

Revisjon av tverrgående prosessar mellom helseføretak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS

Helse Vest RHF, juni 2013

INNHOOLD

Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonsutvalet på regionalt nivå, styra i helseføretaka, formelt ansvarlege i administrasjonen på alle nivå, og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument og skal vere tilgjengeleg også for media og andre interesserte.

Innhold.....	3
Samandrag.....	5
1 Samandrag.....	6
Rapporten	9
2 Innledning	10
3 Beskrivelse av pasientreiseområdet.....	12
4 Prosesser knyttet til reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør)	17
5 Prosesser knyttet til reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør)	31
6 Statistikk- og styringsdata og oppfølging av rapporter i styringslinjen.....	39
7 Samhandling mellom helseforetak med pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene	41
8 Konklusjoner og anbefalinger.....	47
Vedlegg.....	51

SAMANDRAG

1 SAMANDRAG

Internrevisjonen i Helse Vest RHF har samarbeidd med internrevisjonane i dei andre regionale helseføretaka og internrevisjonen i Pasientreiser ANS om denne revisjonen. Det er utarbeidd ein felles revisjonsrapport, inntatt i kapitla 2 til 8. Dette samandraget, og omtalen av Helse Vest i vedlegget, er ikkje del av den felles rapporten.

Formål, omfang og avgrensingar

Formålet med samarbeidsrevisjonen har vært å kartlegge og vurdere i kva grad det er god styring og kontroll i dei sentrale, tverrgående arbeidsprosessane mellom helseføretak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS. Revisjonen har vært avgrensa til fire områder og prosessar:

- Reiser utan rekvisisjon (enkeltoppgjer) og bruk av datasystemet PRO
- Reiser med rekvisisjon (direkteoppgjer) og bruk av datasystemet NISSY
- Rapportering og oppfølging av statistikk- og styringsdata
- Samhandling mellom helseføretak som har pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og dei regionale helseføretaka.

Samanfattande vurderingar

Det er i heile landet lagt ned eit stort og viktig arbeid på pasientreiseområdet sidan ansvarsområdet blei overført frå NAV og inkludert i dei regionale helseføretaka sitt sørgje for-ansvar. Vi fann at det var etablert mange gode og vel fungerande internkontrolltiltak på dei områda som var omfatta av revisjonen. Det omfattande skriftlege og munnlege kjeldematerialet frå heile landet, viser likevel at det er rom for forbetring, på nokre område meir enn andre.

Innan områda **enkeltoppgjer** og **rapportering** kjem det, slik internrevisjonen i Helse Vest tolkar det, ikkje fram vesentlege endringsbehov. Vi konkluderer likevel med at det er rom for forbetring av saksbehandlingstida innan enkeltoppgjer. Ein burde sett i verk tiltak som sikra at pasientar fekk sine reiseutgifter refundert hurtigare enn dei fire-fem vekene ein ser døme på i mange helseføretak. Det gjeld og her i Helse Vest. Vidare ser vi at saksbehandlingspraksis kan synest å variere litt for mykje, både på saksbehandlarnivå og i regeltolkinga mellom føretaka. Vi rår aktørane til å dokumentere betre kva saksbehandlingspraksis som er regulære regelbrot og kva rom for skjønn som bør være tillatt.

På **samhandlingsområdet** har det vært til dels vanskelege samarbeidsforhold mellom pasientreisekontora i helseføretaka, og Pasientreiser ANS. Det gjeld særleg for regelverkstolkinga nemnt over. Dette synest å ha gått seg betre til. Ikkje desto mindre finn vi grunn til å tilrå at RHF-a, som eigar av både HF og ANS, blir tydelegare i si eigarstyring av HF-a og avklarar leveransemål også mot dei. I Helse Vest merkar vi oss dis-

kusjonen om kven som er kunde og leverandør. På pasientreiseområdet er det tenesteleverandøren (Pasientreiser ANS) som lagar dei strategiske planane, som utviklar resultatmåla, som initierer felles utviklingsprosjekt, og som produserer dei resultatrapportane kundane vert målte på. Kundesida er ikkje like organisert i den strategiske utviklinga av pasientreiseområdet.

I helseføretaka i Helse Vest har det i liten grad vært utarbeidd lokale strategi- og verksemdplanar spesifikt for pasientreiseområdet – men vi ser også på det området ei positiv utvikling.

Det er likevel innan **direkteoppgjer** at vi finn dei største utfordringane, men og den største fortvilninga ute i helseføretaka. På dette området er det til legekontora og andre som rekvirerer pasienttransport, pasientreisekontoret planlegg og bestiller den, og transportøren gjennomfører den. I konklusjonskapitlet går det fram at svikt i datasystemet NISSY både gir fare for uriktig rekvisisjonspraksis, og for til dels store økonomiske tap i oppgjeret med transportørane. Vidare har fleire år med mangelfull funksjonalitet medført at systemet ikkje set føretaka i stand til å føre ein effektiv reiseplanlegging.

Internrevisjonen vil gi honnør til føretaka i Helse Vest, som for reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør) har gripe fatt i utfordringa med mangelfulle verktøy for oppgjerskontroll. Helse Stavanger har utvikla ein elektronisk løysing som dei nå er i ferd med å ta i bruk, og som deretter vil bli tatt i bruk i dei øvrige føretaka i regionen.

Internrevisjonen tilrår 19 tiltak for styrking av intern styring og kontroll på pasientreiseområdet. Tilrådingane går dels på arbeidsprosesser internt og mellom aktørane, og dels på sjølvstyringsmodellen. Ei rekke tilrådingar må etter internrevisjonen si oppfatning bli vurdert og vedtatt av dei regionale helseføretaka. Nokre av tilrådingane retter seg imidlertid mot tilhøve som høyrer inn under ansvaret for dei helseføretaka som har pasientreisekontor, eller Pasientreiser ANS. Dei aller fleste vil krevje samarbeid mellom alle aktørar.

Dei felles revisjonsfunna og vurderingane som er presenterte omfattar også situasjonen i Helse Vest. Det betyr at konklusjonar og tilrådingar ikkje avvik frå samlerapporten.

RAPPORTEN

2 INNLEDNING

2.1 BAKGRUNN

Denne revisjonsrapporten omhandler funn, konklusjoner og anbefalinger fra en landsomfattende revisjon av pasientreiseområdet, utført av internrevisjonene i hver av de fire regionale helseforetakene og internrevisjonen i Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (heretter kalt Pasientreiser ANS).

Når det i fortsettelsen refereres til *internrevisjonen*, menes denne gruppen av fem internrevisjonsenheter.

Revisjonen har omfattet alle 18 helseforetak som har pasientreisekontor, de fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS.

Internrevisjonen i Pasientreiser ANS gjennomførte i 2011/2012 en internrevisjon av selskapets interne styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen. Revisjonen omfattet systemer og prosesser internt i Pasientreiser ANS, dvs. innenfor selskapets juridiske ansvar. I forlengelse av denne ble det tatt initiativ til en samarbeidsrevisjon (i fortsettelsen referert til som *revisjonen*). Dette for å få belyst helheten i prosessene mellom selskapet og pasientreisekontorene. Samarbeidsprosjektet er forankret i de respektive regionale revisjonsutvalgene og i styret for Pasientreiser ANS.

2.2 FORMÅLET MED REVISJONEN

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere i hvilken grad det er god styring og kontroll i de sentrale, tverrgående arbeidsprosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS.

2.3 OMFANG OG AVGRENSNINGER

Revisjonen har omfattet følgende områder og prosesser:

- Reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør)
- Reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør)
- Rapportering og oppfølging av statistikk- og styringsdata
- Samhandling mellom helseforetak som har pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene

Gjennom mottatt dokumentasjon og i intervjuer er temaet regelverksfortolkning belyst, uten at internrevisjonen selv har foretatt faglig etterprøving av den konkrete saksbehandlingspraksisen. Revisjonen har ikke omfattet praksisen for bestilling av transport

eller prosessene for avtaleinngåelse og samhandling med transportørvirksomheten, men enkelte sider ved kontrollrutinene på pasientreisekontorene er vurdert. Internrevisjonen har heller ikke sett nærmere på drift og forvaltning av telefontjenesten 05515 og nettsidene pasientreiser.no.

2.4 GJENNOMFØRING OG METODE

Revisjonen er gjennomført i perioden november 2012 til april 2013. Revisjonen er utført ved bruk av ulike metoder, herunder spørreundersøkelse, dokumentgjennomgang, analyse av data og rapporter, samt intervjuer med ledere og ansatte i de enkelte pasientreisekontor/helseforetak, i Pasientreiser ANS og i de regionale helseforetakene. Intervjuene ble i stor grad gjennomført som gruppeintervjuer. Faktisk tilstand er vurdert opp mot kriterier som er basert på lov- og regelverk¹, eksterne og interne mål², samt COSOs rammeverk for hhv. intern styring og kontroll og risikostyring.

¹ Pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og sykefraktforskriften og internkontrollforskriften.

² Styrende dokumenter, styrevedtak og interne planer i de ulike helseforetak og hos Pasientreiser ANS.

3 BESKRIVELSE AV PASIENTREISEOMRÅDET

3.1 HVA ER EN PASIENTREISE?

En pasientreise er en reise til og fra offentlig godkjent behandling og er en rettighet hjemlet i lovverk. (Pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og syketransportforskriften.)

Det er to typer pasientreiser:

Reiser uten rekvisisjon (Enkeltoppgjør)

En reise uten rekvisisjon innebærer at pasienten selv legger ut for reisen og søker om å få refundert utgiftene i etterkant. Søknad om refusjon sendes til Pasientreiser ANS, som skanner søknaden og vedlegg og distribuerer saken elektronisk til det pasientreisekontoret hvor pasienten er hjemmehørende. Der saksbehandles oppgjøret.

Reiser med rekvisisjon (Direkteoppgjør)

Dette er reiser som pasienten får rekvisisjon til av sin behandler (medisinsk rekvisisjon) eller av sitt lokale pasientreisekontor (trafikal rekvisisjon ved manglende rutegående tilbud). Helseforetaket dekker kostnaden direkte mot transportør og pasienten betaler bare en egenandel.

3.2 ORGANISERING, ANSVAR OG OPPGAVER

De regionale helseforetakene (RHFene) har "sørge for"-ansvar på området pasientreiser. De underliggende helseforetakene ved sine pasientreisekontor ivaretar det løpende arbeidet, der både den juridiske myndigheten for saksbehandlingen og det økonomiske oppgjøret knyttet til ordningen er delegert til helseforetakene.

De 18 pasientreisekontorene i helseforetakene har ansvar for planlegging og bestilling av reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør) og saksbehandler og refunderer utgifter til pasientreiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør). Det er fire pasientreisekontor i Helse Nord, tre i Helse Midt-Norge og fire i Helse Vest. I Helse Sør-Øst er det seks pasientreisekontor samt en regional saksbehandlerenhet (Enhet for reiseoppgjør), som saksbehandler alle reiser uten rekvisisjon i regionen. Denne enheten er lokalisert til Sykehuset Innlandet (Moelv). I de andre regionene saksbehandles reiser både med og uten rekvisisjon i samtlige pasientreisekontorer.

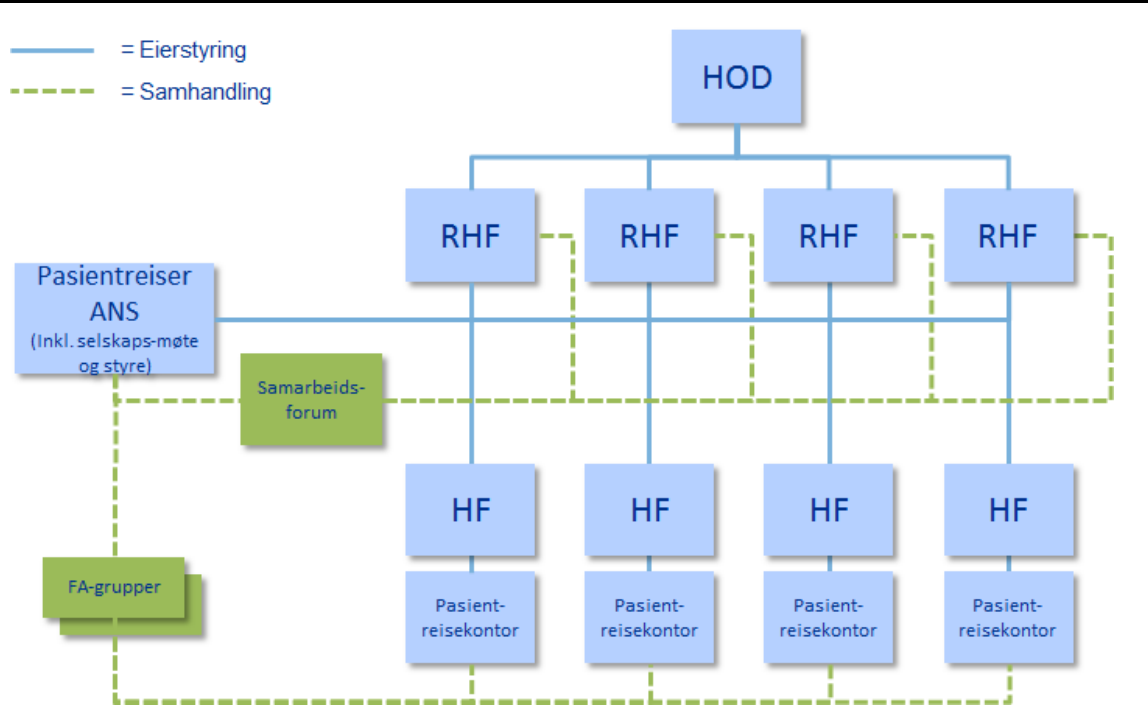
Pasientreiser ANS er et nasjonalt selskap, etablert som en felles enhet for de fire regionale helseforetakene, hvor formålet er definert til å oppfylle de regionale helseforeta-

kenes "sørge for"-ansvar på området pasientreiser. Selskapet er eid av de fire regionale helseforetakene, Helse Nord (20 %), Helse Midt-Norge (20 %), Helse Vest (20 %) og Helse Sør-Øst (40 %). Pasientreiser ANS sitt ansvarsområde er regulert i en selskapsavtale. Selskapsavtalen utgjør, sammen med det årlige oppdragsdokumentet og tjenesteleveranseavtale (SLA) med de fire RHFene, rammene for selskapets virksomhet.

Pasientreiser ANS har også systemeieransvar for saksbehandlingssystemene PRO (enkeltoppgjør) og NISSY (direkteoppgjør), telefoniløsningen 05515 samt webløsningen pasientreiser.no. I tillegg skal selskapet være et faglig kompetansesenter som skal yte juridisk bistand og opplæring til pasientreisekontorene. Samtidig skal Pasientreiser ANS bidra til harmonisering av regelverk og praksis på nasjonalt nivå og på den måten bidra til å sikre gode, likeverdige, brukervennlige og effektive løsninger for brukerne. Selskapet ivaretar videre deler av de transaksjonstunge oppgavene knyttet til enkeltoppgjør. Det er et nært samarbeid mellom Pasientreiser ANS og de 18 pasientreisekontorene. Ved pasientreisekontorene er det totalt ca 480 ansatte, mens det er ca 60 ansatte i Pasientreiser ANS.

Illustrasjonen under viser, noe forenklet, hvordan den formelle organiseringen (blå, heltrukne linjer) og samhandlingen (grønne, stiplede linjer) knytter aktørene sammen. RHF-enes eierstyring av Pasientreiser ANS og helseforetakene er synliggjort gjennom de blå linjene. I de grønne, stiplede samhandlingslinjene er også noen av de mest sentrale samhandlingsarenaene – Samarbeidsforum og FA-gruppene – tegnet inn.

Figur 1 - Organisering av pasientreiseområdet



3.3 SAMHANDLINGSARENAER OG FELLESTILTAK

De grønne linjene i figuren over illustrerer at det foreligger flere samhandlingsrelasjoner mellom RHF-ene, HF-ene og Pasientreiser ANS. I det etterfølgende beskrives de arenaene som er etablert, og deretter beskrives to fellestiltak.

Samarbeidsforum pasientreiser

Samarbeidsforum (SF) er etablert med bakgrunn i tjenesteleveranseavtalen, har eget mandat og består av representanter fra de fire RHFene og Pasientreiser ANS. Hovedoppgavene er bl.a. å etablere og evaluere funksjonelle arbeidsgrupper (FA-grupper), avholde driftsmøter (se under), drøfte endrings- og utviklingsbehov på et overordnet nivå, godkjenne endringer i tjenesteleveranseavtalen, samt rådgi systemeier av IKT/telefonisystemer i de oppgaver de er tillagt som systemeier. Systemeierforum inngår som en del av Samarbeidsforumet. Forumet har minimum 4 møter pr. år og ledes av Pasientreiser ANS.

Driftsmøter

Driftsmøter avholdes med de samme representantene som i Samarbeidsforum, og er forankret i tjenesteleveranseavtalen. Hovedoppgaven er å evaluere tjenesteleveranseavtalen med formål å avgi formelle tilbakemeldinger på hvordan leveransene tilsvare de avtalte krav. Driftsmøte avholdes 2 ganger pr. år. I forkant av driftsmøtene gjennomfører Pasientreiser ANS regionale telefonmøter med lederne av pasientreisekontorene. Før telefonmøtene sender Pasientreiser ANS ut en presentasjon der lederne kan komme med innspill til møtet.

Funksjonelle arbeidsgrupper (FA-grupper)

Pasientreiser ANS skal i samarbeid med pasientreisekontorene og de regionale helseforetakene bidra til harmonisering av regelverk og praksis på pasientreiseområdet. Som en del av den etablerte forvaltningsmodellen for området er det opprettet funksjonelle arbeidsgrupper (FA-grupper); FA NISSY, FA PRO, FA 05515 og FA Regelverk. I henhold til felles mandat for gruppene, skal disse på eget initiativ eller på forespørsel fra Samarbeidsforum (SF) gi innspill til drøftinger og behandling av saker relatert til ansvarsområdet for de ulike FA-gruppene. Hver region og Pasientreiser ANS deltar med en eller to representanter i hver FA-gruppe, og regionene avgjør selv hvordan representasjonen fordeles mellom pasientreisekontorene. Hver regions representanter har ansvar for at informasjon fra FA-gruppene tilflytter de pasientreisekontor som ikke deltar i aktuell FA-gruppe, og at innspill er forankret i egen region. FA-gruppen skal så langt det er råd utrede forslag om aktuelle endringer og forbedringer.

Analysenettverk

Analysenettverket ble opprettet i 2011 og består av representanter fra hver region og Pasientreiser ANS. Hensikten med nettverket er å sikre nasjonalt samarbeid rundt analyser, rapporter og definisjoner, samt understøtte lik tilnærming til styringsinformasjon.

Strategisamling

Strategisamling arrangeres av Pasientreiser ANS årlig. Deltagere på strategisamlingen er to representanter fra hvert pasientreisekontor, hvorav en er lederen. I tillegg deltar RHF-representanter (medlemmer av SF). I etterkant av strategikonferansen gjennomfører Pasientreiser ANS regionale oppfølgingsmøter.

Pasientreisekonferanse

Pasientreisekonferansen er en årlig konferanse som bringer opp aktuelle temaer og tilrettelegger for informasjonsutveksling. Regionene bytter på å stå som arrangør og det er representanter fra Pasientreiser ANS, RHFene og pasientreisekontorene som deltar.

Nasjonalt ledernettverk

Nasjonalt ledernettverk avholder møte i forbindelse med den årlige pasientreisekonferansen. Nettverket består av de 18 lederne av pasientreisekontorene, og er et uformelt nettverk der verken Pasientreiser ANS eller regionalt helseforetak er deltagere.

Regionale nettverk

Regionale nettverk er etablert av ledere i pasientreisekontor og regional representant for å øke samarbeidet innad i regionene. I noen av regionene er det også etablert regionale FA-grupper.

Aktørene på pasientreiseområdet har også etablert følgende sentrale fellestiltak (prosjekter):

Prosjekt Kontinuerlig forbedring

I 2010 tok Pasientreiser ANS initiativ til å etablere prosjektet *kontinuerlig forbedring*. Helse Midt-Norge var pilot, og prosjektet er til nå gjennomført i Helse Nord og Helse Vest, samt enhet for reiseoppgjør i Helse Sør-Øst. I løpet av 2013 er det planlagt gjennomført i de resterende pasientreisekontorene i Helse Sør-Øst (Sørlandet sykehus har imidlertid valgt ikke å delta). Målsettingen for prosjektet har vært å kunne gi pasientene bedre service og raskere og mer lik behandling uavhengig av hvor i landet de bor. Forbedringsprosjektet bygger på LEAN-metodikk. Denne metodikken forutsetter at ansatte involveres i prosessen og at man sammen skaper en kultur for kontinuerlig forbedring i pasientreisekontorene.

Prosjekt Mine pasientreiser

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at det skal gjennomføres et prosjekt for å forenkle ordningen med innsending av reiseregninger for pasientreiser uten rekvisisjon. Helse Sør-Øst har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å lede arbeidet på vegne av RHFene. Pasientreiser ANS har blitt bedt om å ivareta ledelsen og gjennomføringen av prosjektet. I tillegg til en prosjektgruppe skal det etableres en styringsgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF og som for øvrig består av alle berørte instanser. Det forberedende arbeidet til regelverksforenklingen er allerede igangsatt.

Prosjektet skal omfatte områdene regelverk, prosess, organisasjon og teknologi, og skal utarbeide et forslag til IKT-basert selvbetjeningsløsning, men der man samtidig også utreder en mulig helautomatisk løsning. En forenklet ordning skal baseres på en standardsats for refusjon. Det er lagt til grunn at 2015 blir første hele år med ny selvbetjeningsløsning.

4 PROSESSER KNYTTET TIL REISER UTEN REKVISISJON (ENKELTOPPGJØR)

4.1 REISER UTEN REKVISISJON

Ved reise uten rekvisisjon betaler pasienten, og eventuell ledsager, selv for reisen til godkjent behandling og søker om å få refundert utgiftene i ettertid. Oppgjør for reiser uten rekvisisjon omtales gjerne som enkeltoppgjør. Stønad til reisen gis etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven og syketransportforskriften. I utgangspunktet gis det utgiftsdekning tilsvarende billigste rutegående transport, men annen transport dekkes når pasientens behov og helsetilstand eller kommunikasjonsmessige forhold tilsier det.

Årlig er det ca 800 000 refusjonssøknader. Det vil si at Pasientreiser ANS i gjennomsnitt mottar ca 3 000 refusjonskrav pr virkedag. Enkeltoppgjørene utgjør totalt ca 400 millioner i årlig kostnad, eller ca 18 % av total kostnad på pasientreiseområdet, som er på ca 2,3 milliarder pr år. I gjennomsnitt var hver pasientrefusjon ca kr 500 i 2012.

Ansvar for å saksbehandle søknader om refusjon for reiser uten rekvisisjon ligger hos det helseforetaket som pasient/ledsager hører til. Selve saksbehandlingen skjer i all hovedsak ved pasientreisekontoret (som er en del av helseforetaket). Pasientreisekontorene kan, dersom det oppstår kapasitetsutfordringer som medfører uakseptabel behandlingstid, inngå avtale med Pasientreiser ANS om saksbehandlingsbistand.

Arbeidsprosessen med enkeltoppgjør er et samspill mellom Pasientreiser ANS og det lokale pasientreisekontor. Saksbehandlerne er i hovedsak knyttet til de lokale pasientreisekontorene, mens skanning og utbetaling skjer hos Pasientreiser ANS. Flere personer er involvert i ulike deler av prosessen både i Pasientreiser ANS og ved det lokale pasientreisekontor.

4.2 KLARGJØRING AV SAK OG SAKSBEHANDLING

I korte trekk foregår prosessene for behandling av reiser uten rekvisisjon slik: Pasienten sender søknad om refusjon (reiseregning) til Pasientreiser ANS. Her blir reisedokumentene skannet, sak opprettet i datasystemet PRO og pasient identifisert før saken overføres til riktig pasientreisekontor. Oppretting av sak og skanning skal skje i henhold til kravene som er satt i tjenesteleveranseavtalen (SLA). Saksbehandler i det lokale pasientreisekontoret henter inn saken fra PRO, behandler saken og fatter vedtak om refusjon til pasienten i henhold til gjeldende regler og praksis. Utbetaling og utsending

av vedtaksbrev til pasienten gjøres av Pasientreiser ANS, mens kostnaden bæres av det lokale helseforetak.

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- alle søknader blir mottatt, skannet og behandlet i henhold til de krav som fremkommer i vedlegg 1 i SLA
- saksbehandlingen skal være i samsvar med lover, regler og retningslinjer
- saksbehandlingstiden skal ikke overstige de målene som er satt

4.2.1 REVISJONSFUNN

Klargjøring av sak og utsendelse av vedtak

Pasientreiser ANS' prosesser for mottak av søknader om refusjon, skanning og opprettelse av sak i PRO, mottak av fil med vedtaksbrev og utsendelse av dette, samt utbetaling til pasienter/ledsagere, ble vurdert i 2011/12 som ledd i internrevisjon av internstyring og kontroll i Pasientreiser ANS virksomhetsstyring (rapport 3/2011 fra internrevisjonen i Pasientreiser ANS). Revisjonen viste at det er utarbeidet detaljerte rutiner for hvilke arbeidsoppgaver selskapet skal ivareta i prosessene, hvem som skal utføre dem og når oppgavene skal utføres. Beskrivelser av arbeidsprosesser og rutiner var godt dokumentert i selskapets kvalitetssystem. Ved revisjonen i 2011 ble det ikke funnet forhold som utgjorde noen vesentlig risiko for svikt i de delene av prosessene som selskapet har ansvaret for, men likevel påvist mulighet for å forbedre dokumentasjon av hvilke kontrollhandlinger som skal utføres ved mottak av krav, skanning og opprettelse av sak i PRO. Pasientreiser ANS har som ledd i sitt arbeid med kontinuerlig forbedring, iverksatt et arbeid for å gjennomgå og dokumentere aktuelle kontrollhandlinger i prosessene.

Aktivitetsdata for 2012 viser, i følge Årlig melding for 2012 fra Pasientreiser ANS, at tjenesteleveransene fra selskapet skjer i henhold til inngått SLA-avtale for tjenestene mottak av refusjonskrav, opprettelse av oppgave, utbetaling av refusjoner samt utskrift og forsendelse av vedtak, der helseforetakene (pasientreisekontorene) er tjenestemottakere.

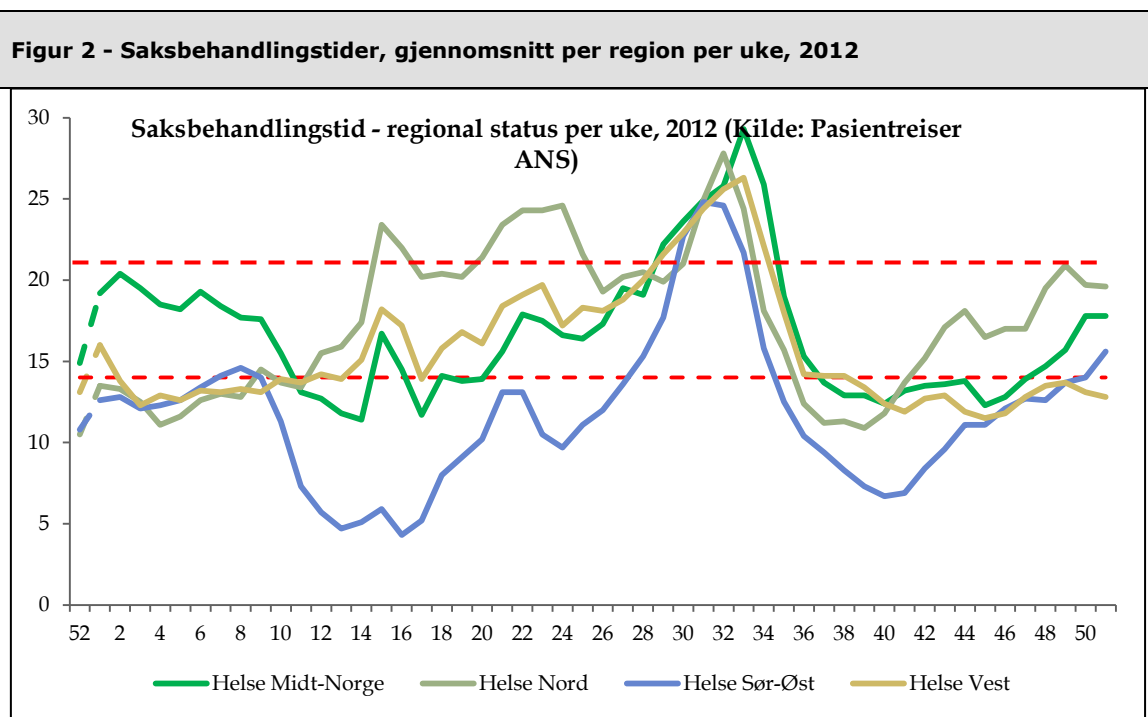
Saksbehandling

Revisjonen har vist at aktørene har ulike oppfatninger om hva som er akseptabel saksbehandlingstid for refusjonskrav. Pasientreiser ANS legger til grunn et nasjonalt mål om å saksbehandle refusjonskravene på maksimalt 14 dager. Ut fra den forståelsen offentliggjør selskapet ukentlige rangeringer av helseforetakenes saksbehandlingstider som sendes HF-ene, samarbeidsforum og ANS-styret, og tilbyr saksbehandlingsassistanse dersom saksbehandlingstidene overstiger dette nivået. Med unntak av Helse Nord, er det imidlertid ikke nedfelt konkrete krav til saksbehandlingstid i oppdragsdokumentene fra de regionale helseforetakene til helseforetakene med pasientreisekontor.

Internrevisjonen har fått opplyst at grunnlaget er lagt i sak 285-10 til AD-møtet 14. juni 2010. AD-møtet består av de administrerende direktører i de regionale helseforetakene, og er ikke et formelt vedtaksorgan i denne sammenheng. I andre sammenhenger er det AD-møtets deltakere som utgjør Pasientreiser ANS sitt selskapsmøte. I omtalte sak drøftes mulighetene for å oppnå en muntlig uttalt politisk målsetting om to ukers saksbehandlingstid. I vedtaket sluttet AD-møtet seg til foreslåtte tiltak for å få ned saksbehandlingstiden innen enkeltoppgjør "til to-tre uker i løpet av sommeren 2010". Helse Nord RHF har i Oppdragsdokumentet for 2012 satt krav om maksimalt to ukers saksbehandlingstid, ellers er internrevisjonen ikke kjent med at et mer spesifikt mål er blitt formelt vedtatt og kommunisert til helseforetakene.

Pasientreiser ANS fører som nevnt ukentlig statistikk over nasjonal saksbehandlingstid for enkeltoppgjør. Gjennomsnittlig saksbehandlingstid, fra pasient sender inn refusjonskrav til utbetaling skjer, var i 2012 15,5 dager. Statistikkene viser også at det i perioder av året kan være stor pågang av saker og at det er til dels store forskjeller mellom pasientreisekontorene når det gjelder saksbehandlingstiden. Gjennomgang av saksbehandlingstider for 2012, viste at alle regioner gjennom året har hatt saksbehandlingstider som ligger betydelig høyere enn ambisjonen om to-tre uker, og at enkelte kontor i perioder har hatt saksbehandlingstid opp mot 35 dager. Alle regioner har i forbindelse med sommerferien og ved jul/årsskifte hatt betydelig økning i saksbehandlingstiden.

Figuren under viser saksbehandlingstider gjennom 2012, på regionnivå.



Pasientreisekontorene har ansvaret for å fatte vedtak om utbetaling av refusjoner. Pasientreiser ANS skal gjennom nært samarbeid med de enkelte regionale helseforetakene

sikre at saksbehandlingstiden for enkeltoppgjør er akseptabel, og om nødvendig ta initiativ til å avhjelpe pasientreisekontorene med saksbehandlingen, jf selskapsavtalens pkt 6. I tråd med krav fra eierne har Pasientreiser ANS etablert en saksbehandlingsgruppe som pasientreisekontorene kan leie saksbehandlingsskapasitet fra, for å bidra til at ambisjonen om to-tre ukers saksbehandlingstid kan nås. Saksbehandlingsgruppen benyttes av flere pasientreisekontor for å ta unna køen når saksbehandlingstiden går opp, mens andre kontor heller velger å leie inn vikarer lokalt eller låner personell fra andre pasientkontor. Kontorene som velger å bruke egne lokale vikarer eller låner personell fra andre kontor, opplyser at de legger vekt på viktigheten av lokal kunnskap om geografi og reisetilbud. Dessuten legger de vekt på fleksibilitet til å gjøre flere oppgaver enn kun saksbehandling, og kostnadene knyttet til innleie av personell fra Pasientreiser ANS.

Revisjonen har vist at det i noen grad foreligger beskrivelser av arbeidsprosesser (flytskjema) ved pasientreisekontorene, og da først og fremst som et resultat av arbeidet med prosjektet for kontinuerlig forbedring (LEAN-prosjektet). Revisjonen viste videre at det i varierende grad er utarbeidet rutinebeskrivelser for de arbeidsoppgavene og kontrollene som skal gjennomføres ved pasientreisekontorene, og at det varierer i hvilken grad disse benyttes. Dersom medarbeidere har spørsmål knyttet til behandlingen av en sak, tas dette gjerne opp med leder eller kollegaer for nærmere avklaring.

Revisjonen viste også at det er ulike systemer og rutiner for lagring og håndtering av prosedyre- og rutinebeskrivelser for pasientreiseområdet. Dokumenter lagres eksempelvis i foretakets eget kvalitetssystem, på eget fellesområde i pasientreisekontoret, på intranettet til Pasientreiser ANS under "Wiki" eller under fanen "Samling av nasjonale og lokale rutiner". For de pasientreisekontorene som har tatt i bruk IKT-løsningen Bliksund brukes dette også som kvalitetssystem. Flere av de intervjuede lederne og medarbeiderne i pasientreisekontorene fremholder at de opplever at det kan være uoversiktlig hvor prosedyre- og rutinebeskrivelser er lagret, og uklart hva som er siste versjon av gjeldende dokumenter.

4.2.2 VURDERINGER

Revisjonen viser at mål for saksbehandlingstid ikke er entydig fastsatt og forankret. Et uklart mål med uklar status har skapt vansker i samhandlingen mellom aktørene. Pasientreiser ANS har valgt å forholde seg til et nasjonalt måltall på 14 dagers saksbehandlingstid og kommuniserer ut resultater knyttet til dette på ukentlig basis. Helseforetakene registrerer denne publiseringen, men velger til dels å forholde seg til et løsere ambisjonsnivå på to til tre uker.

I snitt er likevel saksbehandlingstiden på landsbasis bare litt over fjorten dager. Dette er positivt. Derimot er det etter internrevisjonens syn ikke tilfredsstillende med de lange saksbehandlingstidene som periodevis oppstår. Det vurderes derfor som nødvendig å se nærmere på hvordan ressursene på pasientreiseområdet kan benyttes på

en mest mulig hensiktsmessig og effektiv måte slik at målene som fastsettes for saksbehandlingstid kan nås for hele landet, hele året. Etter internrevisjonens syn bør helseforetakene og de regionale helseforetakene blant annet vurdere nærmere hvordan saksbehandlingsskapasiteten som er tilgjengelig hos Pasientreiser ANS kan benyttes av pasientreisekontorene, i de tilfeller der saksbehandlingstiden for enkeltoppgjør i lengre perioder overstiger målene. I tillegg bør eierne vurdere å stille et tydeligere målkrav til helseforetakene, enn dagens omtrentlige formulering uttrykker.

I erfaringer fra arbeidet med innføring av kontinuerlig forbedringsmetodikk i pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS trekkes det frem både fra pasientreisekontorene og fra Pasientreiser ANS, at det oppnås forbedringer innen kvalitet, mer effektive arbeidsprosesser og større grad av likebehandling. Tiltaket vurderes derfor som viktig i forhold til økt profesjonalisering og standardisering innen pasientreiseområdet på tvers av regioner og pasientreisekontor.

Gjennomgangen viste at det i noen grad er utarbeidet arbeidsprosessbeskrivelser og rutinebeskrivelser som skal være en støtte i saksbehandlingen i det enkelte pasientreisekontor, men at det er behov for en ytterligere standardisering på området. Mange ulike systemer og rutiner for å lagre prosedyre- og rutinebeskrivelser og mangelfull versjonshåndtering av dokumenter, gjør det vanskelig å holde oversikt over hvor dokumenter er lagret og hva som er siste versjon av dokumentene. En større grad av standardisering og harmonisering nasjonalt bør derfor vurderes på området, uten at dette kommer i konflikt med bruk av helseforetakenes egne kvalitetssystemer.

Kvaliteten på saksbehandlingen omtales senere i rapporten (kapittel 4.3 Regelverkspraktisering og likebehandling).

4.2.3 ANBEFALINGER

Tabell 1 – Anbefalinger: Enkeltoppgjør – Klargjøring av sak og saksbehandling		
Nr	Tiltak	Rettes mot
Enkeltoppgjør – Klargjøring av sak og saksbehandling		
1	Det bør vurderes fastsatt et entydig mål for saksbehandlingstid i enkeltoppgjør og etableres tiltak for å sikre at saksbehandlingstiden overholdes.	RHFene HFene
2	Det bør vurderes om arbeidsprosess- og rutinebeskrivelser, og opplegg for lagring og versjonshåndtering av disse, kan standardiseres ytterligere.	RHFene

4.3 REGELVERKSPRAKTISERING OG LIKEBEHANDLING

Helseforetakenes pasientreisekontor forestår saksbehandling innen pasientreiseområdet i samsvar med regelverket innenfor det rammeverk som til enhver tid gjelder. Pasientreiser ANS som er felles kompetansesenter for pasientreisekontorene, skal yte juri-

disk ekspertise, drive opplæring i regelverk og bidra til harmonisering av regelverk og praksis (jf. selskapsavtalens pkt. 6). Et overordnet mål for de regionale helseforetakene er å sikre likebehandling og god regelforståelse hos alle aktører som forestår arbeid innen pasientreiseområdet. Harmonisering av praksis er en viktig oppgave som krever samhandling mellom aktørene om fortolkninger, opplæring, endring av praksis, forankringer og annen bistand samtidig som pasientenes rettigheter skal ivaretas. Samhandlingen skjer bl.a. gjennom flere etablerte fora hvor FA³ Regelverk og SF⁴ er de største og viktigste. Her drøftes både kvalitet, likebehandling og pasientens rettigheter. Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- tiltak iverksettes for å sikre harmonisering av regelverk og praksis som bidrar til likebehandling
- resultatet av arbeidet med harmonisering av regelverk og praksis gjøres kjent og tilgjengelig for saksbehandlerne på pasientreiseområdet

4.3.1 REVISJONSFUNN

Likebehandling av pasienter er ett av hovedmålene på pasientreiseområdet og det er iverksatt flere tiltak for å sikre likebehandling og kvalitet i saksbehandlingen for reiser med og uten rekvisisjon. Et viktig tiltak i den anledning er arbeidet som utføres for å sørge for at det bes om regelverksfortolkninger fra Helsedirektoratet der dette måtte vise seg behov for, og kommunisere ut resultatet fra disse til pasientreisekontorene.

Et annet viktig tiltak er den nasjonale kartleggingen av praksis som har vært gjennomført to ganger i året i regi av FA-gruppe Regelverk. Fra 2013 blir det årlig frekvens på undersøkelsen. Selskapets styresak 51-2012 oppsummerer sist gjennomførte kartlegging i 2012. Det heter blant annet at "det er totalt 84 % riktige svar i kartleggingen våren 2012 mot 48 % ved forrige registrering". I saken gis det blant annet uttrykk for at økonomiske hensyn går foran hensynet til pasientenes lovfestede rettigheter ved enkelte av helseforetakene. (Enkelte helseforetak har overfor internrevisjonen gitt klart uttrykk for at de ikke kjenner seg igjen i en slik påstand.) I saken konkluderes det med at det er uheldig at enkelte helseforetak (pasientreisekontor) velger ikke å følge anbefalinger fra Helsedirektoratet og Pasientreiser ANS om hvordan regelverket skal forstås. I etterkant av kartleggingen foreslo også samarbeidsorganet FA-gruppe regelverk tiltak for å bidra til lik praksis. Internrevisjonen får opplyst at enkelte pasientreisekontorer ikke ønsket å forplikte seg til FA-gruppens forslag, da man mener at dette griper inn i den enkelte leders ansvarsområde. Det er også stilt spørsmål ved metodebruken i nevnte kartleggingsundersøkelse.

Det er også utarbeidet en nasjonal veileder som skal være et hjelpemiddel i saksbehandlingen på pasientreiseområdet. Veilederen ble tatt i bruk i juni 2012 og er tilgjeng-

³ FA – Funksjonell arbeidsgruppe (fagpersonell innen saksbehandling).

⁴ SF – Samarbeidsforum (RHF koordinatorene og nøkkelpersoner i Pasientreiser ANS).

elig på intranettet til pasientreiseområdet. Det blir gjennomført opplæring i bruk av veilederen når Pasientreiser ANS har opplæring ute på kontorene. I intervjuene har det fremkommet at kontorene benytter veilederen i varierende grad, men at den oppfattes som et nyttig verktøy som bidrar til å sikre likebehandling og kvalitet i saksbehandlingen. Holdningen i pasientreisekontorene er at man generelt er innstilt på å følge felles retningslinjer, samt de råd og anbefalinger som Pasientreiser ANS gir, og at man prøver å komme til enighet slik at praksisen blir lik over hele landet.

Revisjonen har vist at det på flere områder, og fra flere hold, har framkommet utsagn om ulik saksbehandlingspraksis på pasientreiseområdet. Pasientreiser ANS har bl.a. gitt disse eksemplene på områder med ulik praksis:

- Overføringer av pasienter internt i et helseforetak (som ikke skal medføre egenandel).
- Rett til dekning av utgifter dersom pasient og eventuell ledsager velger å overnatte ved behandlingsstedet i stedet for å reise hjem mellom hver behandling.
- Dekning av reiser i tilknytning til behandling i tilfeller pasienten gjennomfører reisen mellom to dager og tre uker før eller etter behandlingstidspunktet.
- Trekk av egenandel som regnes ut og vurderes uten at man avventer HELFOs frikortvedtak.
- Anvendelse av unntakene vedrørende hvilke behandlere som skal rekvirere retur og ikke.

Internrevisjonen ser i denne rapporten ikke grunn til å gå nærmere inn på hvilke foretak dette omhandler. Internrevisjonen har heller ikke gått nærmere inn på hvor omfattende og utbredt dette er, eller hvordan utviklingen har vært over tid.

Det ble fra flere pasientreisekontor fremholdt at lokale forhold slik som geografi, klima og rutetilbud kan gi grunnlag for en praktisering av regelverket som ikke er i tråd med de anbefalingene som er utarbeidet av Pasientreiser ANS og den regionalt sammensatte FA-gruppe Regelverk. Det fremheves også at Pasientreiser ANS ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til lokale forhold i sin forståelse av regelverket. Prosessene for samhandling mellom partene i forbindelse med fortolkning av regelverket omtales i rapportens kapittel 7.

I flere intervjuer ble det påpekt at det kan være en utfordring å sikre likebehandling også internt blant de ansatte i kontoret. Pasientreiser ANS gir uttrykk for at det generelt er et større problem at saksbehandlerne ikke kjenner til regelverket, enn at det er ulik praksis mellom kontorene. For de kontorene som har gjennomført prosjekt for kontinuerlig forbedring fremkom det at gjennomføring av jevnlig tavlemøter med mulighet for diskusjon av felles problemstillinger, er et viktig tiltak for å sikre lik forståelse og praktisering av regelverket lokalt.

4.3.2 VURDERINGER

Internrevisjonens hovedinntrykk er at pasientreisekontorene i hovedsak er lojale mot de anbefalinger som ligger i nasjonal veileder og anbefalinger som Pasientreiser ANS gir i enkeltsaker.

Samtidig er det etter internrevisjonens vurdering viktig at det bringes klarhet i omfang og utbredelse av ulik saksbehandlingspraksis som kan ha konsekvenser for rettighetene til pasienter og ledsagere. Dette gjelder særlig ulik praksis som skyldes at det legges til grunn uriktig lovforståelse, og/eller at det utøves skjønn som går ut over akseptable rammer for skjønnsutøvelse.

Etter internrevisjonens vurdering virker det samtidig uheldig at det ved enkelte pasientreisekontor, mellom enkeltsaksbehandlere, og innenfor enkeltområder kan forekomme saksbehandlingspraksis som avviker fra gitte anbefalinger, også i saker hvor det utøves skjønn som ligger innenfor de akseptable rammene for skjønnsutøvelsen.

Internrevisjonen viser til at dette har vært et sentralt samtaletema i flere år. På den positive siden gir flere uttrykk for at det er skjedd en større grad av harmonisering av saksbehandlingspraksisen over tid. Derimot vurderer internrevisjonen det som utilfredsstillende at aktørene på pasientreiseområdet ikke godt nok kan dokumentere hva som er direkte brudd på regelverket, og hva som er innenfor rammene for kontorenes frie skjønn.

Etter internrevisjonens vurdering bør det enkelte regionale helseforetak gjennom dialog med Pasientreiser ANS kartlegge omfang og utbredelse av ulik praksis. De regionale helseforetakene bør også presisere krav til regeletterlevelse overfor egne helseforetak, og følge opp de pasientreisekontorene som ulikhetene i praksis kan knyttes til. Dette gjelder i særlig grad de tilfeller der praksis ikke samsvarer med gjeldende regler, og hvor praksisavviket er størst sett opp mot nasjonale normer.

Det vises til anbefaling 15 i kapittel 7.3.

4.4 KONTROLL - ENKELTOPPGJØR

Saksbehandler ved pasientreisekontoret fatter vedtak etter endt saksbehandling. Vedtaket skal lede til utbetaling fra Pasientreiser ANS, samt brev om vedtak. Relevante kontrolltiltak er påkrevd knyttet til vedtak og utbetaling.

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- det gjennomføres tilstrekkelig og hensiktsmessig kontroll av saksbehandling og vedtak

4.4.1 REVISJONSFUNN

Det fremkom i intervjuer at det i pasientreisekontorene generelt er liten kjennskap til de kontrollhandlinger som Pasientreiser ANS gjennomfører knyttet til behandlingen av enkeltoppgjør. Det oppleves imidlertid at feil som oppdages raskt blir korrigert, og den løpende kommunikasjonen med selskapet oppfattes generelt som god. Tilsvarende viste revisjonen av intern styring og kontroll som ledd i virksomhetsstyringen til Pasientreiser ANS i 2011, at Pasientreiser ANS i liten grad har kjennskap til kontrollhandlinger ved pasientreisekontorene.

For enkeltoppgjør er det etablert en nasjonal praksis på at alle refusjonskrav over kr 2.500 skal attesteres av leder eller annen utpekt saksbehandler før vedtak fattes og oppgjøret utbetales. Refusjonskrav under denne beløpsgrensen behandles og godkjennes kun av én saksbehandler, men enkelte pasientreisekontor foretar likevel stikkprøvekontroller på slike oppgjør i ettertid. På denne måten kan eventuell feil praktisering av regelverket korrigeres og feilutbetalinger fanges opp og håndteres. Internrevisjonen har ikke fått fremlagt noen begrunnelse for beløpsgrensen på kr 2.500 for attestasjon av refusjonskrav.

4.4.2 VURDERINGER

Etter internrevisjonens vurdering er gjensidig kunnskap om risiko i de samlede prosessene, samt tydelig omforening mellom helseforetak med pasientreisekontor og Pasientreiser ANS, en forutsetning for å oppnå god intern styring og kontroll i de tverrgående prosessene. Internrevisjonen mener derfor at det bør iverksettes tiltak for å tydeliggjøre hvilke kontrollhandlinger som gjennomføres av henholdsvis Pasientreiser ANS og pasientreisekontorene i behandlingen av enkeltoppgjør. Dette for å sikre en helhetlig forståelse av prosessen og at hensiktsmessige kontroller blir utført, samt at dobbeltkontroller unngås.

Med utgangspunkt i en gjennomført risikovurdering for hele pasientreiseområdet bør det gjøres en samlet vurdering av hvilke kontrolltiltak som er effektive og hensiktsmessige for å sikre at alle saker blir korrekt behandlet og utbetalt. I den forbindelse bør det gjøres en vurdering av dagens grense for attestasjon av enkeltoppgjør (kr 2.500).

4.4.3 ANBEFALINGER

Tabell 2 – Anbefalinger: Enkeltoppgjør – Klargjøring av sak og saksbehandling		
Nr	Tiltak	Rettes mot
Kontroll – enkeltoppgjør		
3	Det bør gjøres en samlet risikovurdering av prosessen for å beslutte hvilke kontrolltiltak som er effektive og hensiktsmessige hos hver av partene for å sikre at saker blir korrekt behandlet og utbetalt.	RHFene Pas ANS HFe

4.5 OPPLÆRING, VEILEDNING OG AVVIKSRAPPORTERING

Kapitlet omfatter opplæring, veiledning og avviksrapporing for reiser både med og uten rekvisisjon.

Opplæring av ansatte lokalt skjer i regi av det enkelte pasientreisekontor. Pasientreiser ANS tilbyr et nasjonalt opplæringsprogram som skal bidra til å gi en kontinuerlig læring og utvikling for alle ansatte på pasientreiseområdet.

Rutiner for rapportering av hendelser og håndtering av avvik skal blant annet sikre at organisasjonen kan lære av avvik, og setter i gang forbedringstiltak der det er behov for dette.

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- ansatte får tilstrekkelig opplæring i regelverk, IKT-systemer og saksbehandlingsprosedyrer
- ansatte har god tilgang på oppdaterte veiledere
- avvik rapporteres og følges opp
- det foregår en kontinuerlig læring og forbedring

4.5.1 REVISJONSFUNN

Opplæring og veiledning

Pasientreisekontorene rekrutterer medarbeidere fra flere ulike yrker og med ulik erfarings- og utdanningsbakgrunn. Opplæringen skjer i stor grad på jobb gjennom bruk av interne krefter.

Gjennomgangen viste at det i varierende grad er utarbeidet opplæringsplaner for de ansatte i pasientreisekontorene. Flere pekte på utfordringer i forhold til å kunne sette av nok tid til gjennomføring av kurs og kompetansehevende tiltak. Dette gjelder spesielt for de som har oppgaver knyttet til reiseplanlegging, som forutsetter høy grad av tilgjengelighet på telefon gjennom arbeidsdagen. Gjennomgangen viste likeledes at medarbeiderne ved pasientreisekontorene bare i moderat grad anser at de har fått tilstrekkelig opplæring i de krav og føringer i tjenesteavtalen med Pasientreiser ANS som er relevante for deres arbeidsoppgaver.

Pasientreiser ANS tilbyr et nasjonalt opplæringsprogram for alle som arbeider på pasientreiseområdet. Det utarbeides en årlig opplæringsplan, etter innspill fra pasientreisekontorene og FA-gruppene, der tilbudet består av e-læringskurs, kurs og fagsamlinger. Målet med opplæringen er å bidra til å sikre lik praksis og utvikle gode arbeidsprosesser. På intranettet under Pasientreiser.no er det etablert en egen opplæringsportal med relevant informasjon og mulighet for gjennomføring av e-læringskurs

og påmelding til ordinære kurs og fagsamlinger. Som en del av tilbudet er det etablert en sertifiseringsordning der e-læringstilbudet dekker viktige kompetanseområder. Pasientreiser ANS gjennomfører også opplæring ved de enkelte kontorene og/eller i regionale settinger.

I intervjuene ble det gitt uttrykk for at pasientreisekontorene er godt fornøyd med det samlede kurs- og opplæringstilbudet fra Pasientreiser ANS, og ansatte ved alle kontorene benytter e-læringsmodulene.

Revisjonen viste for øvrig at det er varierende hvordan opplæring i bruk av NISSY ivaretas i det enkelte pasientreisekontor. Superbrukere ved pasientreisekontorene har tilbud om opplæring hos leverandørene av systemet (Locus), og det forutsettes at superbrukerne gjennomfører opplæring av øvrige brukere i eget kontor. Pasientreiser ANS som er systemeier ønsker å standardisere opplæringen på området, og særlig rette fokus mot felles nasjonale arbeidsprosesser og lik praksis for reiser med rekvisisjon. Fra 2013 skal systemeier derfor selv ivareta oppgaven med å gi opplæring til superbrukere i NISSY, som et tiltak for å sikre økt standardisering og lik praksis på området, jf styresak 06-2013. Systemeier har i dag etablert et standardisert opplegg for opplæring i reiser uten bruk av rekvisisjon, herunder bruken av PRO.

Rapportering og oppfølging av avvik

Alle foretakene har systemer for rapportering av avvik og uønskede hendelser som også de ansatte i pasientreisekontorene skal benytte. Internrevisjonen har ikke gått inn på avviksregistrering av rene interne forhold, slik som HMS, økonomistyring, personaloppfølging med videre, men har vurdert avviksregistrering knyttet til kjernevirksomheten for pasientreiseområdet.

Gjennomgangen viste til dels store ulikheter mellom pasientreisekontorene med hensyn til hva som rapporteres, hvilke rapporteringsrutiner som er etablert og hvilke systemer som benyttes utover det ordinære avvikssystemet i foretaket. Eksempelvis har flere kontor utviklet egne Excel-baserte verktøy, e-post eller skjema til formålet. Rapporteringen kan skje gjennom flere typer kanaler og til ulike nivåer. Behandling av avvik skjer i noen grad uten dokumentasjon, slik at man i ettertid mangler oversikt over hvilke typer avvik som har vært rapportert. Enkeltavvik og uønskede hendelser gjennomgås og drøftes både i formelle og uformelle sammenhenger i pasientreisekontorene, noe som bidrar til læring og refleksjon. Det er imidlertid i mindre grad etablert faste opplegg for gjennomgang av hovedtrekk/ gjengangere i avvikene som kan danne grunnlag for systematisk læring og forbedring både internt og i samarbeidet med Pasientreiser ANS.

Pasientreiser ANS har etablert rutiner og rapporteringsvei for avvik som er av betydning for informasjonssikkerheten, og for avvik som har medført uautorisert utlevering av personopplysninger hvor konfidensialitet er nødvendig. Det er utarbeidet et eget skjema som pasientreisekontorene skal benytte til dette. Videre er det etablert rutiner

for rapportering av avvik i saksbehandlingen som skal rapporteres til Pasientreiser ANS. Driftsproblemer, nedetid og lignende for PRO og NISSY skal meldes direkte til leverandøren fra pasientreisekontorene.

4.5.2 VURDERINGER

Etter internrevisjonens vurdering bør det utarbeides opplæringsplaner for de ansatte i pasientreisekontorene der hvor dette ikke er gjort, samtidig som det tilrettelegges for at kurs og kompetansehevende tiltak kan prioriteres.

Pasientreisekontorene er i all hovedsak godt fornøyd med det samlede kurs- og opplæringstilbudet som Pasientreiser ANS tilbyr, men ved enkelte av kontorene pekes det på at det kan være en utfordring å få satt av nok tid til opplæring. Internrevisjonens inntrykk er at dette er en problemstilling de berørte kontorene er bevisst på å håndtere.

Internrevisjonen vurderer at det ikke er tilfredsstillende at det er til dels store ulikheter mellom pasientreisekontorene med hensyn til hva som rapporteres av avvik og uønskede hendelser på pasientreiseområdet, hvem det rapporteres til, hvordan avvikene dokumenteres, samt hvilke systemer som benyttes for denne type rapportering. Det er heller ikke tilfredsstillende at det i liten grad er etablert et opplegg for gjennomgang av avvik som grunnlag for systematisk læring både internt i virksomheten, regionalt og nasjonalt.

4.5.3 ANBEFALINGER

Tabell 3 – Anbefalinger: Opplæring, veiledning og avviksrapportering	
Nr	Tiltak
Opplæring, veiledning og avviksrapportering	
4	Det bør utarbeides opplæringsplaner og legges til rette for deltakelse i kompetansehevende tiltak i pasientreisekontor hvor dette ikke er gjort.
5	Det bør vurderes utarbeidet felles retningslinjer for hvilke avvik og uønskede hendelser vedrørende enkeltoppgjør og direkteoppgjør som systematisk bør dokumenteres, følges opp og inngå i den læringsbaserte utviklingen av pasientreiseområdet.

4.6 FORVALTNING OG DRIFT AV SAKSBEHANDLINGSSYSTEMET PRO

PRO er et saksbehandlingssystem for behandling av refusjoner i forbindelse med pasientreiser der pasientene selv har lagt ut for reisen (enkeltoppgjør). Databehandleransvaret, som følger av personopplysningsloven og tilhørende forskrift, og systemeieransvaret for systemet er lagt til Pasientreiser ANS. Systemeierrollen er definert til å ha følgende innhold⁵:

⁵ AD-møtet 2009 og SLA vedlegg 1 - 2010.

-
- Utarbeidelse av strategiske retningslinjer.
 - Administrativ og økonomisk koordinering av anskaffelser, drift og vedlikehold.
 - Prioritere og koordinere ønsker om endringer og integrasjoner fra brukerne.
 - Forhandle frem, inngå og følge opp avtaler med driftsleverandør og leverandører.
 - Planlegging og implementering av ny funksjonalitet.
 - Bindeledd mellom eier, bruker, driftsleverandør og leverandører.
 - Utvikle og tilgjengeliggjøre rapporter basert på ønsker fra brukerne.

Brukere av systemet er først og fremst de som utfører saksbehandling av enkeltreiser, hvor de fleste er saksbehandlere ved pasientreisekontorene som behandler enkeltopp-gjør. Behovene for samhandling mellom systemeier og pasientreisekontorene gjelder først og fremst driftstekniske forhold, opplæring, endringer i og utvikling av systemet samt informasjon om endringer. Samhandlingen er bl.a. organisert i nasjonal og regional FA gruppe. Pasientreiser ANS skal samle inn og koordinere endringsønsker, mens prioriteringer av endringer skjer i samspill med pasientreisekontorene.

Proessen med innspill/drøfting og utførelse av endring og deretter informasjon om endringen, foregår gjennom deltagerne i FA-gruppen (PRO).

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- det sikres nasjonale helhetlige løsninger for effektivisering av drift og opplæring i PRO
- det sikres en god og effektiv prosess med nødvendige endringer i datasystemet i tråd med utvikling og endringer i regelverk eller andre forhold
- det sikres at informasjonskanalen fungerer effektivt slik at saksbehandlerne til en hver tid har korrekt og nødvendig informasjon for saksbehandlingen

4.6.1 REVISJONSFUNN

Det er utarbeidet brukerhåndbok for PRO som beskriver hvordan systemet skal benyttes og i noen grad hvilke kontroller som skal gjennomføres. Revisjonen har vist at det ikke er foretatt en samlet beskrivelse av manuelle rutiner og programmerte kontroller i PRO. Det pågår imidlertid et arbeid i Pasientreiser ANS for å gjennomgå selskapets arbeidsprosesser og tydeliggjøre nøkkelkontroller i disse, herunder utarbeide systemdokumentasjon for systemet.

Det har vært høy fokus på å sikre stabilitet og ytelse for systemet fra systemeiers side. Revisjonen har vist at brukerne av systemet opplever at PRO er blitt mer stabilt og tilgjengelig enn tidligere. Det er utarbeidet en egen prosessbeskrivelse for registrering og håndtering av funksjonelle endringsønsker mellom pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS og videre mot leverandøren av PRO.

Revisjonen viste at ved flere pasientreisekontor var det usikkerhet med hensyn til hva som kan forventes prioritert av ønskede endringer i systemet. Ved utgangen av 2012 har systemeier igangsatt et arbeid med å identifisere de viktigste endringsbehovene. I samarbeid med FA-gruppen for PRO og systemeierforum er innmeldte endringsønsker fra brukerne av systemet gjennomgått, slik at det gjenstår syv prioriterte endringsønsker (av opprinnelig 142), jf styresak 18-2013 for Pasientreiser ANS. Fra pasientreisekontorer er det overfor internrevisjonen framholdt at det er de rimeligste endringene som er blitt prioritert, mens sterkt ønskede endringer med stor nytteverdi for pasientreisekontorene ikke er blitt prioritert.

Helse- og omsorgsdepartementet har startet et arbeid med regelverksforenkling og innføring av digitaliserte løsninger (selvbetjeningsløsning) for enkeltoppgjør, noe som får betydning for hva som kan prioriteres av endringer i funksjonaliteten i dagens system og som på sikt vil medføre betydelige endringer i teknologi, organisering og tilhørende arbeidsprosesser på området.

Det er oppnevnt lokale superbrukere for PRO i pasientreisekontorene. Ved feilsituasjoner og brukerspørsmål skal henvendelser gå via superbrukere direkte til leverandøren av systemet (Acando), eventuelt til Norsk Helsenett utenom normal arbeidstid. På intranettet (Pasientreiser.no) legges det fortløpende ut driftsmeldinger for systemet. Ved pasientreisekontorene ble det gitt uttrykk for at man hovedsakelig er fornøyd med denne ordningen.

Det er etablert rutiner for autorisering av brukere i PRO. Systemadministrator er ansvarlig for tildeling, endring eller sletting av tilgangsrettigheter for brukere i systemet på bestilling fra leder eller superbruker i pasientreisekontoret. Superbruker PRO i det enkelte pasientreisekontor gjennomfører kvartalsvis etterkontroll av alle aktive brukere i PRO, for å sikre at alle har riktig tilgang og at brukere som har sluttet slettes fra systemet.

4.6.2 VURDERINGER

Departementets igangsatte arbeid for å forenkle og digitalisere løsningen for enkeltoppgjør vil på sikt medføre betydelige endringer både for Pasientreiser ANS og helseforetakene/pasientreisekontorene. Dette vil også ha betydning for hva som kan prioriteres utviklet av funksjonalitet i PRO på kort sikt. På denne bakgrunn finner ikke internrevisjonen det hensiktsmessig å gi anbefalinger på dette området nå.

5 PROSESSER KNYTTET TIL REISER MED REKVISISJON (DIREKTEOPPGJØR)

5.1 REISER MED REKVISISJON

Ved reise med rekvisisjon (direkteoppgjør) får pasienten og eventuelt ledsager en rekvisisjon for reisen, og pasienten betaler kun en egenandel. Rekvisisjonen utstedes primært av lege/behandler basert på en medisinsk vurdering. Det lokale pasientreisekontor kan også utstede rekvisisjon ut fra kommunikasjonsmessige forhold. Det utstedes rekvisisjon dersom pasienten har spesielle behov og ikke kan reise med offentlig transport.

Årlig kostnad på direkteoppgjørsområdet er ca 1,8 milliarder, ca 75 % av total kostnad på pasientreiseområdet (ca 2,3 milliarder kroner). Totalt ble det utstedt om lag 3,9 millioner rekvisisjoner i 2012, eller ca 16 250 rekvisisjoner pr virkedag. I gjennomsnitt kostet hver transport om lag kr 370.

Rekvisisjon kan registreres over internett (fra behandler eller pasientreisekontor), sendes med faks (fra fysioterapeut) eller meldes på telefon (behandler). Unntaksvis utstedes papirrekvisisjon som pasienten bringer med på turen, og som transportør rapporterer inn for etterregistrering hos pasientreisekontoret.

Basert på utstedt rekvisisjon planlegger pasientreisekontorene reisen for pasienten, bestiller reisen hos transportør og foretar det økonomiske oppgjør direkte mot transportør eller andre. Dette innebærer at hele saksbehandlingen foregår lokalt på pasientreisekontorene, ofte direkte på telefon med pasienten. Det elektroniske fagsystemet som benyttes heter NISSY.

Egenandelsrapportering til HELFO⁶, systemeieransvar for NISSY, regelverkstolkning og opplæring er oppgaver som utføres av Pasientreiser ANS. Samspillet mellom partene er først og fremst organisert i FA-gruppe NISSY (nasjonalt og eventuelt regionalt) samt gjennom FA-gruppe regelverk og samarbeidsforum (SF).

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- pasienter som har behov skal få utstedt rekvisisjon for reise til godkjent behandling
- det skal være lik praksis for å sikre effektivitet i opplæring og saksbehandling

⁶ HELFO – Helseøkonomiforvaltningen

5.1.1 REVISJONSFUNN

Gjennomgangen viste at det er etablert til dels ulike arbeidsprosesser og ulik praksis i forbindelse med behandling og kontroll av reiser med rekvisisjon i pasientreisekontorene. Utfordringene på området er kjent og er blant annet nærmere omtalt i styresak 18-2013 for Pasientreiser ANS, der behovet for større endringer og utvikling av ny funksjonalitet innenfor reiser med rekvisisjon påpekes.

Det er over tid også gjort mange lokale tilpasninger i NISSY og utviklet lokale verktøy som understøtter oppgaveløsningen i flere av kontorene. Fra foretakene gis det uttrykk for at mangler innen de nasjonale IKT-systemene har gjort det nødvendig å innføre lokale systemer, for å reduseres økonomiske tap, og øke likebehandlingen innenfor eget foretak. Det vises til at om det fører til utfordringer med nasjonal harmonisering så er det en uheldig bieffekt av hva som benevnes som dårlige nasjonale IKT-systemer.

På tilsvarende måte som for enkeltoppgjør viste revisjonen at det i noen grad foreligger beskrivelser av arbeidsprosesser (flytskjema) og da først og fremst som et resultat av arbeidet med prosjektet for kontinuerlig forbedring (LEAN-prosjektet), som er gjennomført i de fleste pasientreisekontorene og hos Pasientreiser ANS. Resultatet av LEAN-arbeidet oppfattes hovedsakelig positivt i de kontorene der dette er gjennomført. Prosjektet har ført til økt fokus på felles praksis, og oppfattes som et viktig tiltak for å forbedre arbeidsprosessene og sikre likebehandling. Gjennomgangen viste videre at det i noen grad er utarbeidet rutinebeskrivelser for de arbeidsoppgavene og kontrollene som skal gjennomføres ved pasientreisekontorene, men at det varierer i hvilken grad disse benyttes. Dersom medarbeidere har spørsmål knyttet til behandlingen av en sak, tas dette gjerne opp med leder eller kollegaer for nærmere avklaring. Videre viste revisjonen at det er ulike systemer og rutiner for lagring og håndtering av prosedyre- og rutinebeskrivelser for området og til dels mangelfull versjonshåndtering av dokumentene.

5.1.2 VURDERINGER

De mange lokale tilpasninger i NISSY og utvikling av lokale verktøy for å understøtte oppgaveløsningen i flere av kontorene, har gjort det krevende både å etablere standardiserte arbeidsprosesser og få til lik praksis på nasjonalt nivå. Konsekvensen av dette kan være manglende likebehandling av pasientene.

Som for enkeltoppgjør viste revisjonen at det i noen grad er utarbeidet arbeidsprosessbeskrivelser og rutinebeskrivelser i det enkelte pasientreisekontor, men at det er behov for en ytterligere standardisering på området. Dagens løsning tillater ulike arbeidsprosesser og ulik praksis ved pasientreisekontorene. Ulike systemer og rutiner for å lagre prosedyre- og rutinebeskrivelser, og mangelfull versjonshåndtering av dokumenter gjør det vanskelig å holde oversikt over hvor dokumenter er lagret og hva som er siste versjon av dokumentene. En større grad av standardisering og harmonisering nasjonalt

bør derfor vurderes på området, uten at dette må komme i konflikt med bruk av helseforetakenes egne kvalitetssystemer.

Revisjonen viste at erfaringene fra innføring av kontinuerlig forbedringsmetodikk i pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS, har vært at dette har ført til forbedringer innen kvalitet, mer effektive arbeidsprosesser og større grad av likebehandling. Tiltaket vurderes derfor som viktig i forhold til økt profesjonalisering og standardisering innen pasientreiseområdet på tvers av regioner og kontor. Tiltaket bør derfor etter internrevisjonens vurdering gjennomføres ved alle pasientreisekontor i landet.

5.1.3 ANBEFALINGER

Tabell 4 – Anbefalinger: Behandling av rekvisisjoner – direkteoppgjør		
Nr	Tiltak	Rettes mot
Behandling av rekvisisjoner – direkteoppgjør		
6	Det bør vurderes om arbeidsprosess- og rutinebeskrivelser samt opplegg for lagring og versjonshåndtering av disse kan standardiseres ytterligere.	RHFene
7	Gjennomføring av forbedringsprosesser basert på LEAN bør vurderes gjennomført i alle pasientreisekontor.	HFe

5.2 FORVALTNING OG DRIFT AV SAKSBEHANDLINGSSYSTEMET NISSY

Databehandleransvaret og systemeieransvaret for saksbehandlingssystemet NISSY er lagt til Pasientreiser ANS. Systemeierrollen er definert til å ha følgende innhold⁷:

- Utarbeidelse av strategiske retningslinjer.
- Administrativt og økonomisk koordinering av anskaffelser, drift og vedlikehold.
- Prioritere og koordinere ønsker om endringer og integrasjoner fra brukerne.
- Forhandle frem, inngå og følge opp avtaler med driftsleverandør og leverandører.
- Planlegging og implementering av ny funksjonalitet.
- Bindeledd mellom eier, bruker, driftsleverandør og leverandører.
- Utvikle og tilgjengeliggjøre rapporter basert på ønsker fra brukerne.

NISSY er datasytemet som bl.a. blir benyttet til å skrive ut rekvisisjon (e-rekvisisjon). Rekvisient kan være henviser, behandler eller pasientreisekontoret. Pasientreiser ANS har ansvar for å tilby opplæring (både system og saksbehandling) til de lokale pasientreisekontor – som igjen har ansvar for opplæring av egne ansatte, og rekvisienter hos spesialist- og primærhelsetjenesten, i bruk og utfylling av rekvisisjoner. Pasientreise-

⁷ AD-møtet 2009 og SLA vedlegg 1 - 2010.

kontorene bruker videre NISSY som saksbehandlingssystem for reiseplanlegging, reisebestilling og til slutt reiseoppgjør med de berørte aktører.

Videreutvikling og økt brukermedvirkning i IKT systemet er en viktig oppgave som involverer begge parter i samhandling om utvikling. Samhandlingen mellom Pasientreiser ANS og pasientreisekontorene skjer i stor grad gjennom FA NISSY og SF, både regionalt og nasjonalt.

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- rekvirentene skal ha mest mulig ensartet datasystem for enkel bruk av e-rekvirering
- dataverktøyet skal være stabilt og driftssikkert
- det skal være god kontroll med tilganger
- systemet skal utvikle seg med de økte krav som stilles fra brukere og pasienter

5.2.1 REVISJONSFUNN

Det er utarbeidet brukerhåndbok for NISSY som beskriver hvordan systemet skal benyttes og i noen grad hvilke kontroller som skal gjennomføres. Som for saksbehandlingssystemet PRO har revisjonen vist at det ikke er utarbeidet en samlet beskrivelse av manuelle rutiner og programmerte kontroller i NISSY. Også her pågår det imidlertid et arbeid i Pasientreiser ANS for å gjennomgå selskapets arbeidsprosesser og tydeliggjøre nøkkelkontroller i disse, herunder utarbeide systemdokumentasjon for systemet.

Innholdet i systemeierrollen fremgår av AD-møtets definisjon fra oktober 2009 og av tjenesteleveranseavtalen vedlegg 1, som beskriver hvilke tjenester som skal leveres og målsettinger som er satt for disse. Styret i Pasientreiser ANS har redefinert innholdet i systemeierrollen, jf styresak 06-2013. Dette innebærer blant annet at Pasientreiser ANS selv skal ivareta oppgaven med opplæring av superbrukere av NISSY, som til nå har vært ivaretatt av leverandøren av systemet. I tillegg skal systemeier ha en rolle for å sikre størst mulig grad av standardiserte løsninger og arbeidsprosesser der dette er hensiktsmessig.

Det har vært høy fokus på å sikre stabilitet og ytelse for systemet fra systemeiers side. Det fremkom av intervjuene at brukerne i pasientreisekontorene opplever systemet som mer stabilt og tilgjengelig enn tidligere, men at det ved endringer i funksjonaliteten i noen grad oppstår følgefeil og ustabilitet. Det er over tid gjort mange lokale tilpasninger i NISSY noe som gjør det krevende å foreta vedlikehold og videreutvikling av systemet. Det er utarbeidet en egen prosessbeskrivelse for registrering og håndtering av funksjonelle endringsønsker mellom pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS og videre mot leverandørene av systemet.

Ved flere av pasientreisekontorene har det vært uttrykt frustrasjon knyttet til at NISSY ikke har funksjonalitet for kontroll av oppgjør fra transportører, og for reiseplanlegging. Etter hva internrevisjonen får opplyst er det for flere år siden utviklet en oppgjørsmul som ikke er blitt implementert, blant annet fordi testene av denne ikke har gitt tilfredsstillende resultater.

Flere pasientreisekontor har pekt på behovet for å utvikle funksjonaliteten for reiseplanlegging i NISSY, den oppleves i dag ikke å være tilpasset brukernes behov. Mangelfull funksjonalitet kan resultere i at det brukes unødvendig tid på manuelle operasjoner, eksempelvis innhenting av opplysninger eksternt. Enkelte av kontorene legger stor vekt på å få til samkjøring av pasienter, og ønsker funksjonalitet som gir informasjon om hvor gode resultater man oppnår på dette området.

Revisjonen viser at det utvikles lokale løsninger for å kompensere for funksjonalitet som ikke ligger i NISSY i dag. Vi viser her også til revisjonsfunn omtalt i kapittel 5.3.1.

Ved pasientreisekontorene ble det gitt uttrykk for uklarhet om NISSY bør eller skal fases ut og erstattes av en ny løsning. Systemeier har ved utgangen av 2012 igangsatt et arbeid med å identifisere de viktigste endringsbehovene i NISSY. I samarbeid med FA-gruppen for NISSY og systemeierforum er innmeldte endringsønsker fra brukerne av systemet gjennomgått og redusert fra 124 til 12 prioriterte endringsønsker, og det skal gjøres en videre prioritering blant disse, jf styresak nr 18-2013 for Pasientreiser ANS. Fra pasientreisekontorer er det overfor internrevisjonen fremholdt at det er de rimelegste endringene som er blitt prioritert, mens sterkt ønskede endringer med stor nytteverdi for pasientreisekontorene ikke er det.

Det er videre utarbeidet forslag til ny strategi for Pasientreiser ANS (2013-2015) som angir målsettinger og tiltak for utvikling av reiser med rekvisisjon, herunder plan for arbeidet med utvikling av en ny systemløsning på området. Det vises til nærmere omtale av strategiplanen i kapittel 7.1, under punktet "Kommunikasjon og samhandling om mål og strategier".

Det er oppnevnt lokale superbrukere for NISSY i pasientreisekontorene. Ved feilsituasjoner og brukerspørsmål skal henvendelser gå via superbrukere direkte til leverandøren av systemet (Locus), og driftsmeldinger legges fortløpende ut på intranettet.

Tilgangskontroller

For NISSY er det ikke etablert et tilfredsstillende opplegg for administrasjon og oppfølging av tilgangsrettigheter. Systemet er satt opp slik at også rekvisiter i helseforetakene, primærhelsetjenesten og hos privatpraktiserende spesialister med videre kan få tilgang til NISSY for å kunne benytte elektronisk rekvisisjon. Spesielt for brukerne i helseforetakene er det anledning til å gi seg selv tilgang, og det er også mulig å opprette brukere på fellesidenter, slik at det er umulig å spore hvem som har benyttet rekvisisjonsretten i ettertid. Det er også mulig å opprette et ubegrenset antall nye brukere på

seg selv. Internrevisjonen har fått opplyst at det på revisjonstidspunktet var ca. 23 000 aktive brukere i systemet, og av disse er ca. 600 rekvirenter på pasientreisekontorene. Brukere deaktiveres dersom passord ikke byttes i løpet av 6 måneder. Revisjonen viste at det fremsto uklart hvem som har ansvaret for oppfølging av brukere i NISSY, og om det gjøres noen jevnlig oppfølging og kontroll av alle registrerte brukeres tilgangsrettigheter.

Mislighetsrisiko

Det er i liten grad foretatt systematisk gjennomgang og vurdering av mislighetsrisiko ved pasientreisekontorene, hverken i forhold til eksterne leverandører eller i forhold til egne ansatte. I intervjuene fremkom det at risikoen for at egne medarbeidere skal begå misligheter vurderes som liten både av ledelsen ved pasientreisekontorene og av Pasientreiser ANS. Det fremkom imidlertid også at det kan være høy mislighetsrisiko knyttet til bruk av eksterne tjenester, og at det er mangelfulle verktøy og ulike manuelle rutiner for å kontrollere oppgjørene som oversendes pasientreisekontorene fra transportnæringen. Gjennomgangen viste også at det er betydelige svakheter i tilgangskontrolløsningen i NISSY, se omtale i forrige avsnitt, noe som gir økt mislighetsrisiko.

Krav til habilitet ved behandling av refusjonssøknader er godt kjent blant ledere og medarbeidere ved pasientreisekontorene. Kontorene praktiserer en muntlig regel om saksbehandlingshabilitet for å sikre at personellet ikke behandler saker som berører dem selv eller noen nærstående. Internrevisjonen er imidlertid ikke kjent med at det foreligger skriftlige retningslinjer på dette området.

5.2.2 VURDERINGER

Gjennomgangen viste at det er mange ønsker om funksjonelle endringer i NISSY. Samtidig er det tidligere gjort mange lokale tilpasninger i systemet, noe som gjør det krevende å foreta vedlikehold og videreutvikling av systemet med påfølgende risiko for ustabilitet og manglende tilgjengelighet til systemet og tilhørende data. Mange lokale tilpasninger gir også utfordringer i forhold til standardisering av arbeidsprosesser og opplæring av brukerne.

I forslag til ny strategi for Pasientreiser ANS (2013-2015) angis mål og plan for arbeidet med utvikling av fremtidig systemløsning for reiser med rekvisisjon. Det vises til kapittel 7.1.

Den etablerte tilgangskontrolløsningen for NISSY gir etter internrevisjonens vurdering for høy risiko for uriktig rekvisisjonspraksis og misligheter. Det bør derfor foretas en gjennomgang av både funksjonalitet for og praktisering av tilgangsstyringen, og allerede tildelte tilganger bør gjennomgås. Mer omfattende systemendringer bør inkluderes i vurderingene som skal gjøres av en fremtidsrettet systemløsning for direkteoppgjørsområdet.

Ansvar for å etablere rutiner for tilgangsautorisasjon og -styring og kontrollere at de er på plass, ligger formelt til databehandlingsansvarlig (Pasientreiser ANS), mens HF-ene skal forestå administrasjon og løpende oppfølging. Dette bør tydeliggjøres og det bør foretas jevnlig oppfølging av tildelte tilganger.

Det er i liten grad foretatt systematiske gjennomganger og vurderinger av mislighetsrisiko ved pasientreisekontorene, hverken i forhold til eksterne leverandører (transportører) eller egne ansatte. Flere pasientreisekontor peker på at risikoen for at avtalemotparter kan begå misligheter må vurderes som betydelig, og at sannsynligheten for å avdekke slike misligheter i mange tilfeller er liten. Pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS er kjent med at slike misligheter har forekommet, og kan ha foregått i en utstrekning som innebærer urettmessig utbetaling av betydelige beløp.

5.2.3 ANBEFALINGER

Tabell 5 – Anbefaling: Forvaltning og drift av saksbehandlingssystemet NISSY		
Nr	Tiltak	Rettes mot
Forvaltning og drift av saksbehandlingssystemet NISSY		
8	Rutiner og manuelle kontroller for tildeling, endring og avslutning av tilganger i NISSY bør forbedres. Tildelte tilganger på området må gjennomgås.	Pas ANS HFene
9	Det bør foretas en systematisk gjennomgang og vurdering av mislighetsrisiko som omfatter risiko både i forhold til eksterne leverandører (transportører) og egne ansatte.	RHFene HFene

5.3 KONTROLL – DIREKTEOPPGJØR

Krav fra, og utbetalinger til, de forskjellige aktørene som leverer tjenester til pasientreisekontorene (taxi, rutegående transport, hoteller, flyselskap osv.), må være gjenstand for kontroll. De fleste av disse aktørene er det inngått avtaler med, og kontrollhandlingene vil være knyttet mot betingelsene i avtalene – for eksempel antall kilometer som faktureres for en kjørt strekning. Det kan være manuelle kontroller, men også automatiske elektroniske kontroller i datasystemet, eller en kombinasjon. Skal disse kontrollene være effektive og hensiktsmessige er en samhandling om felles verktøy og tiltak nødvendig.

På dette området er Pasientreiser ANS sitt ansvar begrenset til oppgavene omkring NISSY, ikke som ledd i selve saksbehandlingssprosessen.

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- kontrollhandlingene skal være hensiktsmessige og tilstrekkelige i saksbehandlingen
- tilstrekkelig og hensiktsmessig kontroll med vedtak og utbetalinger til transportører og operatører

5.3.1 REVISJONSFUNN

Gjennomgangen viste store forskjeller mellom pasientreisekontorene med hensyn til omfanget av kontroller som gjennomføres, og hvilke type kontroller som gjøres av oppgjørskravene som mottas fra leverandørene (direkteoppgjør). Enkelte pasientreisekontor har, bl.a. fordi det ikke er oppgjørsmul i NISSY, etablert egne manuelle rutiner for kontroll av oppgjørene. Enkelte kontor bestiller månedlige rådatautskrifter fra programleverandøren og behandler dataene ved hjelp av egenutviklede Excel-regneark. I disse kontrollene er det avdekket til dels betydelige feil i flere av oppgjørene fra transportørene. Eksempelvis ble det på revisjonstidspunktet vist til stikkprøvekontroller som var gjennomført ved pasientreisekontorene i Oslo og Stavanger, der det var avdekket feil på henholdsvis 7 og 1 millioner kroner i mottatte oppgjør. Disse stikkprøvene har resultert i store økonomiske besparelser og det er grunn til å tro at besparelsene på landsbasis, ved fullskaladrift av en forbedret oppgjørskontroll, vil være betydelige. Det ble opplyst at som en del av prosjektet Kontinuerlig forbedring utvikles nå disse lokale oppgjørskontrollene som et «beste praksis»-tiltak, som etter hvert skal kunne tilbys samtlige pasientreisekontor.

5.3.2 VURDERINGER

Gjennomgangen viste at det er høy risiko knyttet til kontroll av oppgjør fra transportører (direkte-oppgjør). Det er avdekket betydelige feil i flere av oppgjørene som er kontrollert ved noen av pasientreisekontorene. Det er samtidig store forskjeller mellom pasientreisekontorene med hensyn til hvilke kontroller som gjennomføres, og hvilke verktøy som benyttes i kontrollsammenheng. Med det verktøyet som hittil har vært tilgjengelig for oppgjørskontroll har ikke alle helseforetakene hatt en reell mulighet til systematisk å gjennomføre kontroll av oppgjørene, med den konsekvens at eventuelle feil og misligheter neppe blir oppdaget. Helseforetakene kan følgelig over lengre tid ha blitt påført store økonomiske tap. Innføring av et standardisert opplegg og felles verktøy for kontroll av oppgjørene anses derfor som et viktig tiltak for å redusere risikoen på området og bør av den grunn gis høy prioritet.

5.3.3 ANBEFALINGER

Tabell 6 – Anbefaling: Kontroll – Direkteoppgjør		
Nr	Tiltak	Rettes mot
Kontroll – Direkteoppgjør		
10	Arbeidet med etablering av et standardisert opplegg og felles verktøy for kontroll av direkteoppgjør bør prioriteres.	RHFene Pas ANS

6 STATISTIKK- OG STYRINGSDATA OG OPPFØLGING AV RAPPORTER I STYRINGSLINJEN

6.1 REVISJONSFUNN

I 2011 ble det opprettet et eget analysenettverk bestående av representanter fra åtte ulike pasientreisekontor. Dette nettverket skal sikre nasjonalt samarbeid rundt analyser, rapporter og definisjoner og understøtte lik tilnærming til styringsinformasjon. Revisjonen har fått opplyst at det tidligere har vært lite aktivitet i nettverket, men at dette nå har tatt seg opp.

Revisjonen viste at det er utviklet en rekke rapporter i både PRO og NISSY som er tilgjengelig for pasientreisekontorene. Tilgjengeligheten til rapportene i PRO oppleves som god, men gjennomgang av statistikker for uttak av rapporter viser at svært få av rapportene er jevnlig i bruk.

Ved enkelte pasientreisekontor fremheves at NISSY har begrensede muligheter for uttak av statistikk- og styringsdata som gir grunnlag for å planlegge fremtidige behov på pasientreiseområdet. Dette har ført til at enkelte pasientreisekontor har tatt initiativ til et prosjekt hvor data hentes ut direkte fra dataleverandøren og over i egne regneark. Her skal man teste sammensetning av nye rapporter som blant annet kan bidra til bedre kontroll med oppgjør mot transportører, og bedre muligheten for uttak av statistikk- og styringsdata. Internrevisjonen har fått opplyst at dette uttrekket kan inneholde persondata og at prosjektet er planlagt videreført i regi av Pasientreiser ANS på et senere tidspunkt. Dessuten får vi opplyst at flere helseforetak får data overført til sitt hjelpesystem for avviksbehandling (Bliksund) direkte fra leverandøren av NISSY, Locus.

Revisjonen viste også at Pasientreiser ANS har arbeidet med å utvikle en ny rapport-generator som skal kunne trekke ut data fra både PRO og NISSY, og gjøre rapporter og styringsdata mer tilgjengelig for ulike aktører på pasientreiseområdet.

Når det gjelder styringsinformasjon for enkeltoppgjør på overordnet nivå, publiserer Pasientreiser ANS ukentlig rapporter på intranettet til pasientreiseområdet. Rapportene viser blant annet saksbehandlingstider, antall saker og antall vedtak fattet på de enkelte pasientreisekontorene. Pasientreiser ANS opplyser også at de har utviklet et prognoseverktøy for kapasitets- og ressursstyring som bidrag til å sikre likest mulig saksbehandlingstid innenfor uttalt målsetting. Det er videre utviklet et opplegg med målekort med flere periodiske styringsdata til bruk ved pasientreisekontorene. Internrevisjonen har fått opplyst at det gjenstår å iverksette dette opplegget.

Tross dette fremkommer det utsagn fra helseforetak om at behovet for rapporter og data er større enn hva som er tilgjengelig i dag.

Revisjonen viste at det foretas en oppfølging av utvalgte styringsparametere på pasientreiseområdet som ledd i den faste lederrapporteringen i helseforetakene, der fokus imidlertid hovedsakelig er på budsjett, økonomi og sykefravær. Internrevisjonens generelle inntrykk er at ledelsen ved helseforetakene i liten grad har vært involvert i prosesser for definisjon av hvilke statistikk- og styringsdata som bør være tilgjengelig på pasientreiseområdet, som grunnlag for styring, oppfølging og kontroll.

6.2 VURDERINGER

Gjennomgangen viste at dagens saksbehandlingssystemer har begrensede muligheter for uttak av statistikk- og styringsdata, men at det er arbeidet med forbedringstiltak. Etter internrevisjonens vurdering er det positivt at det arbeides med å utvikle en ny rapportgenerator med data fra både PRO og NISSY. Dette, sammen med et aktivt analysenettverk, vil gjøre rapporter og styringsdata mer tilgjengelig for de ulike aktørene på pasientreiseområdet. Dette anses som viktige tiltak for å bedre muligheten for planlegging, styring og kontroll på området.

Gjennom revisjonen er det også kommet frem at avtaler det enkelte foretak har gjort med leverandører om uttrekk av data, kanskje ikke er lovlig inngått. Etter hva internrevisjonen kan se vil det kreve godkjenning fra databehandlingsansvarlig, som er Pasientreiser ANS. I henhold til personopplysningslovens § 15 (jf. helseregisterlovens § 18) må helseforetakenes anledning til å bearbeide disse personopplysningene være skriftlig avtalt i databehandleravtalene, for å være tillatt.

6.3 ANBEFALINGER

Tabell 7 – Anbefaling: Statistikk- og styringsdata og oppfølging av rapporter i styringslinjen		
Nr	Tiltak	Rettes mot
Statistikk- og styringsdata og oppfølging av rapporter i styringslinjen		
11	Behovene for data for styrings- og oppfølgingsformål i pasientreisekontorene bør avklares, og styringsrapporter som foretakene har behov for, bør utarbeides.	HFene PasANS
12	Det bør avklares om tiltak som er iverksatt lokalt for å hente ut data direkte fra dataleverandøren og over i andre verktøy er i samsvar med de krav som følger av helseregisterloven og personopplysningsloven med tilhørende forskrift.	HFene PasANS

7 SAMHANDLING MELLOM HELSEFORETAK MED PASIENTREISEKONTOR, PASIENTREISER ANS OG DE REGIONALE HELSEFORETAKENE

De fire regionale helseforetakene har et "sørge for"-ansvar for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sine regioner, inklusive pasientreisevirksomheten. De eier regionens underliggende helseforetak med tilhørende pasientreisekontor, og sammen eier de fire RHFene Pasientreiser ANS. Eierstyringen fra det enkelte RHF til de underliggende helseforetakene skjer formelt gjennom foretaksmøter (jf. helseforetakslovens § 16 første ledd) og det årlige oppdragsdokumentet. RHFene har således en bestillerrolle både overfor helseforetakene og Pasientreiser ANS der styringen skjer gjennom to linjer – eierstyringslinjer (blå linje) og samhandlingsnettverk (grønn prikket linje). Linjene er illustrert i figur 1 i kapittel 3.2.

Samhandlingen mellom RHF/helseforetak og Pasientreiser ANS skal foregå på laveste effektive nivå, jf tjenesteleveranseavtalens pkt. 6 – Samhandling og kommunikasjon.

7.1 REVISJONSFUNN

Styrende dokumenter

De viktigste styrende dokumenter som regulerer de tverrgående prosessene mellom de 18 pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS er selskapsavtalen og tjenesteleveranseavtalen (SLA). På ett punkt har disse dokumentene ulik ordlyd som har gitt ulike føringer for selskapets oppgave med hensyn til harmonisering av regelverk og praksis. Tjenesteleveranseavtalen (SLA) formulerer et tydeligere ansvar for Pasientreiser ANS enn hva selskapsavtalen gjør, ved at SLA-avtalens ordlyd er at selskapet skal "... sikre lik nasjonal praksis..." mens selskapsavtalens ordlyd er at selskapet skal "...bidra til harmonisering av regelverk og praksis." Behovet for harmonisering av de styrende dokumenter ble påpekt av internrevisjonen i Pasientreiser ANS i en rapport i 2011.

Det er fra 2013 gjort gjeldende en revidert formulering i SLA-avtalens vedlegg 1 som innebærer at man går bort fra begrepet "sikre". Ny formulering er: "Være RHF'enes faglige kompetansesenter for regelverksfortolkning og bidra til god kvalitet og likebehandling i forvaltningen av pasientens rettigheter".

Revisjonen viser imidlertid også at gammel begrepsbruk er i systematisk bruk i ny strategiplan 2013 for Pasientreiser ANS.

Roller og ansvar

Rolle-, ansvars- og oppgavefordelingen internt i pasientreisekontorene oppfattes av de ansatte i hovedsak som tydelig, mens rolle- og ansvarsfordelingen i forhold til Pasientreiser ANS og eget RHF oppleves å være mer uklar. Det oppleves i noen grad utydelighet om hvor beslutninger skal fattes, og det er langt på vei et ønske at RHFene skal ha en mer aktiv rolle knyttet til beslutninger om praksis i den enkelte region. Også fra Pasientreiser ANS' side ble det gitt uttrykk for en forventning om at RHFene skal ha en mer aktiv rolle ved beslutninger om praktisering av regelverket i regionen, enn hva de erfarer i dag.

Styrings- og kommunikasjonslinjene

I flere sammenhenger ga både pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS uttrykk for at de opplever utfordringer knyttet til hvordan styrings- og kommunikasjonslinjene mellom partene fungerer. Selve styringsmodellen oppleves krevende.

Styringsmodellen forutsetter god samhandling og kommunikasjon mellom partene, og det er etablert flere rådgivende samhandlingsfora og prosesser for å bidra til å sikre lik forståelse og praktisering av regelverket. Gjennomgangen viste at det ikke alltid er enighet om hvordan regelverket skal praktiseres, og i slike tilfeller har ikke Pasientreiser ANS noen myndighet til å instruere pasientreisekontorene for å sikre lik praksis. Slike saker har i noen tilfeller blitt behandlet i styret i Pasientreiser ANS, men internrevisjonen kan ikke se at det på tilsvarende måte har blitt tatt opp i eierstyringslinjen fra de regionale helseforetakene og ned til helseforetakene/pasientreisekontorene.

Gjennomgangen viste videre at pasientreiseområdet i liten grad har vært gjenstand for omtale i oppdragsdokumentene fra RHFene til de enkelte helseforetakene.

I intervjuene fremkom det at det er varierende oppfatning i pasientreisekontorene om hvor godt de etablerte samhandlingsarenaer mellom pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS fungerer. Samtidig ble det både fra ansatte i pasientreisekontorene, de regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS fremhevet at samhandlingen oppleves å være i en positiv utvikling i retning av stadig mer omforent praksis og felles målforståelse. Det påpekes at det er mange rådgivende fora og at det er behov for en tydeliggjøring av hvilke saker som skal behandles i de ulike fora, og hvordan saker som vedrører alle pasientreisekontorene og som krever en formell beslutning skal behandles.

I intervjuer har enkelte gitt uttrykk for at samhandlingen i de nasjonale FA-gruppene fungerer tilfredsstillende. Samtidig har enkelte gitt uttrykk for at det blir for liten tid til forberedelser og samhandling internt i pasientreisekontoret eller i regionen i forkant av disse møtene, og at det kan være vanskelig å koordinere dette med arbeidet som skjer i regi av Pasientreiser ANS. Det pekes videre på at det kan være en utfordring å enes om en felles oppfatning i saker som behandles i FA-regelverk, og som kan medføre endringer i praksis og gi økonomiske konsekvenser for foretakene. Det er en forutsetning at medlemmene i FA-gruppene sikrer lokal forankring av saker som behandles i grup-

pene, også til de pasientreisekontorene som ikke deltar i de aktuelle gruppene. Gjennomgangen viste at det varierer hvor godt forankringen skjer i regionene, noe som også har sammenheng med at regionene har etablert ulike møte- og samhandlingsarenaer for behandling av saker på pasientreiseområdet.

Det sendes ut agenda i forkant av møter i FA-gruppene, og referater sendes deltagerne i etterkant. Både agenda og referater legges også ut på intranettet. Det fremkom likevel i intervjuene at det i pasientreisekontorene er varierende kjennskap til hvilke saker som behandles i FA-gruppene. Enkelte av lederne for pasientreisekontorene viste også til at de i for liten grad opplevde å bli involvert i saksforberedelsen før møter i FA-gruppene.

Kommunikasjon og samhandling om mål og strategier

Pasientreiser ANS har utarbeidet en strategiplan 2011 - 2013, som fastslår hvilke mål selskapet skal jobbe mot for å fylle sin leveranserolle. Målene er forankret i følgende overordnede føringer: et tydelig brukerperspektiv, sikring av likebehandling og en målbar kostnadseffektivisering. Samtlige mål berører virksomheten i pasientreisekontorene gjennom ulike tverrgående prosesser.

Helseforetakene har utarbeidet virksomhetsplaner for sine overordnede mål, som også pasientreisekontoret omfattes av og forholder seg til, men gjennomgangen viste at det i liten grad er utarbeidet lokale strategi- og virksomhetsplaner spesifikt for pasientreiseområdet. Enkelte pasientreisekontor har imidlertid utarbeidet en egen virksomhetsplan for 2013. Kontorene har fokus på egne konkrete driftsmål, som eksempelvis maksimal akseptert svartid på telefonhenvendelser, maksimal akseptert saksbehandlingstid, samkjøringsgrad mv. Ved pasientreisekontorene er det generelt lite kjennskap til styrende dokumenter og planverk for Pasientreiser ANS, eksempelvis oppdragsdokument, strategiplan og styresaker. Det fremkom at HFene/pasientreisekontorene i liten grad ser hen til Pasientreiser ANS sine mål og strategier ved utforming av egne planer og mål.

Strategiplan for Pasientreiser ANS (2011-2013) hadde fokus på å sikre stabile og vel fungerende IKT-systemer, men ga ikke føringer for hvordan systemene for henholdsvis enkeltoppgjør (PRO) og direkteoppgjør (NISSY) skal videreutvikles over tid, eventuelt om nye systemer skal erstatte de eksisterende. I mangel av slike føringer har enkelte pasientreisekontor på eget initiativ utviklet eller tatt i bruk alternative dataverktøy, eksempelvis en webløsning fra leverandøren Bliksund AS for å understøtte oppgaveløsningen i kontorene (aktivitetsregistrering, beslutningsstøtte, kvalitetssystem mv). Det fremgikk ikke av strategiplanen for Pasientreiser ANS 2011 - 2013 hvordan slike systemer skal inngå i den samlede IKT-porteføljen som pasientreisekontorene benytter. Det fremgikk heller ikke hvor systemeieransvaret og databehandleransvaret for slike lokale systemer eventuelt skal ligge.

I forslag til ny strategiplan for Pasientreiser ANS (2013-2015) er det blant annet beskrevet mål og tiltak for utvikling av områdene reiser med og uten rekvisisjon, herunder plan for arbeidet med utvikling av fremtidsrettede systemløsninger. Det fremgår ikke av forslaget om lokalt utviklede eller kjøpte systemer som understøtter oppgaveløsningen i pasientreisekontorene, skal inngå som en del av den samlede IKT-porteføljen på pasientreiseområdet. Strategiplanen skal legges frem for styret i Pasientreiser ANS for behandling på styremøte i juni 2013.

Flere av lederne i pasientreisekontorene ga i intervjuene uttrykk for at de tidligere ikke i tilstrekkelig grad har vært planmessig og løpende involvert i strategiprosessen, annet enn gjennom deltagelse på den årlige felles strategikonferansen der de strategiske føringene fra Pasientreiser ANS legges frem og diskuteres. Flere av pasientreisekontorene – spesielt lederne – ga også på generelt grunnlag uttrykk for at de i større grad enn tidligere ønsker å bli involvert i prosessen rundt utforming av en felles strategi for pasientreiseområdet. Internrevisjonen er kjent med at Pasientreiser ANS, som en del av arbeidet med rullering av strategiplanen, har involvert RHF-nivået gjennom en løpende dialog med Samarbeidsforum, mens HF-nivået er involvert gjennom en dialog med FA-gruppene og møter med lederne for kontorene.

Risikovurderinger

Enkeltstående risikovurderinger er gjennomført ved enkelte pasientreisekontor og ved Pasientreiser ANS, men det er ikke etablert et systematisk opplegg for gjennomgang av risiko på pasientreiseområdet totalt sett. Dette gjelder både på et overordnet nivå, for interne prosesser i det enkelte pasientreisekontor og for tverrgående prosesser mellom helseforetak med pasientreisekontor og Pasientreiser ANS.

Kommunikasjonskilder

Det er etablert en rekke nasjonale og lokale informasjonskilder med relevant informasjon for pasientreiseområdet som er tilgjengelig for de ansatte ved pasientreisekontorene. Eksempler på dette er jevnlig nyhetsbrev fra Pasientreiser ANS, informasjon på intranettet til Pasientreiser ANS, nasjonal veileder, eget intranett, foretakets kvalitetsystem, eget fellesområde i pasientreisekontoret, Bliksund, lokalt "leksikon" og informasjon fra etablerte fora med videre. Gjennomgangen viste at de ansatte i pasientreisekontorene opplever at det er tilgang til mye relevant informasjon, men at det i en hektisk hverdag kan være krevende å forholde seg til så mange ulike informasjonskilder og så omfattende informasjon. Mange velger derfor å forholde seg til sine lokale informasjonskilder, herunder ressurspersoner i kontorene med lang erfaring fra pasientreiseområdet.

7.2 VURDERINGER

Inntil desember 2012 var beskrivelsen av Pasientreiser ANS sitt ansvar for å bidra til likebehandling ulikt formulert i selskapsavtalen og tjenesteleveranseavtalen. Nå er dette rettet opp, ved at ordlyden i tjenesteleveranseavtalen er tilpasset selskapsavtalen. Det er viktig at formuleringene her er harmonisert, slik at det ikke fremstår uklart hvilken myndighet/oppgave eierne har gitt Pasientreiser ANS på dette området. I lys av dette er det derfor uheldig at begrepet «sikre likebehandling» fortsatt brukes av Pasientreiser ANS i en del andre sammenhenger, f.eks. i strategidokumenter (sak 05-2013 Styringsindikatorer 2013, sak 25-2013 Revidert strategiplan 2013-2015).

Etter internrevisjonens vurdering er det også uheldig at flere opplever roller og ansvar for involverte aktører på pasientreiseområdet som uklare. Ansvar og oppgaver bør derfor tydeliggjøres slik at gjensidige forventninger kan avklares bedre. Dette vil etter internrevisjonens syn bidra til mer effektiv styring gjennom eierstyringslinjene, samtidsig som det kan oppnås enda sterkere samhandling i de rådgivende foraene.

Selv om prosesser gjennom FA-gruppen Regelverk er et viktig tiltak for å forankre og skape forståelse for endringer i praksis som må komme som følge av regelverksfortolkningene, er dette etter internrevisjonens vurdering ikke tilstrekkelige for å oppnå endringer. Det er i tillegg behov for at regelverksfortolkninger som må føre til endringer i saksbehandlingspraksis, aktivt følges opp i eierstyringslinjen mellom de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak med pasientreisekontor. Denne klarheten i styringsdialogen er særlig viktig dersom lokal regelverkspraktisering er i motstrid med gjeldende regelverksfortolkning eller anbefalt regelverkspraktisering. De regionale helseforetakene bør også vurdere behovet for klarere retningslinjer for skjønnsutøvelse i tilfeller hvor beslutningen skal bygge på skjønnsanvendelse.

Pasientreiser ANS har i stor grad utviklet målsettinger både for ordinær drift og for utviklingsoppgaver innenfor sitt ansvarsområde (f.eks. innarbeidet i strategiplan og årlige styringsindikatorer), og disse er også operasjonalisert innenfor selskapets ulike innsatsområder. I helseforetakene foreligger tilsvarende planer bare i varierende grad. Når Pasientreiser ANS gjennom dialog med helseforetakene og RHFene i de ulike samarbeidsforaene søker å oppnå at selskapets målsettinger forankres også hos disse, blir derfor Pasientreiser ANS en dominerende premissgiver i disse prosessene. Etter internrevisjonens syn er det viktig at de regionale helseforetakene som eiere av Pasientreiser ANS er tydeligere på sitt ansvar for å fastlegge premissene for utviklingen av området.

Internrevisjonen mener det er behov for å tydeliggjøre om lokalt anskaffede eller utviklede IKT-systemer (eksempelvis Bliksund), som understøtter oppgaveløsingen i pasientreisekontorene, skal inngå som en del av den samlede IKT-porteføljen på området. Etter internrevisjonens vurdering er det viktig at systemeieransvaret og eventuelt databehandleransvaret for slike systemer, blir avklart.

Internrevisjonen mener videre at det bør etableres et systematisk opplegg for gjennomgang og oppfølging av risiko innenfor pasientreiseområdet, slik at tiltak kan iverksettes med utgangspunkt i et omforent risikobilde.

7.3 ANBEFALINGER

Tabell 8 – Anbefaling: Samhandling mellom helseforetak med pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene		
Nr	Tiltak	Rettes mot
Samhandling mellom helseforetak med pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene		
13	Eierne bør understreke at sikring av riktig regelverkspraktisering tilligger helseforetakene, og at Pasientreiser ANS skal bidra til økt harmonisering. Den presiserte SLA-formulering bør reflekteres i styrende dokumenter for øvrig innen pasientreiseområdet.	RHFene
14	Den etablerte styringsmodellen på pasientreiseområdet bør tydeliggjøres innholdsmessig slik at det oppnås en felles forståelse av hvordan modellen er ment å skulle fungere, herunder hvilke saker som skal behandles i rådgivende samhandlingsfora og hvem som tar beslutninger på bakgrunn av de råd som kommer fra foraene.	RHFene
15	Saker der det er uenighet om hvordan regelverket skal praktiseres, bør dokumenteres og avklares i eierstyringslinjen fra de regionale helseforetakene til helseforetakene.	RHFene
16	Det bør fastsettes tydeligere mål- og resultatkrav innenfor pasientreiseområdet til helseforetak som har pasientreisekontor.	RHFene HFene
17	Det bør avklares om lokalt anskaffede IKT-systemer(eksempelvis Bliksund), som understøtter oppgaveløsingen i pasientreisekontorene, skal inngå som en del av den samlede IKT-porteføljen på området.	RHFene Pas ANS Hfene
18	Systemeieransvaret og eventuelt databehandleransvaret for nye systemer som er tatt i bruk eller planlegges tatt i bruk i flere pasientreisekontor bør avklares.	RHFene Pas ANS
19	Det bør etableres et systematisk opplegg for gjennomgang og oppfølging av risiko på pasientreiseområdet, slik at tiltak kan iverksettes med utgangspunkt i et omforent risikobilde.	RHFene Pas ANS HFene

8 KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER

8.1 KONKLUSJONER

Revisjonen av intern styring og kontroll i sentrale, tverrgående arbeidsprosesser mellom helseforetak med pasientreisekontor og Pasientreiser ANS, har omfattet fire områder og prosesser: Reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør), reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør), rapportering og oppfølging av statistikk- og styringsdata, og samhandling mellom de involverte aktører.

Internrevisjonen konstaterer at det er lagt ned et stort og viktig arbeid på pasientreiseområdet siden ansvarsområdet ble overført fra NAV og innlemmet som en del av de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar. Det er etablert god intern styring og kontroll innenfor flere vesentlige deler av alle fire prosesser, men internrevisjonen konkluderer med at den interne styring og kontroll på to områder ikke er tilfredsstillende, og at det også på andre områder er rom for betydelige forbedringer.

Områder der det ikke er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll:

Tilganger i saksbehandlingssystemet NISSY: Den etablerte tilgangskontrolløsningen for NISSY og opplegg for administrasjon og oppfølging av gitte tilganger er ikke tilfredsstillende. Dagens løsning gir en for høy risiko for uriktig rekvisisjonspraksis og for misligheter.

Kontroll av direkteoppgjør: Ved pasientreisekontorene er det mangelfulle opplegg og verktøy for kontroll med leverandøroppgjør, noe som medfører betydelig risiko for uoppdagede feil i oppgjørene. Ved flere pasientreisekontor er det ikke gjennomført systematisk gjennomgang og vurdering verken av risiko for misligheter begått av eksterne eller risiko for misligheter begått av ansatte.

Øvrige områder der det bør settes i verk forbedringer av intern styring og kontroll:

Saksbehandlingstid for enkeltoppgjør: Mange helseforetak/pasientreisekontor har ikke entydige mål for saksbehandlingstid å forholde seg til, og i alle regioner er det pasientreisekontor som i perioder ikke har lyktes med å holde saksbehandlingstiden på et ønsket nivå.

Saksbehandlingspraksis innenfor enkeltoppgjør og direkteoppgjør: Funn tyder på at det ved flere pasientreisekontor praktiseres en saksbehandling som kan være i strid med gjeldende regelverk og/eller gitte anbefalinger.

Reiseplanlegging: Funksjonalitet for reiseplanlegging i NISSY tilfredsstillende ikke behovene ved pasientreisekontorene.

Styring og oppfølging på pasientreiseområdet: Det er i svært liten grad fastsatt konkrete mål til helseforetakene for pasientreiseområdet.

8.2 ANBEFALINGER

Internrevisjonen har foran i rapporten anbefalt at det settes i verk til sammen 19 tiltak. Disse er i stor grad knyttet opp til de utfordringer innen intern styring og kontroll som er oppsummert i kap. 8.1.

Anbefalingene, som er gjengitt nedenfor, går dels på arbeidsprosesser innad og mellom aktørene, og dels på selve styringsmodellen. De fleste anbefalingene bør etter internrevisjonens oppfatning vurderes og vedtas av de regionale helseforetakene (RHFene). Noen av anbefalingene retter seg primært mot virksomheten i Pasientreiser ANS, andre mot helseforetakene. De aller fleste vil kreve samarbeid mellom alle aktører.

Oversikt over alle anbefalinger

Tabell 9 – Oversikt over alle anbefalinger		
Nr	Tiltak	Rettes mot
Enkeltoppgjør – Klargjøring av sak og saksbehandling		
1	Det bør vurderes fastsatt et entydig mål for saksbehandlingstid i enkeltoppgjør og etableres tiltak for å sikre at saksbehandlingstiden overholdes.	RHFene HFene
2	Det bør vurderes om arbeidsprosess- og rutinebeskrivelser, og opplegg for lagring og versjonshåndtering av disse, kan standardiseres ytterligere.	RHFene
Kontroll – enkeltoppgjør		
3	Det bør gjøres en samlet risikovurdering av prosessen for å beslutte hvilke kontrolltiltak som er effektive og hensiktsmessige hos hver av partene for å sikre at saker blir korrekt behandlet og utbetalt.	RHFene Pas ANS HFene
Opplæring, veiledning og avviksrapportering		
4	Det bør utarbeides opplæringsplaner og legges til rette deltakelse for kompetansehevende tiltak i pasientreisekontor hvor dette ikke er gjort.	HFene
5	Det bør vurderes utarbeidet felles retningslinjer for hvilke avvik og uønskede hendelser vedrørende enkeltoppgjør og direkteoppgjør som systematisk bør dokumenteres, følges opp og inngå i den læringsbaserte utviklingen av pasientreiseområdet.	RHFene
Behandling av rekvisisjoner – direkteoppgjør		
6	Det bør vurderes om arbeidsprosess- og rutinebeskrivelser samt opplegg for lagring og versjonshåndtering av disse kan standardiseres ytterligere.	RHFene
7	Gjennomføring av forbedringsprosesser basert på LEAN bør vurderes gjennomført i alle pasientreisekontor.	HFene
Forvaltning og drift av saksbehandlingssystemet NISSY		
8	Rutiner og manuelle kontroller for tildeling, endring og avslutning av tilganger i NISSY bør forbedres. Tildelte tilganger på området må gjennomgås.	Pas ANS HFene
9	Det bør foretas en systematisk gjennomgang og vurdering av mislighetsrisiko som omfatter risiko både i forhold til eksterne leverandører (transportører) og egne ansatte.	RHFene HFene
Kontroll – Direkteoppgjør		
10	Arbeidet med etablering av et standardisert opplegg og felles verktøy for kontroll av direkteoppgjør bør prioriteres.	RHFene Pas ANS
Statistikk- og styringsdata og oppfølging av rapporter i styringslinjen		
11	Behovene for data for styrings- og oppfølgingsformål i pasientreisekontorene bør avklares, og styringsrapporter på områder innenfor eventuelle udekkede behov bør utvikles raskt.	HFene PasANS

12	Det bør avklares om tiltak som er iverksatt lokalt for å hente ut data direkte fra dataleverandøren og over i andre verktøy er i samsvar med de krav som følger av personopplysningsloven med tilhørende forskrift.	HFene PasANS
Samhandling mellom helseforetak med pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene		
13	Eierne bør understreke at sikring av riktig regelverkspraktisering tilligger helseforetakene, og at Pasientreiser ANS skal bidra til økt harmonisering. Den presiserte SLA-formulering bør reflekteres i styrende dokumenter for øvrig innen pasientreiseområdet.	RHFene
14	Den etablerte styringsmodellen på pasientreiseområdet bør tydeliggjøres innholdsmessig slik at det oppnås en felles forståelse av hvordan modellen er ment å skulle fungere, herunder hvilke saker som skal behandles i rådgivende samhandlingsfora og hvem som tar beslutninger på bakgrunn av de råd som kommer fra foraene.	RHFene
15	Saker der det er uenighet om hvordan regelverket skal praktiseres, bør dokumenteres og avklares i eierstyringslinjen fra de regionale helseforetakene til helseforetakene.	RHFene
16	Det bør fastsettes tydeligere mål- og resultatkrav innenfor pasientreiseområdet til helseforetak som har pasientreisekontor.	RHFene HFene
17	Det bør avklares om lokalt anskaffede IKT-systemer(eksempelvis Bliksund), som understøtter oppgaveløsingen i pasientreisekontorene, skal inngå som en del av den samlede IKT-porteføljen på området.	RHFene Pas ANS HFene
18	Systemeieransvaret og eventuelt databehandleransvaret for nye systemer som er tatt i bruk eller planlegges tatt i bruk i flere pasientreisekontor bør avklares.	RHFene Pas ANS
19	Det bør etableres et systematisk opplegg for gjennomgang og oppfølging av risiko på pasientreiseområdet, slik at tiltak kan iverksettes med utgangspunkt i et omforent risikobilde.	RHFene Pas ANS HFene

VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Vi baserer vårt arbeid på [NIRE/IIA](#) sine internasjonale standardar for profesjonell utøving av internrevisjon. Les meir på helse-vest.no.

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, og kontroll og governance. "

I dette fellesprosjektet har internrevisor Haakon Totland vært med i prosjektgruppa, mens leiar for internrevisjonen i Helse Vest, Bård Humberstet, har inngått i styringsgruppa.

Tillegg om Helse Vest

Det går fram av revisjonsrapporten at den er eit samarbeidsoppdrag. Dei felles revisjonsfunna og vurderingane som er presenterte omfattar dermed også situasjonen i Helse Vest. I dette tilleggget vil vi utdjupe noko meir enkelte tema og forhold frå revisjonen i Helse Vest.

Kapitla 1 (Samanndrag), 3 (Beskrivelse av pasientreiseområdet), 6 (Statistikk og styringsdata og oppfølging av rapporter i styringslinjen) og 8 (Konklusjon og anbefalinger) er vurdert som fullt ut dekkande óg for Helse Vest og blir difor ikkje omtala nedanfor. Elles er vedlegget bygt opp i samsvar med systematikken i nasjonal samlerapport.

Det kjem ikkje fram andre konklusjonar og tilrådingar i vedlegget for Helse Vest enn det som går fram av nasjonal samlerapport foran.

I Helse Vest har det, som i dei andre føretaka, vært ein brei prosess. Internrevisjonen har møtt representantar for RHF-leiinga, HF-leiinga, leiinga ved pasientreisekontora, og medarbeidarar ved kontora. Alle tilsette har fått høve til å gi tilbakemelding gjennom spørjeundersøkinga. Internrevisjonen har vidare fått høve til å delta på det årlege oppsummeringsmøtet med dei regionale FA-gruppene.

Internrevisjonen har mottatt dokumentasjon frå alle HFa. Resultatet går fram av lista til sist i vedlegget.

Til kapittel 4: Prosessar knytt til reiser utan rekvisisjon (enkeltoppgjjer)

Årleg blir det saksbehandla ca. 140 000 enkeltoppgjjer i Helse Vest. Desse er fordelt slik:

Helse Førde	53 000 saker
Helse Bergen	27 000 saker
Helse Fonna	34 000 saker
Helse Stavanger	26 000 saker

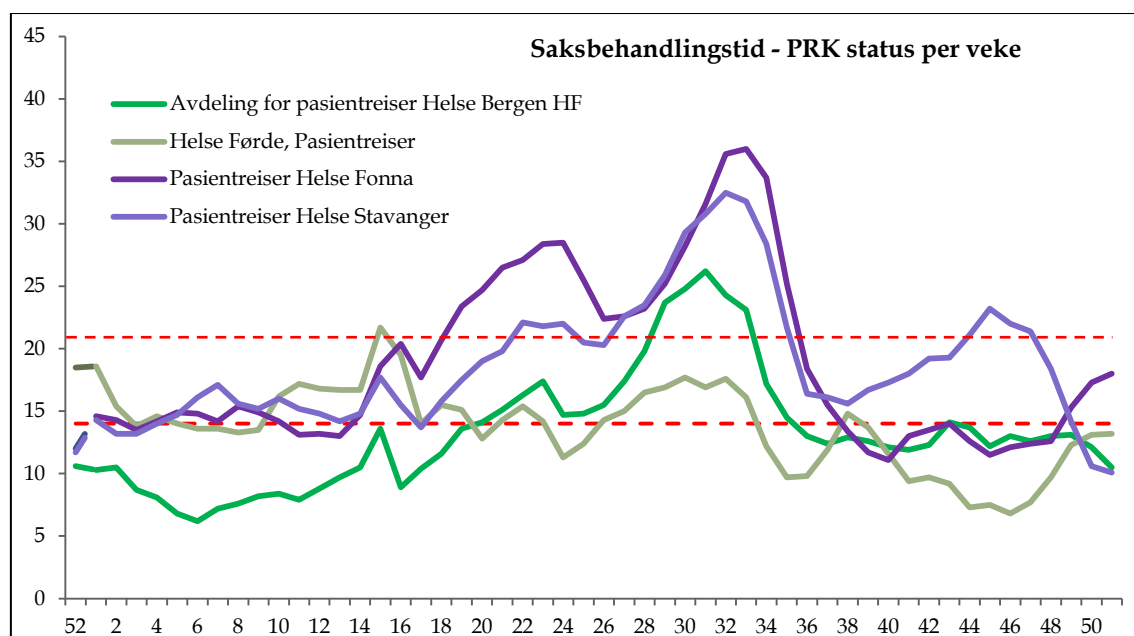
Samla kostnader innan Helse Vest utgjorde i 2012 ca. 119 mill. kr (i snitt kr 851 pr. sak).

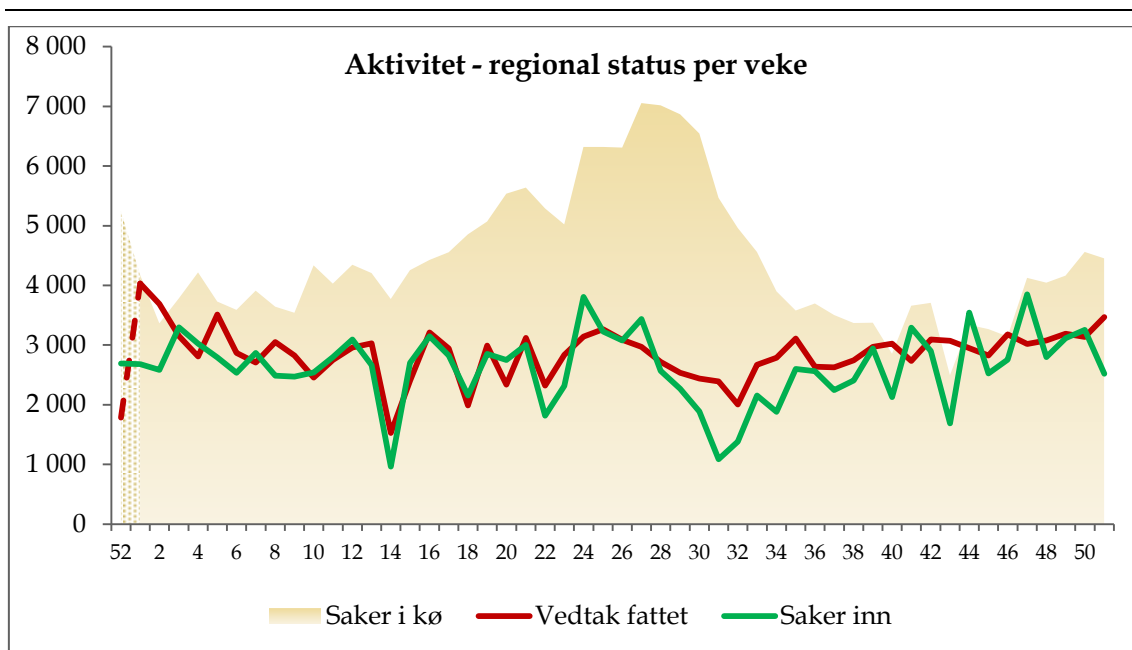
I samlerapporten er det vist til at saksbehandlingstida for enkeltoppgjer ikkje skal overstige ein nasjonal ambisjon om to-tre veker. Av rapporten går det fram at saksbehandlingstida på landsbasis i snitt er 15,5 dagar, men at det er store sesongmessige variasjonar. Det same biletet teiknar seg i Helse Vest, der gjennomsnittet i 2012 var 15,7 dagar. Internt i regionen vår var det innbyrdes variasjonar, men ingen ligg i snitt over det som ein i Helse Vest har uttrykt å vere retningsgivande måltall, tre veker.

Helse Førde	13,7 dagar
Helse Bergen	13,1 dagar
Helse Fonna	18,6 dagar
Helse Stavanger	18,5 dagar

I figurane under tar vi med ei grafisk framstilling av svingingane i saksbehandlingstid og aktivitet i 2012. Figuren i hovudrapporten, avsnitt [4.2.1](#), viser variasjonen i saksbehandlingstid i dei fire helseregionane. I Helse Vest var det samla sett ei utvikling utover våren og sommaren 2012 med markante avvik frå nasjonal saksbehandlingsambisjon på to – tre veker. Resultatet tok seg opp mot slutten av året.

Fordelt på dei fire pasientreisekontora (heretter kalla PRKa) i Helse Vest, ser vi i figuren under at sesongvariasjonane er nokon lunde parallelle, men likevel med store variasjonar mellom føretaka. Fonna og Stavanger hadde i lange periodar saksbehandlingstider langt over nasjonal ambisjon.





Figuren over viser korleis køar, vedtak og nye saker utvikla seg gjennom 2012 i Helse Vest. Figuren antyder at talet på vedtak held seg omtrent konstant gjennom året, noko også "saker inn" bærer preg av. Derimot bygde det seg opp ei stor mengd saker fram mot midten av året, som så medførte lang saksbehandlingstid per sak i gjennomsnitt.

Det kan her vere tale om at ikkje berre ressursstyringa lokalt bør saumfarast, men òg om det er mogleg å jamne ut dei store svingingane i straumen av refusjonskrav som pasientane sender inn.

Med unntak av Helse Førde har alle PRKa i Helse Vest nytta Pasientreiser ANS sin vikarpool, om enn i varierende grad. Denne poolen er berre retta mot saksbehandling av enkeltoppdrag. Lokalkunnskap hos saksbehandlar blir framheva som svært viktig. Som følge av dette har PRKa visse innvendingar mot å nytte seg av vikarpoolen, fordi dette av røynsle har medført ein del ekstra etterarbeid for PRKa. Dei forsøker derfor i størst mogleg grad å dekke vikarbehovet ved å bruke personell i eigen organisasjon eller ved å leige inn lokalt.

Det er stor sårbarheit ved fråvær, særleg på området reiseplanlegging. Kontora er derfor i ferd med å etablere eit system med såkalla tvillingkompetanse, der dedikert personell har opparbeidd seg kompetanse på både enkeltoppdrag og direkteoppdrag. Ved fråvær kan PRKet dermed oppnå større fleksibilitet i ressursutnyttinga.

Til kapittel 5: Prosessar knytt til reiser med rekvisisjon (direkteoppdrag)

Nøkkeltal for direkteoppdrag i Helse Vest:

	Årleg kostnad	Antal rekvisisjonar
Helse Førde	70 mill.kr.	112 000
Helse Bergen	109 mill.kr.	321 000
Helse Fonna	48 mill.kr.	100 000
Helse Stavanger	63 mill.kr.	155 000

Oppfølging, rapportering og avviksbehandling

Alle fire kontora har etablert system for handtering av uønskete hendingar:

- PRK Helse Førde har utarbeidd eit internt avviksskjema som blir registrert i Excel, og som blir gjennomgått på avdelinga sitt tavlemøte kvar 14. dag. Registrerte avvik blir tatt med i månadlege rapporter som inngår i avdelinga sin driftsrapport. Avvik (både interne og eksterne hendingar) blir følgd opp overfor dei dei gjeld. Oppfølging av avvik er eit verktøy som blir brukt aktivt for kontinuerleg forbetring, oppfølging og opplæring internt.
- PRK Helse Bergen bruker i dag fleire ulike system for avvikshandtering, sortert på typar avvik. Internrevisjonen får opplyst at ein har etablert eit heilskapleg avvikssystem i avdelinga basert på Synergi.
- PRK Helse Fonna har to ulike kanalar for handtering av avvik: Ein har utarbeidd eit internt avviksskjema (som blir registrert i Excel) for avvik som gjeld transportørar og eksterne behandlarar, mens ein nyttar Synergi for avvik som gjeld personar/hendingar i eige HF.
- PRK Helse Stavanger nyttar dels Synergi, dels andre registreringskanalar. Rutinar for korleis avvik på direkte- og enkeltoppgjør skal handterast ligg på EQS. Avvik på transportørar blir registrert i eige skjema og blir følgd opp overfor dei transportørane det gjeld.

I hovudrapporten sitt avsnitt [5.3.1](#) er det vist til stikkprøvekontrollar av direkteoppgjer som nyleg er gjennomført mellom anna ved PRKet i Helse Stavanger. Gjennom å kontrollere fakturerte taxioppdrag på to avgrensa områder (bruk av minstepris samt feilaktig bruk av takst for rullestolbil der vanleg taxi hadde vært nytta), identifiserte Helse Stavanger ein innsparing på ca. 1,2 millionar kr. Dette indikerer at ein ved å legge til rette for betre oppgjerskontroll i full skala vil kunne spare store beløp.

Difor er det positivt at PRKet i Helse Stavanger – som ein del av prosjektet *Kontinuerlig forbedring* - har utvikla ei elektronisk løysing for oppgjerskontroll. Denne løysinga er no i ferd med å bli teken i bruk i Stavanger og vil deretter bli teken i bruk i resten av Helse Vest. Pasientreiser ANS er involvert i prosjektet og vil etter kvart bidra i driftinga av løysinga, som òg vil bli tilbydd PRKa i resten av landet.

Til kapittel 7: Samhandling mellom helseføretak med pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og dei regionale helseføretaka

Ansvars- og myndigheitsfordeling

Alle fire PRKa i Helse Vest har utarbeidd stillingsbeskrivingar (eller arbeidsbeskrivingar). Rolle-, ansvars- og oppgåvefordelinga internt i kontora er stort sett opplevd som tydelege og klare.

PRKa sin organisatoriske forankring i helseføretaka varierer likevel noko:

- I Helse Førde rapporterer leiar for PRK til direktør for intern service innan stab og støtte.
- I Helse Bergen rapporterer PRK til divisjonsdirektør i Driftsteknisk divisjon. Leiar møter i direktørens leiargruppe kvar 14. dag og rapporterer status til direktøren månadleg. Det er nyleg gjennomført ei organisasjonsendring i PRK.
- I Helse Fonna rapporterer PRK til seksjonsleiar akuttmottak Haugesund (nivå 3) under klinikkdirektør medisinsk service.
- I Helse Stavanger rapporterer PRK til divisjonsdirektør medisinsk service. Leiar møter i direktøren si leiargruppe og jamleg i andre møter, bl.a. månadleg økonomioppfølging.

Internrevisjonen har ingen synspunkt på dei organisatoriske vala som ein har gjort i føretaka.

I fleire HF har det i periodar vært store HMS-utfordringar og mellom anna høgt sjukefråvær som direktørane har involvert seg aktivt i løysninga av. Alle direktørane uttrykte at PRK-drifta nå går godt og roste PRK-leiarane for god leiing. Utover oppfølging av økonomistyring og HMS synest det å vere eit fellestrekk at HF-leinga ikkje involverer seg mykje i drift og utvikling av pasientreiseområdet. Dette avviker ikkje frå landet elles.

Rolle- og ansvarsfordelinga mellom RHF – PRK/HF – Pasientreiser ANS blei oppfatta som stort sett tilfredsstillande i det daglege. I PRKa blei det likevel gjeve uttrykk for ein viss usikkerheit i forhold til situasjonar der problemstillingar blir sette på spissen. Dei opplever til dels uklare rolle- og ansvarsfordelingslinjer i forhold til kvar vedtaksarenaene ligg, og det blei uttrykt eit behov for tydeleggjering av kva for ein aktør (eller kva for eit forum) som er rett instans til å gjere formelt vedtak for å løyse konkrete saker.

Informasjonsflyt og kommunikasjon

Intranettsidene – både PRKa sine egne og Pasientreiser ANS sine – blei framheva som viktige informasjonskjelder. Det same blei den kollegiale informasjonsutvekslinga internt. Lokal informasjonsdeling (bl.a. i tavlemøter kvar veke) som følgje av *Prosjekt Kontinuerlig Forbedring* (KF-prosjektet) blei og trekt fram som ei viktig informasjonskjelde. I intervju kom det også fram at rutinane for å formidle informasjon frå arbeidet i FA-gruppene verker godt.

Det er etablert eit regionalt nettverk der representant frå RHFe og representantar frå PRKa (leiar samt lokale representantar i regionale FA-grupper) møtest jamleg. Her føregår det erfaringsutveksling og benchmarking. Det blei uttrykt stor tilfredsheit med det regionale nettverket i Helse Vest. Kommunikasjonen og samhandlinga fungerer bra – og betre og betre. Alle PRKa ser nytten av å samarbeide og samordne aktiviteten og regelverkforståinga. På den årlege samlinga for regionalt leiarnettverk og dei regionale FA-gruppene i januar i år blei det såleis påpeika at det er eit felles ansvar for leiarane og FA-medlemmene å forbetre forankring og engasjement for lik praksis og erfaringsdeling. Kontora i regionen burde ha oftare kontakt seg imellom, mellom anna for å kunne diskutere problemområder fortløpande. Det blei uttrykt eit klart ønske om at kontora i større grad kan nytte godt av kvarandre sin spisskompetanse på tvers i regionen, men samstundes framført at stort arbeidspress og stramme budsjetttrammer skaper vanskar for dette.

Mål for verksemda

Innanfor enkeltoppgjær tek alle kontora imot og bruker vekerapport frå Pasientreiser ANS som viser til konkrete driftsmål. Desse gjeld f.eks. saksbehandlingstid, mengd innkomne saker i forhold til mengd vedtak, gjennomsnittleg mengd saker pr. saksbehandlar, svartid telefon o.l. Derimot viste gjennomgangen at det i HFa i Helse Vest i liten grad er utarbeidd lokale strategi- og verksemdsplaner spesifikt for pasientreiseområdet.

- PRK Førde: Kontoret har utarbeidd handlingsplan for 2013. Inneheld beskriving (overfor både Pasientreiser ANS og HFet) for kva for behov ein har for å kunne utføre alle pålagte oppgåver.
- PRK Bergen: Har ikkje verksemdsplan som eit spesifikt utforma dokument. Har derimot utarbeidd konkrete driftsmål forankra i PRKet.
- PRK Fonna: Har ikkje utarbeidd verksemdsplan.
- PRK Stavanger: Har ikkje ein formell verksemdsplan som er forankra oppover i HFet sitt plansystem.

Gjennomgangen viste også at Pasientreiser ANS sine mål og strategiar i liten grad er kjent i PRKa.

Risikovurdering

Det er opplyst frå alle fire PRKa at dei ikkje gjennomfører systematiske risikovurderingar av verksemda. Pasientreiser ANS gjennomførte i 2010/2011 ein gjennomgang av internkontrollen på området informasjonstryggleik i alle pasientreisekontora i regionen. I rapportane frå denne gjennomgangen kjem det fram at kontora har ulike former for system/rutinar for risikovurderingar, men at ein ikkje har brukt desse systematisk.

Risikoen for misleg framferd er sjeldan tema i PRKa. Alle kontora har ein munnleg regel om saksbehandlingshabilitet som sikrar at personellet ikkje behandlar saker som omhandlar dei sjølve eller nærstående. Ingen av kontora har utarbeidd etiske retningslinjer.

Tiltak for styring og kontroll som bidrar til måloppnåing og etterleving av lov- og regelverk

Prosedyrar/beskriving av arbeidsoppgåver/arbeidsprosesser

Alle PRKa nyttar Nasjonal rettleiar som støtte i saksbehandlinga. I tillegg blir fortsatt kunnskapsdatabasen WIKI brukt i nokon grad, men denne vil etter kvart bli fasa ut. Begge kjeldene ligg på intranettet til Pasientreiser ANS.

I samband med gjennomføringa av KF-prosjektet i Helse Vest, der innføring av LEAN-metodikken har vært eit sentralt element, har alle fire PRKa etablert tydelege rutinar for saksbehandlinga. Denne metodikken inneber at ein etablerer eit system for kontinuerleg og målretta forbetningsarbeid.

Lik praktisering av regelverk

Ved alle kontora har ein den oppfatninga at Nasjonal rettleiar er eit viktig bidrag til harmonisering av praktisering av regelverket. Ved alle kontora kom det fram i intervjuet at ein stort sett er lojale mot Nasjonal rettleiar, men at den likevel ikkje blir brukt konsekvent. I enkelte tilfelle er ein ikkje einig i regelverktolkinga som er gjort av juristane i Pasientreiser ANS. Ingen av intervjuobjekta visste om det låg føre noko vedtak om at det er obligatorisk å nytte rettleiaren.

Alle kontora har ein praksis på at attestasjonar over kr 2.500 skal gjerast av senior saksbehandlar. Denne kontrollen blir sett på som et viktig bidrag til å sikre likebehandling internt i det enkelte kontor. I tillegg gjer ein stikkprøvekontroller av saker på under kr 2.500.

Talet på klagesaker, eiga omgjerding av klagesaker, saker sendt over til Fylkesmannen og resultatet av klagesaksbehandlinga hos klageinstans kan vere ledd i arbeidet med likebehandling. Internrevisjonen har motteke statistikk over klagesaker i perioden 01.01.2012-18.12.2012; denne viser at det er relativt få klager på vedtaka i forhold til talet på saker. Av klagesakene som er sendt vidare til klageinstansen, er det ganske få klagarar som har fått medhald i klagen (ca. 10 %, jf. PRK i Helse Bergen).

Alle kontora har såkalla tavlemøter kvar veke, der ein drøfter ulike problemstillingar som ein i fellesskap kjem fram til løysningar på. Tavlemøta blir opplevd som eit godt bidrag til likebehandling internt i det enkelte kontoret.

Opplæring/kompetanse

Pasientreiser ANS har utarbeidd eit nasjonalt opplæringsprogram som består av e-læringskurs, opplæring i klasserom og fagsamlingar. PRKa i Helse Vest nyttar seg av denne opplæringa. Pasientreiser ANS legg opp til at alle tilsette skal gå gjennom eit sertifiseringsopplegg der dei årleg må bli resertifisert. Dette har PRKa i Helse Vest (så langt) vald ikkje å følgje opp.

Alle kontora har utarbeidd eigne kompetanseplaner. I Helse Vest er det i stillingsinstruksene for dei ulike funksjonane stilt krav om type kompetanse som krevjast.

+

Funksjonalitet i PRO og NISSY

Det ble rapportert at enkeltoppgjersystemet PRO fungerer ganske greitt, men at det ikkje er eit optimalt verktøy for å løyse oppgåvene. Direkteoppgjersystemet NISSY blir opplevd av alle fire kontora som eit tungvint system som ikkje fungerer tilfredsstillande på funksjonalitet, og at det er sårbart på stabilitet.

Til kapittel 8: Oppsummering

Internrevisjonen viser til vurderingane og tilrådingane som er gitt i rapporten frå samarbeidsrevisjonen.

I tillegg vil vi knytte nokre kommentarar til temaet samhandling og samarbeid, særleg innan eigen region. I Helse Vest viste gjennomgangen at det er etablert eit godt samarbeid og samhandlingsfora som stort sett verkar bra, både HFa imellom (i regionale FA-grupper) og overfor RHFet (i regionalt pasientreiseforum). KF-prosjektet synest å ha hatt ein medverkande positiv effekt for kontinuerleg forbetring i PRKa. Men HF-leiinga har ikkje ein aktiv rolle i denne samhandlinga i dag. I intervjuar framheva både fleire av klinikk-/divisjonsdirektørane og PRK-leiarane dette som eit sakn.

Etter internrevisjonen si vurdering bør leiinga i det enkelte HFet ha ein meir aktiv rolle på pasientreiseområdet. Det vil kunne bidra positivt til at ein får utarbeidd lokale strategi- og verksemdsplanar – og risikoanalysar – spesifikt for pasientreiseområdet. Ved at HFa/PRKa på den måten etablerer heilskaplege, overordna målsettingar, vil desse sterkare kunne sette regionen som premissgivar nasjonalt.

Samleoversikt Helse Vest RHF - resultater av dokumentasjonsinnhenting

Anmodet dokumentasjon		Helse Bergen		Helse Fonna		Helse Førde		Helse Stavanger
Organisasjonskart		Org.kart både internt i PRK og org.tilknytning opp mot divisjonsdir.		Org.kart både internt i PRK og org.tilknytning opp mot klinikkdir. Medisinsk service klinikk.		Org.kart både internt i PRK og org.tilknytning opp mot dir. Intern service og viseadm./Stab og støtte.		Org.kart både internt i PRK og org.tilknytning opp mot divisjonsdir. Medisinsk service.
Funksjons- og stillingsbeskrivelser, relatert til pasientreiseoppgaver		Stillingsbeskrivelser for samtlige stillinger. Rutinebeskrivelser for planleggingsvakt og samordningsvakt.		Funksjons- og stillingsbeskrivelser for samtlige stillinger.		Stillingsbeskrivelser for samtlige stillinger. Rutinebeskrivelser for saksbehandling.		Funksjons- og stillingsbeskrivelser for samtlige stillinger. Rutinebeskrivelser for saksbehandling.
Dokumentasjon av, og rutine for, gjennomførte risikovurderinger		Beredskapsplan for driftsbrudd. Beskrivelse av rutine for stikkprøvekontroller for å ivareta infosikkerheten i NISSY.		Sammendrag av sikkerhetsinstruks for Helse Fonna. Beredskapsplan for PRK Helse Fonna.		Beredskapsplan for PRK Helse Førde. Hensikt med planen: å sikre drift av kritiske funksjonar i situasjoner der hele eller deler av støtte- systemene er ute av drift.		Retningslinjer for risikovurdering generelt i Helse Stavanger.
Prosessbeskrivelser for NISSY og PRO		Kort notat som omhandler arbeidsprosessbeskrivelser for NISSY og PRO. Henviser til hvor spesifikke beskrivelser og retningslinjer finnes.		Kort beskrivelse som omhandler arbeidsprosessbeskrivelser for NISSY og PRO. Henviser til hvor spesifikke beskrivelser og retningslinjer finnes.		Rutinebeskrivelse for direkteoppgjør (NISSY). Rekvisisjonsrutine ved nedetid (NISSY).		Lenke til EQS, hvor disse prosessbeskrivelsene finnes.
Beskrivelse av rutiner for samhandling om websiden og 05515		Kort notat som beskriver hvor PRKet finner aktuell info om temaet og hvordan samhandlingen med ANSet foregår.		Kort melding som beskriver hvor PRKet finner aktuell info om temaet og hvordan samhandlingen med ANSet foregår.		Kort melding som beskriver hvor PRKet finner aktuell info om temaet og hvordan samhandlingen med ANSet foregår.		Ikke innsendt.
Beskrivelse av rutiner for samhandling mellom partene (mandat for fora - krav om info el I)		Fyldige beskrivelser fra både PasANS og Helse Vest om mandater og rutiner for samhandling.		Ikke innsendt. (SLA-avtalens vedlegg 1 er innsendt.)		Ikke innsendt. (SLA-avtalens vedlegg 1 er innsendt.)		Ikke innsendt. (SLA-avtalens vedlegg 1 er innsendt.)
Opplærings- og kompetanseplaner		Omfattende beskrivelser av opplæringstiltak for å nå forventet kunnskapsnivå på PRKets ulike innsatsområder.		God beskrivelse av opplæringstiltak for å nå forventet kunnskapsnivå på PRKets ulike innsatsområder.		God beskrivelse av opplæringstiltak 2013 for å nå forventet kunnskapsnivå på PRKets ulike innsatsområder.		Fyldig beskrivelse av opplæringsmoduler innsendt.
Rutine for tilgangsstyring til IKT systemene		Kort notat som beskriver hvor ansvaret for hvert av systemene ligger og i hvilken grad det finnes samhandling og rutiner for		Kort notat som beskriver hvor ansvaret for hvert av systemene ligger og i hvilken grad det finnes samhandling og rutiner for		Kort notat som beskriver hvor ansvaret for hvert av systemene ligger og i hvilken grad det finnes samhandling og rutiner for		Ikke innsendt.

Anmodet dokumentasjon	Helse Bergen		Helse Fonna		Helse Førde		Helse Stavanger
		tilgangsstyring.		tilgangsstyring.		tilgangsstyring.	
Rutine for melding av avvik og forbedringsforslag		Fyldige beskrivelser av rutiner for melding av avvik.		Kort notat med beskrivelse av intern rutine for melding av avvik.		Kort notat med beskrivelse av intern rutine for melding av avvik.	 Lenke til EQS, hvor disse rutineene er inngående beskrevet.
Rutine for håndtering av avvik		Fyldige beskrivelser av rutiner for melding av avvik.		Kort notat med beskrivelse av internt avvikssystem for PRK Helse Fonna.		Kort notat med beskrivelse av internt avvikssystem for PRK Helse Førde. System og prosesser under utarbeiding, endelig rutine ikke klar ennå.	 Lenke til EQS, hvor disse rutineene er inngående beskrevet.
Oversikt over etablerte kontrollaktiviteter, f eks saksbehandling, økonomi, praktisering av regelverk		Kort notat med oversikt over etablerte kontrollaktiviteter.		Kort notat med oversikt over etablerte kontrollaktiviteter.		Kort notat med oversikt over etablerte kontrollaktiviteter.	 Lenke til EQS, hvor disse rutineene er inngående beskrevet.
Oversikt over statistikk- og styringsdata, som produseres jevnlig.		Kort notat med oversikt over foreliggende statistikk og styringsdata.		Kort notat med oversikt over foreliggende statistikk og styringsdata.		Kort notat med oversikt over foreliggende statistikk og styringsdata.	 Ikke innsendt.
Rapporter fra interne revisjoner, evalueringer, tilsyn		Tilsynsrapport fra internkontroll utført av PasANS oktober 2010.		Ikke innsendt av PRKet. Tilsyn foretatt av PasANS i desember 2012; rapport tilsendt RHFet (ephorte).		Tilsynsrapport fra internkontroll utført av PasANS mai 2011.	 Tilsynsrapport fra internkontroll utført av PasANS mai 2011.
Evt. HF-styresaker som berører tverrgående prosesser		Kort notat med tre stikkord over temaer som (evt.?) er omtalt i HF-styresaker. Saker ikke identifisert ved saksnr.		Ikke innsendt. Ingen aktuelle saker å vise til		Omtale av orienteringssak til styret om etablering av helseekspress i Helse Førde.	Ikke innsendt. Ingen aktuelle saker å vise til
Øvrig relevant informasjon som berører det aktuelle tema		Ikke innsendt. Ingen øvrig relevant informasjon å vise til		Ikke innsendt. Ingen øvrig relevant informasjon å vise til		Ikke innsendt. Ingen øvrig relevant informasjon å vise til	Ikke innsendt. Ingen øvrig relevant informasjon å vise til
