

Høringsnotat

Ny rekvisisjonspraksis

Høringsinstanser

De regionale helseforetakene
Helseforetakene
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS
Systemeier NISSY
Norsk Fysioterapeutforbund
Den norske legeforening
Den norske jordmorforening
Norsk kiropraktorforening
Norsk logopedlag
Norsk audiopedagogisk forening
Den norske tannlegeforening
Norsk psykologforening
Norske Ortopediingeniørers Forening
Norges taxiforbund

Definisjoner

Begreper	Definisjon
Forhåndsregistrering	Rekvisisjonen registreres i forkant av reisen, enten direkte ved elektronisk rekvirering eller ved å ringe / fakse pasientreisekontoret for registrering
Etterregistrering	Rekvisisjonen registreres av pasientreisekontoret eller Pasientreiser ANS i etterkant av reisen
Rekvisisjon	Enbekreftelse på at pasienten får dekket utgiftene til den aktuelle pasientreisen som følge av helsemessige eller trafikale årsaker.
Åpen rekvisisjon	En rett til å foreta en fremtidig reise i forbindelse med behandling uten at behandlingstidspunktet er kjent.
Serierekvisisjon	Rekvisisjon som gjelder flere behandlinger i fremtiden der behandlingstidspunktene er kjent.
Åpen serierekvisisjon	Rekvisisjon som gjelder flere behandlinger i fremtiden der behandlingstidspunktene er ukjent.
Direkteoppgjør	Ved direkteoppgjør reiser pasienten med en rekvisisjon som er utstedt på medisinsk og/eller trafikalt grunnlag.
Enkeltoppgjør	Ved dekning av utgifter gjennom enkeltoppgjør reiser pasienten normalt uten rekvisisjon. Pasienten legger selv ut for reisen og søker deretter om å få refundert reiseutgiftene.
HELFO	Helseøkonomiforvaltningen
NISSY	NISSY(Nasjonalt informasjonssystem for pasientreiser) er et datasystem for elektronisk rekvisisjon og bestilling av pasientreiser.
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS	Nyetablert nasjonalt selskap, eid av de regionale helseforetakene, som ivaretar transaksjonstunge og koordinerende oppgaver for pasientreiser.
Prosjekt Pasientreiser	Nasjonalt prosjekt: 1) sikret overføringen av enkeltoppgjør, reiseplanlegging og informasjon om pasientreiser fra NAV innen 31.12.09 og 2) sikre innrapportering egenandeler for pasientreiser med rekvisisjon til egenandelsregisteret i 2010.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	5
2. Regelverk.....	6
3. Dagens rekvisisjonspraksis	7
3.1. Overordnet beskrivelse.....	7
3.2. utfordringer ved dagens rekvisisjonspraksis.....	8
3.2.1. Arbeidsdelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	8
3.2.2. Behov for mer standardiserte arbeidsprosesser	8
3.2.3. Krav til hyppighet.....	8
3.2.4. Fare for identitetstyveri	9
3.2.5. Økt behov for kontroll av reise i forkant	9
4. Forslag til fremtidig rekvisisjonspraksis.....	10
4.1. Retningslinjer for arbeidsdelingen.....	10
4.1.1. Arbeidsdeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	10
4.1.2. Ved gjentakende behandlinger.....	10
4.2. Rekvisisjonsformer	10
4.2.1. Forhåndsregistrering	11
4.2.2. Etterregistrering.....	13
5. Detaljering av enkeltelementer i ny rekvisisjonspraksis	13
5.1. Ny arbeidsdeling - åpen rekvisisjon	13
5.2. Gjentakende behandling - serierekvisisjoner	14
6. Forutsetninger for ny rekvisisjonspraksis og nye løsninger	14
7. Endring og ansvarsområder for aktørene	15
8. Økonomiske og administrative konsekvenser	17
9. Videre prosess	17

1. Innledning

Bakgrunnen for høringen er ny ordning med automatisk frikort, samt innspill til forbedringer i arbeidsprosessen med rekvirering av pasientreiser. De nye kravene til innrapportering av egenandeler til egenandelsregisteret medfører at dagens rekvisisjonspraksis med utstrakt bruk av papirrekvisisjoner ikke lenger er tilfredsstillende.

For å oppnå en forbedret rekvisisjonspraksis som også tilfredsstiller kravene til egenandelsinnrapportering gjennomføres derfor denne høringen med fokus på:

- Arbeidsdeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved utstedelse av rekvisisjoner på medisinsk grunnlag
- Foreslåtte rekvisisjonsformer med mer funksjonelle løsninger

I år innføres automatisk frikort for helsetjenester som inngår i egenandelstak 1. Den nye ordningen prøves ut i Tromsø fra 1. januar 2010 og innføres i resten av landet fra 1. juni 2010. Egenandeler fra pasientreiser utgjør 30 % av grunnlaget for borgeres frikortgrunnlag. Egenandeler fra enkeltoppgjør (reiseregning) innrapporteres elektronisk i 2010, ettersom de regionale helseforetakene har overtatt denne ordningen fra NAV fra 1.1.2010. 2010 er et overgangså og egenandeler fra pasientreiser *med* rekvisisjon skal innrapporteres elektronisk fra 1.1.2011. Innføringen av automatisk frikort innebærer at borger får tilsendt frikortet innen tre uker etter at frikortgrensen er passert. For at automatisk frikort skal kunne realiseres som planlagt er det nødvendig med hyppig og komplett rapportering av alle egenandeler som inngår i egenandelstak 1.

Frikortprosjektet har satt følgende krav til innrapportering av pasientreiser:

- Hyppighet – egenandelsbetalinger skal innrapporteres innen 14 dager etter at reisen er foretatt.
- Kompletthet – alle egenandelsbetalinger skal innrapporteres.
- Kvalitet – innrapportering skal kunne benyttes til entydig identifikasjon av pasient (fødselsnummer/D-nummer).

Høringsinstanser er alle behandlergrupper som representerer behandlere med rekvisisjonsmyndighet, de regionale helseforetakene, helseforetakene, systemeier NISSY, Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS og Norges Taxiforbund. Pasientens rettigheter er uendret og berøres ikke av innholdet i dette høringsnotatet. Brukerorganisasjonene er derfor ikke høringsinstans.

Høringsnotatet er distribuert 14.januar 2010. Frist for å gi innspill på høringsnotatet er fredag 29. januar 2010. Innspill bes innarbeidet i vedlagt mal for besvarelse.

2. Regelverk

Bruk av rekvisisjon for pasientreiser er regulert i Forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse eller behandling (syketransportforskriften). I henhold til denne kan følgende behandlergrupper utstede rekvisisjoner som grunnlag for pasientreiser:

- Lege
- Tannlege
- Psykolog
- Jordmor
- Fysioterapeut
- Kiropraktor
- Logoped
- Audiopedagog
- Ortopedingeniør

I tillegg kan oversykepleier og avdelingssykepleier samt faglig ansvarlig på røntgenavdeling og laboratorium ved sykehusene utstede rekvisisjon på medisinsk grunnlag. Ved reise til institusjon som yter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, kan ansatte i sosialtjenesten utstede rekvisisjon.

Rekvisisjon på trafikalt grunnlag utstedes av pasientreisekontoret.

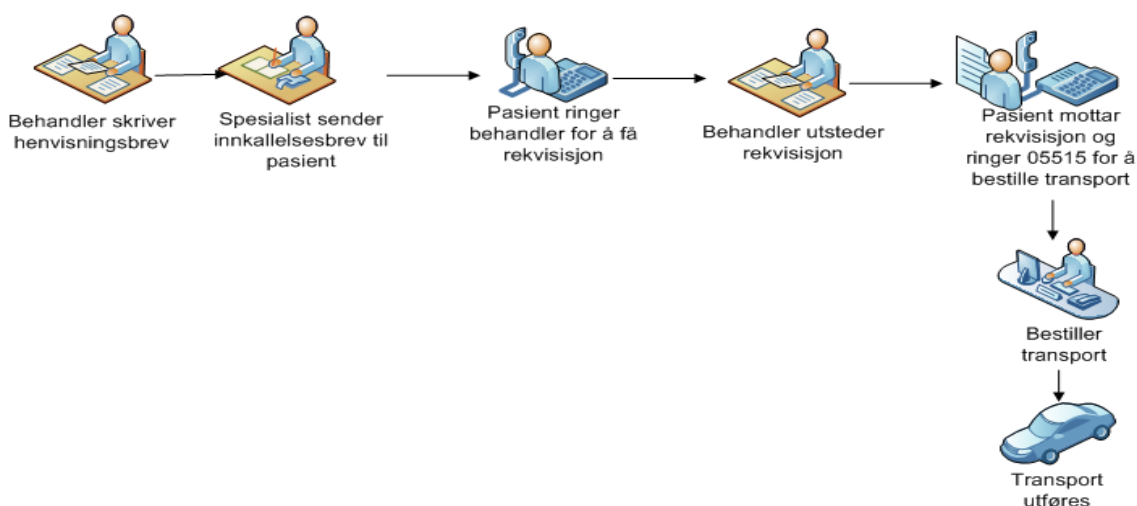
Regelverket regulerer ikke hvordan utstedelse av rekvisisjon og bestilling av transport skal skje. Fra 2010 plikter imidlertid behandler å sende inn informasjon til direkteoppgjørsregisteret i henhold til Forskrift om registre for administrering og samordning av syketransport (syketransportregisterforskriften). I henhold til denne plikter behandler å rapportere inn nærmere angitt informasjon slik at betalte egenandeler kan innrapporteres til egenandelsregisteret innen 14 dager etter at egenandelen er betalt. Behandlers plikt til å innrapportere informasjon til direkteoppgjørsregisteret trer i kraft 1.oktober 2010.

3. Dagens rekvisisjonspraksis

3.1. Overordnet beskrivelse

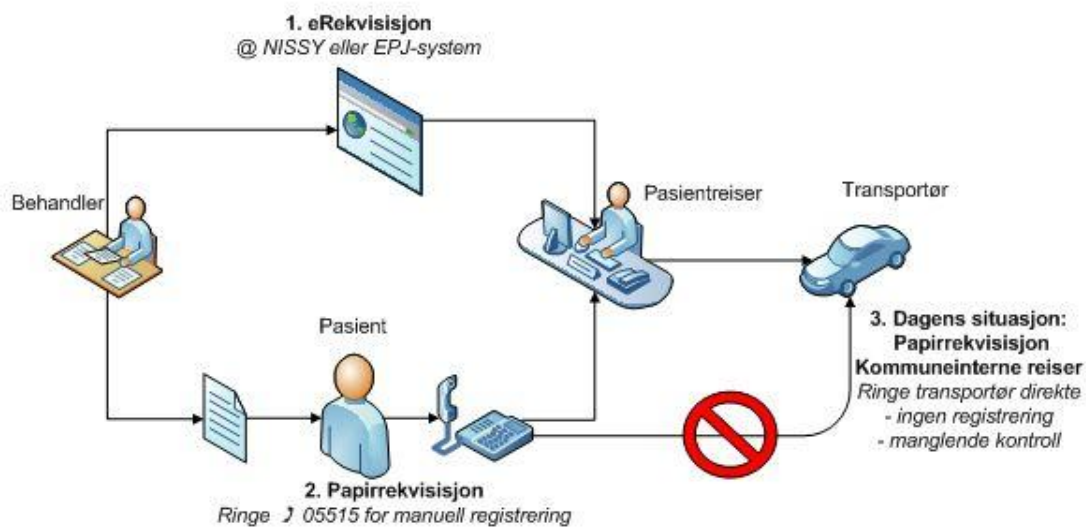
Spesialisthelsetjenester krever som hovedregel henvisning fra allmennlege (eller legespesialist). Når pasient henvises fra sin allmennlege vil i de fleste tilfellene dato og tidspunkt for ny behandling være ukjent for henvisende behandler. Hvis pasienten ikke er i stand til å ta offentlige transportmidler har han/hun krav på rekvisisjon på medisinsk grunnlag.

Dagens praksis er at pasient kontakter behandler i primærhelsetjenesten for rekvisisjon når han/hun har mottatt innkallelsesbrevet fra spesialisthelsetjenesten. Behandler utsteder en papirrekvisisjon som enten sendes per post til pasient eller plukkes opp av pasienten på vei til behandling. Se figur 1.



Figur 1: Illustrasjon av dagens praksis

Dagens rekvisisjonspraksis varierer mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten, representert ved helseforetakene, utsteder rekvisisjoner elektronisk i NISSY. Disse rekvisisjonene formidles elektronisk til transportør. I primærhelsetjenesten utstedes den store hovedandelen av rekvisisjoner som papirrekvisisjoner. Pasient ringer deretter selv for å bestille reisen direkte hos transportør eller via pasientreisekontoret. I de tilfeller hvor det bestilles via pasientreisekontoret formidles rekvisisjonen elektronisk til transportør. Se figur 2.



Figur 2: Illustrasjon av dagens rekvisisjonspraksis

3.2. utfordringer ved dagens rekvisisjonspraksis

3.2.1. Arbeidsdelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Ved henvisning fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten er dagens praksis ikke optimal. Behandlere i primærhelsetjenesten kan ikke avslutte sin kontakt med pasienten etter konsultasjonen. Når pasient mottar innkallingsbrev fra spesialisthelsetjenesten må det tas kontakt med behandler i primærhelsetjenesten for å få utstedt rekvisisjon for reise på medisinsk grunnlag. Litt avhengig av praksis må behandler i primærhelsetjenesten også forstå utstedelse av rekvisisjon både til returreise fra første behandling i spesialisthelsetjenesten og påfølgende behandlinger.

For å få en totalt sett mest mulig effektiv rekvisisjonsprosess bør det derfor vurderes endringer i arbeidsdelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

3.2.2. Behov for mer standardiserte arbeidsprosesser

De regionale helseforetakene har utviklet og innført et felles IKT-system for understøttelse av pasientreiser - NISSY. Disse systemene integreres nå både mot transportører og EPJ-systemene i primærhelsetjenestene gjennom løsninger finansiert av de regionale helseforetakene. Selv om det fortsatt vil være muligheter for regionale og lokale tilpasninger, gir felles systemer et behov for å se på mer standardiserte prosedyrer og arbeidsprosesser. Det er en forutsetning at økt bruk av elektroniske løsninger vil gi en sikrere og mer effektiv gjennomføring av pasientreiser.

3.2.3. Krav til hyppighet

Ved bruk av papirrekvisisjoner og påfølgende bestilling direkte hos transportør vil det, avhengig av den enkelte transportørs faktureringsrutiner, ta opp til 45 dager fra reisen er

gjennomført til grunnlaget for å innrapportere egenandelsbeløpet er tilgjengelig. Videre er det ved mottak av faktura fra transportør vanskelig å fastslå hvilke reiser som allerede er registrert i NISSY og hvilke som ikke er registrert. Endelig er det med dagens bruk av papirrekvisisjoner store utfordringer i forhold til datakvalitet for entydig identifikasjon av pasient. Tellingene viser at i ca 40 % av tilfellene inneholder ikke papirrekvisisjonen tilstrekkelig informasjon til å identifisere pasient. Dette gjør at dagens praksis ikke er forenlig med kravene om innrapportering i forhold til hyppighet, komplettethet og kvalitet.

3.2.4. Fare for identitetstyveri

Ytterligere et argument for å gå over til elektroniske løsninger er det økte fokus på identitetstyverier. Dersom papirrekvisisjonene gir grunnlag for entydig identifikasjon av pasient kan dette, sammen med tilgang til for eksempel betalingskort, gi et mulig grunnlag for identitetstyverier.

3.2.5. Økt behov for kontroll av reise i forkant

Kostnadene til refusjon av pasientreiser er i størrelsesordenen to milliarder kroner. Mens den enkelte behandler som utsteder en rekvisisjon er ansvarlig for at dette skjer på korrekt, medisinsk grunnlag, vil helseforetakene være en instans for kontroll og effektivisering av gjennomføring av reiser. Behovet for kontroll med utstedelse av rekvisisjoner er ikke mulig å gjennomføre med dagens bruk av papirrekvisisjoner fordi helseforetakene ikke får informasjon før reisen er gjennomført. Det er derfor ønskelig med en økt registrering av reiser før de gjennomføres for å sikre kontroll og muligheter for maksimal utnyttelse av transportør gjennom eksempelvis samkjøring.

4. Forslag til fremtidig rekvisisjonspraksis

4.1. Retningslinjer for arbeidsdelingen

Prosjektet har i samråd med behandlere og pasientreisekontorene utarbeidet et sett retningslinjer som klargjør arbeidsdelingen.

4.1.1. Arbeidsdeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

1. Behandler i primærhelsetjenesten utsteder rekvisisjon til førstegangsbehandling hos spesialisthelsetjenesten på medisinsk grunnlag
 - 1.1. Dersom det påregnes en kort behandlingstid (eksempel røngten), anbefales det at tur / retur rekvireres samlet av henvisende behandler.
2. Spesialisthelsetjenesten utsteder rekvisisjon for returreise fra førstegangsbehandling hos spesialist
3. Pasientreisekontoret utsteder rekvisisjon til og fra behandling på trafikalt grunnlag

4.1.2. Ved gjentakende behandlinger

1. Spesialisthelsetjenesten utsteder rekvisisjon for påfølgende behandling hos spesialisthelsetjenesten
2. Behandler i primærhelsetjenesten utsteder rekvisisjon for reiser til og fra eget behandlingssted

For utdypning av den fremtidige rekvisisjonspraksisen, se kapittel 5.

4.2. Rekvisisjonsformer

Ny rekvisisjonspraksis baserer seg på to hovedformer for rekvirering – forhåndsregistrering og etterregistrering.

Forhåndsregistrering vil være det foretrukne alternativ for å løse utfordringene ved dagens praksis:

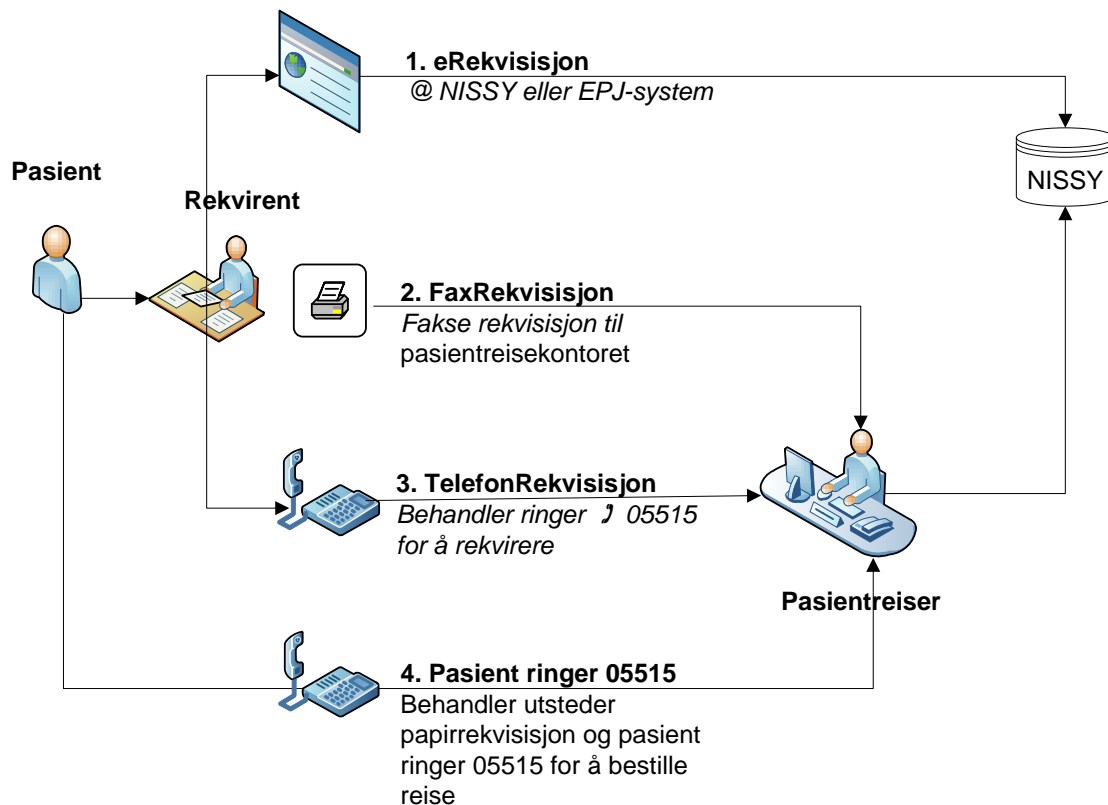
- Bruk av elektronisk rekvisisjon for behandlere tilknyttet Norsk Helsenett vil legge til rette for en totalt sett mer effektiv rekvisisjonsprosess.
- Bruk av åpen elektronisk rekvisisjon vil gjøre at behandlere i primærhelsetjenesten vil få redusert oppfølging i forbindelse med utstedelse av rekvisisjoner
- Registrering av rekvisisjoner på pasientreisekontoret i forkant av reisen vil sikre både korrekt innrapportering og eventuell kontroll av rekvisisjoner
- Forhåndsregistrering vil sikre tilstrekkelig datakvalitet for entydig identifikasjon av pasient
- Forhåndsregistrering sikrer elektronisk formidling av reiser fra pasientreisekontoret til transportør og reduserer dermed mulighetene for identitetstyveri.

For de reiser som av ulike grunner (for eksempel nedetid i systemet) ikke kan forhåndsregistreres vil det måtte gjennomføres en etterregistrering. Denne vil fortsatt være basert på en ny papirrekvisisjon – kalt nødrekvissisjon, men vil gjelde et lite antall reiser.

I sum vil denne kombinasjonen med forhåndsregistrering og etterregistrering av reiser sikre 100 % datafangst og grunnlag for innrapportering av egenandelsinformasjon.

4.2.1. Forhåndsregistrering

Ambisjonsnivået for 2010 er at alle reiser forhåndsregistreres. Forhåndsregistrering kan foregå på ulike måter – elektronisk, via telefaks eller via telefon, jf illustrasjon i figur 3. Uavhengig av rekvireringsmetode ansvarliggjøres pasient for å endre og avbestille reiser. Hvert enkelt pasientreisekontor vil avgjøre praksis/behov for at pasient ringer inn for å bekrefte tur før reisen gjennomføres.



Figur 3: Illustrasjon av fremtidig rekvisisjonspraksis for forhåndsregistrering

1. Elektronisk rekvisisjon

Elektronisk rekvisisjon er det foretrukne alternativ for forhåndsregistrering. Løsningen vil gi raskest, enklest og sikrest formidling av informasjon uten manuell bearbeiding fra behandler til transportør. Dette har vært et satsingsområde for de regionale helseforetakene. Pr i dag er det – eller er planlagt – finansiering av utvikling av teknisk integrasjon mellom NISSY og EPJ-applikasjonene:

- ProfDoc WinMed

- ProfDoc Vision
- InfoDoc Plenario
- Hove Medical – System X
- ProMed

Løsningen har enkelte forutsetninger som må være oppfylt:

- Behandler må være tilknyttet Norsk Helsenett
- Løsningene må være teknisk feilfrie og stabile
- Løsningene må ha tilstrekkelig funksjonalitet til at de ikke representerer merarbeid for behandler

2. Faksrekvisisjon

Rekvisisjon ved bruk av telefaks vil være et alternativ for behandlere uten tilknytning til Norsk Helsenett ved forhåndsbestilling av transport. Også for pasientreisekontorene anses dette som et godt alternativ da de kan utnytte svingninger i arbeidsbelastning til registrering i NISSY. Løsningen sikrer elektronisk formidling av informasjon fra pasientreisekontor til transportør.

Bruk av telefaks vil være særlig aktuelt for behandlere med et større antall pasienter men som likevel ikke har tilknytning til Norsk Helsenett, eksempelvis fysioterapeuter og kiropraktorer. Derfor har de regionale helseforetakene finansiert eller har planlagt finansiering av integrerte faksløsninger i EPJ-applikasjonene:

- ProMed
- Extensor

Det er også utviklet et skjema for bruk ved manuell telefaks. Løsningen er avsjekket med Datatilsynet og har enkelte forutsetninger som må være oppfylt:

- Kodifisering av særskilte behov for å unngå å gi data i klartekst
- Autentisering av avsenders faksnummer ved førstegangs innsending
- Rutiner for å melde om skifte av faksnummer og sletting av gjenparter og minne
- Antall pasienter som oppgis pr faks skal begrenses
- Rekvisisjonen må fakses inn senest dagen før reisen skal gjennomføres. Rekvisisjon kan derfor ikke benyttes ved reiser som skal foregå samme dag.

3. Telefonrekvisisjon

For behandlere som ikke kan benytte elektronisk rekvisisjon eller faksrekvisisjon, eller som har et lite antall rekvisisjoner, er det etablert løsninger for rekvisisjon pr telefon. Løsningene er utformet for å sikre behandler tilfredsstillende respons ved innringning, blant annet gjennom bruk av egne tastevalg for behandler og transportør.

4. Overgangsordning – papirrekvisisjon og pasient ringer inn

I en overgangsfase i 2010 vil det være mulig for behandler å utstede papirrekvisisjoner. Det er likevel behov for at alle rekvisisjoner skal forhåndsregistreres. I de tilfeller hvor det utstedes

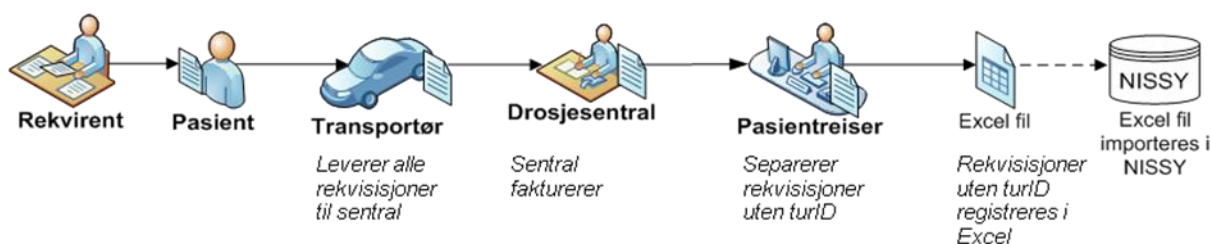
papirrekvisisjoner, vil enten pasient eller transportør være ansvarlig for å ringe inn og registrere reisen ved pasientreisekontoret før reisen gjennomføres.

Denne overgangsordningen vil søkes lukket i løpet av 2010.

4.2.2. Etterregistrering

Til tross for et ambisjonsnivå om at alle rekvisisjoner skal forhåndsregistreres, må det påregnes et lite antall rekvisisjoner som må etterregistreres i tilfeller hvor IT-systemer er nede eller av andre uforutsette årsaker.

I fremtidig rekvisisjonspraksis vil etterregistrering skje ved at det utarbeides en egen papirrekvisisjon som skal benyttes i slike tilfeller - en såkalt nødrekvisjon. Behandler utsteder denne til pasient. Pasientreisekontoret vil deretter etterregistrere denne ved mottak fra transportør.



Figur 4: Illustrasjon etterregistreringsrutine

5. Detaljering av enkeltelementer i ny rekvisisjonspraksis

Dette kapitlet detaljerer den fremtidige rekvisisjonspraksis foreslått i kapittel 4.1.

5.1. Ny arbeidsdeling - åpen rekvisisjon

Som beskrevet i kapittel 3.2 kjenner henvisende lege sjelden til behandlingstidspunktet. I dagens løsning er det ikke mulig å legge inn en åpen rekvisisjon, dvs en rekvisisjon hvor behandlingsdato og klokkeslett ikke er kjent. Det gjør at henvisende behandler må ta i mot pasient på et senere tidspunkt for å utstede rekvisisjon. Dagens praksis er at papirrekvisisjoner skal være komplett utfylt for å være gyldig. Ved innføring av elektronisk rekvisisjon legges det pr i dag opp til at behandlingstidspunkt skal være oppgitt for at rekvisisjonen skal kunne fullføres.

Forslag til fremtidig rekvisisjonspraksis

- Ved bruk av elektronisk rekvisisjon bør åpen rekvisisjon være tillatt ved førstegangs-henvisning fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten.
 - Adresse for behandlingssted skal være påført for å redusere faren for misbruk

- Åpen rekvisisjon skal kun benyttes dersom henvisende behandler er sikker på at pasienten har behov for tilrettelagt transport når behandlingen skal gjennomføres
- Behandler pålegges ikke å påføre hentetidspunkt på en elektronisk rekvisisjon.
- En åpen rekvisisjon kan kun være gyldig en viss periode. Gyldighetsperioden må spesifiseres nærmere
- Ved bruk av nødrekvisjon (papir) skal den alltid være korrekt og fullstendig utfyllt
- Pasientreisekontoret utsteder rekvisisjon til og fra behandling på trafikkert grunnlag
- Pasientreisekontoret er ansvarlig for kvalitetskontroll og bestilling av samtlige reiser samt å melde endringer og etterlysninger til transportør

5.2. Gjentakende behandling - serierekvisisjoner

Det er ofte slik at pasienten skal til gjentakende behandling over en viss tidsperiode hos samme behandler. I disse tilfellene er ikke alltid behandlingsdatoene kjent. Eksempler på dette kan være en pasient som har brukket benet og skal til kontroller innenfor et gitt antall uker uten at datoene for dette er fastsatt, eller at pasienten regelmessig må til behandling resten av sitt liv og det med rimelig sikkerhet kan fastslås at pasienten vil ha behov for transportrekvisisjon.

I slike tilfeller blir det et spørsmål om det kan aksepteres en dokumentasjon for medisinsk transportbehov for en lengre tidsperiode, eventuelt på livstid.

Dagens praksis er at pasient ringer behandler ved hver innkallelse for å få utstedt rekvisisjon. Det forekommer også at behandler utsteder flere åpne papirrekvisisjoner til pasient selv om dette strider mot regelverket.

Forslag til fremtidig rekvisisjonspraksis

- Behandlere har mulighet til å utstede serierekvisisjoner, men det settes krav til behandler at han/hun må skrive inn klokkeslett og dato for behandling. Det skal være lov å utstede rekvisisjoner ut inneværende og neste kalendermåned.
- Det skal ikke være mulig for behandler å utstede permanente rekvisisjoner (åpne "blanko" fullmakter) eller åpne serierekvisisjoner.

6. Forutsetninger for ny rekvisisjonspraksis og nye løsninger

Det er en rekke forutsetninger som ligger til grunn for den rekvisisjonspraksisen og de rekvisisjonsløsninger som er foreslått:

- Alle behandlere skal rekvirere elektronisk, via faks eller telefon. Dette krever:
 - Stabile og velfungerende EPJ-applikasjoner
 - Løsninger og rutiner for sikker bruk av faks
 - Rutiner for autentisering av innringer
- Det må gjøres tekniske endringer i NISSY for å understøtte den foreslåtte rekvisisjonspraksis:

- Mulighet for å utstede åpne rekvisisjoner i NISSY
- Mulighet for at systemet automatisk beregner hentetidspunkt slik at behandler slipper å legge inn dette
- Mulighet for å legge inn serierekvisisjoner i det ensides-rekvisisjonsbilde til NISSY
- Behov for og hensiktsmessighet av endringer i funksjonalitet i EPJ-applikasjoner er under vurdering
- Det må gjennomføres nødvendige endringer og opplæring i spesialisthelsetjenesten slik at de er forberedt til å ta ansvar for en større andel av rekvisisjoner enn hva tilfellet er i dag
- Nødvendige tiltak må gjennomføres mot transportør slik at de er forberedt på at det ikke gis oppgjør for turer uten turlID

7. Endring og ansvarsområder for aktørene

Tabellen under oppsummerer hvilke endringer den nye rekvisisjonspraksisen fører til.

Aktør	Endring
Behandler i primærhelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Innen 1.10.2010 skal alle behandlere i primærhelsetjenesten utstede rekvisisjon elektronisk, pr faks eller telefon. • Ny nødrekvisisjon (papir) skal ikke benyttes etter denne dato unntatt ved nedetid i NISSY eller utenfor pasientreisekontorets åpningstid. • Åpne elektroniske rekvisisjoner ved henvisning til spesialisthelsetjenesten vil være mulig.
Behandler i spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig for å utstede returreise fra førstegangsbehandling i spesialisthelsetjenesten. • Ansvarlig for å utstede rekvisisjoner ved påfølgende behandling hos spesialisthelsetjenesten.
Transportør	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig for at alle pasientreiser har turlID (registrert i NISSY før reisen foretas). Det vil ikke gis oppgjør for turer uten turlID. • Alle rekvisisjoner må sendes inn til pasientreisekontoret som bilag.
Pasient	<ul style="list-style-type: none"> • Alle henvendelser knyttet til pasientreiser skal gjøres til 05515 i stedet for direkte til transportør. • Ansvarlig for å endre / avbestille planlagte reiser.
Pasientreisekontor	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig for kvalitetskontroll og bestilling av samtlige reiser. • Ansvarlig for utstedelse av reiser på trafikkert grunnlag.
Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig for utvikling og distribusjon av ny papirrekvisisjon som skal benyttes ved nedetid NISSY eller utenfor åpningstid innen 1.9.2010.

Tabell 1 Endring og ansvarsområder for brukergruppene

Tabellen under oppsummerer hvordan ansvarsdelingen blir når den nye rekvisisjonspraksisen innføres.

A – ansvarlig / **U** – utfører

	Pasient	Rekvirent	Pasientreise- kontor	Transportør
Utstede rekvisisjon på trafikkert grunnlag			A	
Utstede rekvisisjon på medisinsk grunnlag		A		
Bestille reise	A		U	
Endre reise	A		U	
Avbestille reise	A		U	
Etterlyse transport	A		U	
Planlegge og samkjøre			A	
Support			A	
Kontroll			A	
Ansvarlig for at alle turer har turID				A
Etterregistrering			A	

Tabell 2 Ansvarsdeling

8. Økonomiske og administrative konsekvenser

De regionale helseforetakene har besluttet å øke bemanningen ved pasientreisekontorene for å kunne administrere økningen i antall pasientreiser som bestilles via helseforetakene. Dette inkluderer økt oppgavemengde som følge av at alle reiser bestilles via pasientreisekontoret, support og etterregistrering.

Ny rekvisisjonspraksis overfører oppgaver for utstedelse av rekvisisjoner fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Elektroniske løsninger sikrer rask innrapportering av pliktig informasjon til direkteoppgjørsregisteret.

De regionale helseforetakene vil bære kostnader ved endring av tekniske løsninger. Dette omfatter også kostnaden ved å etablere teknisk stabile og funksjonelt velfungerende integrasjoner mot primærhelsetjenestens EPJ-applikasjoner.

9. Videre prosess

Periode	Aktivitet
Uke 3 - 4	Gjennomføring av høring.
Uke 6	Høringsresultat presenteres for Nasjonal styringsgruppe for prosjekt Pasientreiser
Februar	Høringsresultat og anbefaling fra Nasjonal styringsgruppe presenteres for AD-møtet for de regionale helseforetakene
Februar	Avklaring med leverandører om endringer i IKT-løsninger
Mars – oktober 2010	Dialog med behandlerforeningene, helseforetakene og transportører, og implementering av endringer.
Innen 1.1.2011	Ny rekvisisjonspraksis innført. Alle egenandeler for pasientreiser innrapporteres til egenandelsregisteret

Tabell 3 Videre prosess