i tannhelsetilbudet.

## 2.3 Evaluering og forbedring av tjenesten

Tannhelsetjenesteloven gir en rekke grupper i befolkningen rett til gratis tannhelsetjeneste, dette gjelder barn og ungdom samt noen utvalgte grupper i den voksne befolkningen.

For utvalgte årskull blant barn og ungdom (5-, 12- og 18- åringer) finnes det noe data om tannhelsen, som følge av innrapportering gjennom KOSTRA-skjema. Det rapporteres imidlertid kun inn data om karies (tannr te). Ut over dette har vi ingen nasjonale data om tannhelsesituasjonen blant barn og ungdom. En mangler følgelig data om for eksempel bittavvik (tannregulering), traumer og mineraliseringsforstyrrelser. For øvrige grupper som behandles av den offentlige tannhelsetjenesten, slik som psykisk utviklingshemmede og pasienter i hjemmesykepleien, finnes det også få nasjonale tannhelsesdata.

For den private delen av tannhelsetjenesten foreligger det ingen tannhelsesdata, bortsett fra enkelte utvalgsundersøkelser. I tillegg har en også noe data om tannbehandling som folketrygden yter stønad til.

Utilstrekkelige eller manglende data gjør at en ikke har et helhetlig kunnskapsgrunnlag om tannhelsen på nasjonalt nivå, noe som reduserer muligheten til å evaluere og arbeide målrettet med forbedring av både tjenestetilbudet og de enkelte tjenestene.

## 2.4 Finansiering av tjenesten

Private tannhelsetjenester ytes hovedsakelig av privatpraktiserende tannhelsepersonell og primært til voksne over 20 år som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenestelovens bestemmelser. Som hovedregel må pasientene betale utgiftene til tannbehandling selv, med unntak for behandlinger som det gis stønad til fra folketrygden.

Det er i dag mulig å få et visst innblikk i tjenestene som utløser stønad fra folketrygden gjennom det som meldes inn til KPR via KUHR (elektronisk oppgjørssystem for utbetaling av trygderefusjoner). For tjenester som ikke er omfattet av trygdesystemet gir ikke opplysningene i KPR/KUHR et tilsvarende innblikk. Dette gjør at det er ikke mulig å vurdere disse tjenestene og at det er vanskelig å revidere stønadsordningene og planlegge for framtidige behov.

I tillegg til manglende data om tannhelsesituasjonen, mangler vi også data om pasientenes faktiske utgifter til tannbehandling.

Det er fri prisfastsettelse for tannhelsetjenester i Norge, men det er krevende for pasientene å orientere seg om prisnivået hos de ulike behandlerne ettersom tannbehandling kan by på store variasjoner både når det gjelder både kompleksitet og vanskelighetsgrad.

Etter prisopplysningsforskriften (Forskrift om prisopplysninger for varer og tjenester) skal tjenesteyterne bl.a. levere prisopplysninger til Forbrukerrådet, som driver en nettbasert prisopplysningstjeneste for tannhelsetjenester («Hvakostertannlegen»). Hensikten med dette nettstedet er at pasientene selv kan vurdere prisnivået f r avtale om behandling inngås. Vansker med å vedlikeholde en oppdatert oversikt over priser har imidlertid gjort at Forbrukerrådet har stengt dette nettstedet midlertidig.

# 3. Gjeldende rett

## 3.1 Innledning

Hesledirektoratet er gitt myndighet til å gi forskrift om plikt til å melde opplysninger for private tjenesteytere uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune som yter helse- og

omsorgstjenester på kommunalt nivå, jf. KPR-forskriften § 3-1 andre ledd og helsepersonelloven § 37.

### 3.2 Helseregisterloven

Helseregisterloven gjelder for behandling av helseopplysninger til statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap i helse- og omsorgstjenesten.

Etter helseregisterloven § 13 om innmelding av helseopplysninger til helseregistre, er plikt til innmelding knyttet til virksomheter og helsepersonell som tilbyr eller yter tjenester som omfattes av apotekloven, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven.

Privatpraktiserende tannleger og tannpleiere uten avtale med fylkeskommunen er i dag ikke regulert av tannhelsetjenesteloven eller noen av de andre lovene nevnt i helseregisterloven § 13.

Selv om privat tannhelsetjeneste ikke omfattes av helseregisterloven § 13, skiller ikke helseregisterloven mellom privat og offentlig finansierte tjenester. KPR er et lovbestemt helseregister med hjemmel i helseregisterloven § 11 første ledd bokstav j). Det er lagt til grunn at KPR-forskriften åpner for at opplysninger fra helprivat finansierte helse- og omsorgstjenester og privatpraktiserende behandlere kan inngå i registeret, -se mer om dette i punkt 3.5.

### 3.3 Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven regulerer ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. Det er Fylkeskommunen som har ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket, jf. § 1-1. Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på pasientgrupper som er nevnt i loven § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som har inngått avtale med fylkeskommunen etter § 4-1.

Tannhelsetjenestens formål er beskrevet i § 1-2. Fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.

### 3.4 Helsepersonelloven

Formålet med helsepersonelloven er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Helsepersonelloven § 37 gjelder melding til helseregistre mv, og gir adgang til å pålegge helsepersonell med autorisasjon eller lisens å gi opplysninger til helseregistre i samsvar med forskrift gitt i medhold av helseregisterloven. Formålet med bestemmelsen er innsamling av informasjon fra helsetjenesten til helseregistre med det formål å bedre befolkningens helsetilstand, utvikle effektive forebyggende tiltak og planlegge en rettferdig og effektiv helsetjeneste. Kunnskap om hvordan pasienten beveger seg i behandlingssystemet, hva helsehjelpen går ut på, resultater og kostnader er også nødvendig for å nå disse målene.

Ettersom privatpraktiserende tannleger ikke er omfattet av tannhelsetjenesteloven, vil tannlegers og tannpleieres plikt til å melde inn helseopplysninger hjemles i helsepersonelloven.

### 3.5 KPR-forskriften

KPR-forskriften er hjemlet blant annet i helseregisterloven § 11 og helsepersonelloven § 37. Forskriften regulerer innsamling og annen behandling av helseopplysninger i KPR om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fra virksomheter som yter tannhelsetjenester etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 og fra private uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune som yter helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå, jf. § 1-2.

Hjemmelsgrunnlaget for KPR åpner for at opplysninger fra helprivat finansierte helse- og omsorgstjenester uten driftsavtale kan inngå i registeret.

Formålet med KPR-forskriften er blant annet å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Helseopplysninger som er samlet inn til formålene gitt i andre ledd, skal kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal, jf. forskriftens § 1-1 andre og tredje ledd.

Pasienten har rett til å reservere seg mot registrering av helseopplysninger om tannhelsetjenester i KPR. Dette gjelder likevel ikke opplysninger som direkte personidentifiserende kjennetegn, demografiske og sosioøkonomiske opplysninger og administrative opplysninger om tjenesten, jf. § 2-2 første ledd. Pasienten kan også reservere seg mot at eget fødselsnummer blir utlevert sammen med helseopplysninger til formålene som nevnt i § 1-1 andre og tredje ledd, jf. avsnittet ovenfor. Videre kan pasienten reservere seg mot at egne helseopplysninger brukes til formål som kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal, jf. § 2-2 andre ledd.

Hvilke opplysningstyper som kan behandles i KPR fremgår av forskriftens § 2-1. Dette er blant annet direkte personidentifiserende kjennetegn om pasienten, administrative opplysninger om tjenestene som yter helsehjelp, helse- og omsorgsfaglige opplysninger som helsetilstand, diagnose og type helsehjelp. Disse opplysningstypene kan registreres uten samtykke fra den registrerte.

§ 3-1 angir hvilke virksomheter som plikter å sende inn opplysninger til KPR. Helsedirektoratet kan gi forskrifter om plikt til å melde opplysninger for private tjenesteytere uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune som yter helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå, jf. § 3-1 andre ledd og helsepersonelloven § 37,

Helsedirektoratet er dataansvarlig for KPR, jf. § 1-3. Den dataansvarlige fastsetter hvilke tjenesteytere og hvilke konkrete opplysninger etter § 2-1 som skal meldes inn. Den dataansvarlige kan også fastsette tidsfrister og krav om bruk av bestemte klassifikasjonssystemer, kodeverk og standardiserte meldingsformater ved innmeldingen, jf. § 3-2.

## 4. Behovet for forskriftsendringer

### 4.1 Innledning

Anledningen til å gi pålegg om rapportering av privat finansiert helsehjelp til KPR er begrunnet ut fra helsemyndighetenes generelle ansvar for å sikre innbyggerne lik og god tilgang til helsetjenester av høy kvalitet, og ut fra oppgaver innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet som er pålagt både lokal og sentral helseforvaltning gjennom lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (Folkehelseloven).

Helseforvaltningen trenger pålitelige data og god kunnskap om tannhelsetjenesten som grunnlag for beslutninger, tiltak og prioriteringer. Kunnskapen må deles med både tjenesteytere og pasienter. Gjennom innsamling og analyser av data er det mulig å fremskaffe kunnskap om hvilke behandlinger som gir god effekt og hvilke det ikke er verdt å satse på. Et komplett KPR med innsamling av tannhelsedata, både fra den offentlige og private delen av tannhelsetjenesten, vil gi grunnlag for å ivareta behov for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tjenesten både på nasjonalt og lokalt nivå.

#### 4.2 Planlegging og styring av tjenesten

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 tilbud kan også gi en god indikasjon på om de offentlige tannhelsetjenestene er tilstrekkelig tilgjengelige for innbyggerne, og bl.a. tjene som grunnlag for planlegging og dimensjonering av det offentlige tilbudet.

#### 4.3 Evaluering og forbedring av tjenesten

Helsefremmende og forebyggende arbeid er lovpålagte oppgaver for både sentrale helsemyndigheter, fylkeskommunene og kommunene. 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.

Forskriften må derfor gi hjemmel for at tannhelsepersonell i den private delen av tannhelsetjenesten kan pålegges å melde inn helseopplysninger til KPR og at opplysningene kan behandles i tråd med KPR-forskriftens bestemmelser. Dette er helt nødvendig for at det skal være mulig å få et mest mulig komplett bilde av befolkningens tannhelse- og sykdomstilstand, behov for og bruk av tannhelsetjenester. Et mer komplett bilde vil bidra til å dekke myndighetens behov for et bedre grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tannhelsetjenester. Det vil også være viktig for å ivareta aktørene i tjenesten sitt behov for kunnskap som grunnlag for forbedring av kvalitet og kvalitetssikring av utført behandling.

#### 4.4 Finansiering av tjenesten

Folketrygdens refusjoner knyttet til tannhelse utgjorde i 2019 totalt 2,3 milliarder kroner, av en total omsetning på 12-13 milliarder kroner i den private delen av tannhelsetjenesten. Dette betyr at eksisterende rapportering av i forbindelse med refusjonskrav ikke gir dekkende kunnskap om den voksne delen av befolkningens tannhelse og bruk av tannhelsetjenester.

Kunnskapen om både tannhelsetilstand og kostnader forbundet med behandling er svært mangelfull. Helsemyndighetene har derfor begrensede muligheter til å velge treffsikre tiltak overfor befolkningen og tjenesten, og til å evaluere at disse har tilsiktet effekt. For å gi helsemyndighetene

kunnskap og oversikt over befolkningens samlede forbruk og etterspørsel etter primærhelsetjenester må også helsetjenester fra privatpraktiserende tannleger og tannpleiere jf. tannhelsetjenesteloven § 4, inkluderes i KPR.

Informasjon om privatfinansiert tilbud kan også gi verdifull informasjon om eksisterende finansieringsløsninger. Dette er særlig relevant innen tannhelse, der finansieringen i stor grad bygger på egenbetaling.

## 5. Vurderinger og forslag

### 5.1 Plikt til å melde opplysninger til KPR for privatpraktiserende behandlere uten driftsavtale

Plikten skal gjelde private virksomheter som yter tannhelsetjenester på kommunalt nivå uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune.

### 5.2 Plikten til å melde må være innenfor KPR-forskriftens rammer

Plikten for private virksomheter til å melde inn opplysninger må gjelde innenfor KPR-forskriftens rammer. Opplysningene som meldes inn må derfor være innenfor de opplysningstyper som oppregnes i forskriften § 2-1. Helsedirektoratet fastsetter hvilke konkrete opplysninger etter § 2-1 som skal meldes inn, og kan fastsette tidsfrister og krav om bruk av bestemte klassifikasjonssystemer, kodeverk og standardiserte meldingsformater ved innmeldingen, jf. § 3-2.

### 5.3 Hvilke opplysninger som kan/skal registreres

KPR-forskriftens § 2-1 bokstav a-h angir opplysningstyper som kan registreres, der bokstav a-g kan registreres i registeret uten samtykke fra den registrerte.

Med hjemmel i KPR-forskriftens § 3-2, vil Helsedirektoratet gi utfyllende bestemmelser og nærmere retningslinjer for hvilke tjenesteytere og hvilke konkrete opplysninger etter § 2-1 som skal meldes inn i registeret. Helsedirektoratet vil også fastsette tidsfrister og krav om bruk av nasjonalt bestemte klassifikasjonssystemer, kodeverk og standardiserte meldingsformater ved innmeldingen.

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.

### 5.4 Innmelding av opplysningene

Innmelding av opplysningene vil basere seg på automatisk og fortløpende overføring av data som registreres i behandlerens EPJ-systemer.

Betydningen av å finne løsninger som ikke øker registrerings- og rapporteringsbyrden mer enn nødvendig er understreket i rapporten Målbilde for et nasjonalt Tannhelseregister (IE-1055), punkt 8.1:

*Innsamling av data må i størst grad være automatisert for å sikre at den blir sendt inn uten ekstra arbeidsbyrde for operatøren som registrerer data. Videre må dataene være relevant for å kunne understøtte registerformålet det vil si føre til høy registerkvalitet samt at innsendte data har et*

*format og innhold som sikrer høy datakvalitet med tanke på å kunne gjennomføre ulike former for analyse.*

Både offentlig og privat tannhelsetjeneste benytter i hovedsak EPJ-systemer og er tilknyttet NHN (Norsk Helsenett), blant annet som følge av ordningen med direkte oppgjør for trygderefusjoner. Løsningen for innhenting av data til KPR vil basere seg på tilsvarende funksjonalitet. Dette vil kunne bidra til å sikre både høy kvalitet i innrapportert data. Det vil gjøre det relativt lite ressurskrevende å få data inn til registeret sammenlignet med manuell rapportering gjennom eksempelvis KOSTRA-skjemaer eller særskilte web-løsninger, hvor relevant data må dupliseres i forhold til det som allerede ligger i EPJ-systemene.

## 5.5 Rett til å motsette seg behandling av opplysningene

Behandlingen av opplysningene, etter at de er innsendt, vil følge reglene i KPR-forskriften. Dette gjelder blant annet regler om pasientens rett til å motsette seg innsamling og behandling av opplysninger, og regler om sammenstilling, tilgjengeliggjøring og lagring av opplysningene.

# 6. Administrative og økonomiske konsekvenser

## 6.1 Konsekvenser for Helsedirektoratet

I forbindelse med utvidelse av datafangst fra tannhelsetjenesten må Helsedirektoratet, som dataansvarlig for KPR, tilgjengeliggjøre informasjon om teknisk løsning, kodeverk som benyttes og hvilke dataelementer som skal meldes inn til registeret. I tillegg må Helsedirektoratet legge til rette for teknisk og faglig forvaltning av løsningen som skal brukes til å innhente og prosessere tannhelsesdata, - inkludert støtte til innmeldende enheter og leverandører av pasientjournalssystemer. Det er også tenkt å legge til rette for tilgjengeliggjøring av data for ulike brukergrupper, slik at eksempelvis tannhelsepersonell, pasienter, fylkeskommuner og andre styrende organer skal kunne benytte disse dataene til planlegging, styring, finansiering og evaluering av tjenesten.

## 6.2 Konsekvenser for tannhelsetjenesten

Innmelding av tannhelsesdata til KPR vil basere seg på en teknisk løsning som gjør det mulig å rapportere inn fortløpende, dette som for de øvrige innrapporteringer fra kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste som skal realiseres for innmelding til KPR. Løpende innrapportering er ønskelig for å ivareta behovet for ferske data, - et behov som er blitt særlig aktualisert i lys av det siste årets koronapandemi.

Som pliktsubjekter vil offentlige og private tannhelseaktører være ansvarlige for at tannhelsesdata blir meldt inn til registeret. I praksis vil dette medføre behov for utvikling/endring i EPJ-systemene som brukes i tjenesten, med påfølgende implementering/oppgradering av systemene.

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.

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 vil imidlertid være en forutsetning for kvaliteten på registeropplysningene at tannhelsepersonell benytter seg av strukturerte datafelter framfor utstrakt bruk av fritekstfelter i EPJ-ene, - dette vil det stilles krav om.



Det bemerkes også 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.

Det legges opp til at de rapporterende enhetene skal få tilgang til egne data, og kunne sammenligne med eksempelvis regionale og nasjonale data slik at dette kan brukes til lokal styring og forbedring av tjenesten. Eksempelvis gjennom en påloggingsløsning med tilgang tilpasset ulike brukergrupper/på ulikt nivå.

## 7. Forslag til endring i KPR-forskriften

Forskrift om endring av forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister. Vedtatt av Helsedirektoratet xx.xx.2021 med hjemmel i helsepersonelloven § 37, jf. forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister § 3-1 andre ledd.

§ 3-1 skal lyde (endringer i kursiv):

§ 3-1. Plikt til å melde opplysninger til registeret

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, virksomheter som yter tannhelsetjenester og Helsedirektoratet skal sørge for at opplysninger som nevnt i § 2-1 blir meldt inn til registeret i samsvar med kravene etter § 3-2. Virksomhetene skal sørge for at det finnes rutiner som sikrer dette.

Helsedirektoratet kan gi forskrifter om plikt til å melde opplysninger for private tjenesteytere uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune som yter helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå, jf. helsepersonelloven § 37.

Lovbestemt taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysningene meldes inn til registeret.

*Første og tredje ledd gjelder også for private virksomheter som yter tannhelsetjenester uten driftsavtale med kommune eller fylkeskommune.*