

PROSJEKTBEGRUNNELSE FOR NASJONALT FELLES HJELPENUMMER

Saksnummer i 360:	Versjonsnummer:	
Godkjent dato: <dato>	Godkjent av Prosjekteier: <navn>	Utarbeidet av: Anne Britt Thuestad og Sevald Cirkov
Beslutning: Godkjent som en del av styringsdokumentasjonen for innføring av nasjonalt, felles hjelpenummer (NFH) i helsesektoren.		
Signatur (prosjekteier):		

ENDRINGSHISTORIKK

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent
0.2	27.06.19	Dokument opprettet	Anne Britt Thuestad	
0.3	01.07.19	Oppdatert etter innspill fra arbeidsmøte nummer 1, den 20.06	Anne Britt Thuestad	
0.6	22.08.19	Dokumentet er kommentert av Erik Ramstad	Anne Britt Thuestad	
0.75	08.11.19	Dokumentet er kommentert av Anne Merete Crosby	Anne Britt Thuestad	
0.81	28.11.19	Gjennomgått sammen med Dominika von Heyden og Erik Skramstad	Anne Britt Thuestad	
0.82	30.11.19	Oppdatert etter innspill fra Sevald Cirkov	Anne Britt Thuestad	
0.83	04.12.19	Oppdatert etter innspill fra Anne Merete Crosby	Anne Britt Thuestad	
0.85	26.12.19	Sammenstilling av dokumentene	Anne Britt Thuestad	
0.86	29.12.19	Justert etter tilbakemelding fra KS	Anne Britt Thuestad	
0.87	30.12.19	Justert etter tilbakemelding fra Helse Sør-Øst	Anne Britt Thuestad	
0.90	31.12.19	Korrektur utført	Anne Britt Thuestad	

DISTRIBUSJONSLOGG

Versjon distribuert	Dato	Navn
0.8	08.11.19	Norunn Saure, Rune Røren, Erik Ramstad, Rona Skjegstad, Jørn Håkon Kvalsund, Hege Tveiten, Geir Thorsen, Yrjan Schaug, Jørgen Worum

REFERANSER

ID	Referansedokument

Innholdsfortegnelse

1.	Oppsummering	5
1.1.	Dagens utfordring	5
1.2.	Hovedfunn:.....	6
1.3.	Målstruktur	6
1.4.	Sentrale kvalitative gevinster	8
1.5.	Investeringsanalyse med implementeringskostnader	8
1.6.	Konklusjon.....	9
2.	Bakgrunn for prosjektet	9
3.	Prosjektets hensikt.....	10
3.1.	Nåværende situasjon	10
3.2.	Nåværende tjeneste for nasjonalt, felles hjelpenummer.....	12
3.3.	Situasjonen hvis prosjektet ikke gjennomføres	14
3.4.	Virkning prosjektet skal ha på helsetjenesten	14
3.5.	De viktigste behovene som prosjektet må rettes mot	16
3.6.	Strategisk forankring	19
3.7.	Erfaringer fra Sverige	21
4.	Mulige ulemper.....	21
5.	Nytte/kost-vurderinger	21
5.1.	Prosjektets samlede lønnsomhet	21
5.2.	Regionale og lokale innføringskostnader og forvaltningskostnader	22
5.3.	Sentrale forutsetninger for vurderingene	23
6.	Investeringsanalyse.....	24
7.	Finansiering	25

FORKORTELSER

Interne ID-er	Personidentifikatorer tildelt av et system og brukt internt (brukes utelukkende for ett system) for å identifisere pasienter. Noen ganger brukt som en midlertidig personidentifikator. System-interne PID-er skal ikke forveksles med lokale eller regionale hjelpenumre, som er identifikatorer tildelt av PAS / EPJ.
NFH Nasjonalt felles hjelpenummer	Nasjonalt, felles hjelpenummer er en i) midlertidig eller ii) varig supplerende identifikator i Helsesektoren brukt for å kunne muliggjøre helsepersonells dokumentasjonsplikt for personer som ikke kan gjøre rede for seg, eller mangler norsk identifikator av type fødselsnummer eller d-nummer.
H-nummer Hjelpenummer	Midlertidig personidentifikator, tildelt av PAS / EPJ-applikasjonen for å midlertidig identifisere en pasient på tvers av systemstabelen i organisasjonen. Bruk av hjelpenummer inkluderer i dag pasienter uten kjent identitet, nyfødte barn før de har offisiell ID, turister og andre pasienter uten offisiell personidentitet.
F-nummer Fødsels-nummer	Et norsk fødselsnummer er et unikt identitetsnummer. Det består av 11 tall, hvor de seks første tallene viser fødselsdato. Personidentifikator som blir brukt til å identifisere pasienten. Tildeles alle som blir født i Norge. Skatteetaten gir barnet et fødselsnummer etter at sykehuset har sendt fødselsmelding til Skatteetaten. Tildeles også personer som bosetter seg i Norge (opphold over 6 måneder).
D-nummer	Et D-nummer er et midlertidig ID-nummer som tildeles personer som har søkt om beskyttelse (asyl) i Norge, eller har en oppholdstillatelse og skal være her i mindre enn seks måneder.
Kode 6	Personer som utsettes for vold eller trusler om vold har krav på beskyttelse. I de mest alvorlige tilfellene vil de kunne ha behov for beskyttelsestiltaket strengt fortrolig adresse KODE 6 . Adressesperre kode 6 eller «strengt fortrolig adresse» innebærer at opplysninger om adressen ikke skal gis ut til noen. Dette betyr at den trusselutsattes adresse i folkeregisteret kun er tilgjengelig for autoriserte personer.
Kode 7	Personer som utsettes for vold eller trusler om vold har krav på beskyttelse. I de mest alvorlige tilfellene vil de kunne ha behov for beskyttelsestiltaket fortrolig adresse KODE 7 . Adressesperre kode 7 eller «fortrolig adresse» innebærer at adressen ikke skal gis ut til private. Adresseopplysninger er likevel tilgjengelig for alle offentlige myndigheter som har tilgang til opplysninger fra folkeregisteret.

GUI Graphical User Interface	GUI er et brukergrensesnitt for dataprogrammer som gjør det mulig for brukeren å samhandle med datamaskinen via anordninger som tastatur, datamus, datapenn og lignende. Grafisk brukergrensesnitt er det motsatte av tekstbaserte grensesnitt på en datamaskin som har shell-applikasjoner som krever at kommandoer tastes inn.
MTU	Medisinsk utstyr. Medisinske avbildningsmaskiner, medisinske skjermer, medisinsk laboratorieutstyr og lignende.
Grunndata- plattformen	Felles, tilgjengelig og sikker arkitektur for informasjonstjenestene knyttet til grunndata om person, virksomhet, personell.

1. OPPSUMMERING

Direktoratet for e-helse har mottatt følgende oppdrag fra Helse – og omsorgsdepartementet: «Direktoratet for e- helse utreder i tillegg bruk av felles hjelpenummer i helse – og omsorgssektoren for unikt å identifisere pasienter som ikke har et kjent identifikasjonsnummer.»

Utredningen består av to dokumenter. Dokumentene er «prosjektbegrunnelse for nasjonalt felles hjelpenummer» og «Prosjektforslag for nasjonalt felles hjelpenummer». Dette dokumentet omhandler prosjektbegrunnelsen. Utredningen benytter nivå for minimumskrav konseptutredning.

Dersom man kun vil skaffe seg oversikt over problemstillingen og dokumentet, kan Kap. 1 leses som en kortversjon av dokumentet.

1.1. Dagens utfordring

Hovedproblemet i dag er at pasienter eller rekvisisjoner som sendes fra primærhelsetjeneste til et helseforetak, eller mellom regioner krever manuell håndtering. Dette fører til brutte digitale prosesser som igjen stopper samhandling på tvers. Bruk av dagens lokale og regionale hjelpenummer er til hinder for **digitalisering, automatisering, pasientsikkerhet og samhandling på tvers** innenfor regionene og mellom fastlege-spesialist-kommune.

- Det tildeles lokale og regionale hjelpenumre i helseforetakene og kommuner/fylkeskommuner som ikke er nasjonalt unike. Dette fører til at to eller flere pasienter kan være på samme sted til samme tid og være identifisert med samme ID. Dette øker faren for forveksling av pasienter og prøvesvar og kan føre til sammenblandinger av informasjon som igjen bidrar til at det settes feil diagnose som igjen fører til feil behandling. Problemet oppstår når pasienter og prøver sendes mellom ulike aktører innenfor helsetjenesten.
- Samme pasient kan få tildelt flere hjelpenumre med påfølgende utfordringer med sammenslåing. Det krever ekstra arbeid og manuelle rutiner å sikre at dokumentasjon i behandling og laboratoriesvar samles i riktig journal.

- Henvisninger og rekvisisjoner fra primærhelsetjenesten sendes ofte med bakgrunn i pasientens navn, fødselsdato og adresse. Dette er igjen en utfordring for pasientsikkerheten.

1.2. Hovedfunn:

- Det er økt fokus på digitalisering, automatisering og pasientsikkerhet. Dette er nedfelt i nasjonale strategier. For å få på plass digitalisering, automatisering og en høyere pasientsikkerhet, er NFH (Nasjonalt felles hjelpenummer) en nødvendig brikke som MÅ på plass, slik at prosessene ikke brytes opp av manuell behandling. Alternativt vil pasienter med lokale/regionale hjelpenumre ekskluderes fra de nasjonale løsningene. Dette gjelder også kjernejournal/kritisk informasjon.
- Hvert år utstedes det mer enn 106.000 lokale og regionale hjelpenumre i spesialisthelsetjenesten. Det utstedes også lokale hjelpenumre i primærhelsetjenesten, men vi har ikke lyktes med å estimere antallet. Det er farlig å ikke ha en unik, sikker ID til alle pasienter. Vi vet ikke hvem vi behandler, men behandlingen må dokumenteres og følge pasienten videre. Vi trenger en unik, sikker ID raskt, uten at vi først må sende en fødselmelding eller andre dokumenter. Flere grupper trenger NFH. Dette gjelder bl.a. alle nyfødte som må starte livet med et NFH. For syke nyfødte handler det om sekunder. Vi kan ikke kaste bort verdifull tid.
- Et prosjekt for NFH har en svært positiv kost/nytteprofil. Det er beregnet mer enn 30. mill kroner i kvalitets- og ev. effektivitetsgevinster pr. år fra laboratorievirksomhet, akuttkjeden og fødsel. Dette er kun en delmengde av de totale, forventede gevinstene, da det gjenstår beregninger innenfor flere områder. De oppgitte gevinstene er svært konservativt estimert.
- Det er et økende behov for NFH på grunn av endrede pasientforløp som innebærer tidligere behandling (prehospital behandling). Tidligere prehospital behandling er mulig fordi ambulansene har mer utstyr om bord, slik at behandling kan settes i gang raskere. For å kunne opprette en pasientjournal trengs det en pasientID. Behandlingen må dokumenteres på denne. Dette gjelder pasienter som ikke kan gjøre rede for seg, eller som trenger en unik, sikker ID Tidligere var ambulansene rene transportmidler fra trafikkulykken til sykehuset.
- Flere aktiviteter er sammenfallende mht. forberedelse og implementering av nytt fødselsnummer (Personidentifikator) og NFH. Alle endringer for innføring av NFH kan senere gjenbrukes ved innføringen av ny personidentifikator slik at kostnadene for innføring av ny personidentifikator minimeres. Dette er fremtidige kostnadsbesparelser for personidentifikator-prosjektet.

1.3. Målstruktur

Det er mange sentrale, viktige funn. Vi har valgt å fokusere på noen sentrale, utvalgte utfordringer i beskrivelsen av samfunnsgevinster, mulige effektmål og resultatmål for et kommende prosjekt.

1.3.1. Ønsket fremtidig samfunnssituasjon etter at gevinstene er realisert

Gjennom å bidra til større muligheter for samhandling vil NFH:

Bidra til pasientsikkerheten gjennom alle ledd i helsetjenesten for pasienter som ikke kan gjøre rede for seg, og som trenger en midlertidig og sikker ID

Gjennom høyere pasientsikkerhet og færre forvekslinger vil NFH bidra til:

- Færre sykmeldinger
- Færre mennesker lever av ttrygdeytelser
- Færre mennesker har behov for lengre sykehusopphold

Gjennom mulighet for å effektivisere dagens manuelle prosesser skal det gis forutsetninger for etablering av ubrutte, automatiske og digitaliserte prosesser også for de av pasientene som ikke kan gjøre rede for seg og som trenger en midlertidig og sikker ID. Med NFH vil det bli mulig å oppnå nasjonale målsettinger innenfor:

- Automatisering
- Digitalisering
- Pasientsikkerhet
- Samhandling

1.3.2. Effektmålene og hvilken situasjon de skal føre til

Antall tilfeller der pasientinformasjon blandes sammen for pasienter som ikke kan gjøre rede for seg eller som trenger en unik, sikker ID, avtar med 80%. Dette gjelder pasienter som ikke kan gjøre rede for seg/pasienter som trenger en midlertidig unik og sikker ID.

Alle pasienter skal ha enten fødselsnummer, D-nummer eller NFH. Dette vil bidra til samhandling rundt alle pasienter innenfor helsetjenesten.

Tilby aidentifisering i forbindelse med forskning, beredsskapsøvelser og ved bruk av kode 6 og ev. kode 7 (Benyttes til personer som trenger strengt fortrolig eller fortrolig adresse).

Økt tid (x timer) til kliniske arbeidsoppgaver ved at det ikke lenger må rettes opp i situasjoner der pasientinformasjon er sammenblandet.

1.3.3. Resultatmålene – hva prosjektet skal levere

En tjeneste for NFH er etablert. Tjenesten ivaretar pasientsikkerheten gjennom alle ledd i helsetjenesten for pasienter som ikke kan gjøre rede for seg, og som trenger en midlertidig og sikker ID.

En validator for NFH er etablert sammen med et regelsett/matrise for validering

En forvaltning for personidentiteter er etablert i tilknytning til Grunndataplattformen Personidentitetene er fødselsnummer, D-nummer og NFH.

En nasjonal veileder for etablering og forvaltning av NFH er utviklet og distribuert.

En forskrift der helsetjenesten pålegges å benytte en av tre personidentiteter, er vedtatt. De trepersonidentitetene er fødselsnummer, D-nummer og NFH.

1.4. Sentrale kvalitative gevinster

For en beskrivelse av virkningskjede se punkt 3.4 i dette dokumentet.

Sentrale , kvalitative gevinster oppsummeres kort for å skape en initiell oversikt.

- NFH legger et grunnlag for å etablere ubrutte, digitale prosesser i helsetjenesten
- NFH bidrar til /er en forutsetning for en samlet journal for hver enkelt pasient i helsetjenesten.
- NFH bidrar til bedre samhandling mellom ulike behandlingsinstitusjoner og nivåer
- NFH bidrar til å eliminere feil og sammenblanding av journaler, prøvesvar, diagnoser og behandling
- NFH bidrar å koble kritisk informasjon til riktig pasient

Det er identifisert et gevinstpotensiale på min. 30,5 mill NOK pr. år i tilknytning til et prosjekt. Se prosjektforslaget pkt. 6.2 for en nærmere beskrivelse.

1.5. Investeringsanalyse med implementeringskostnader

I dette punktet legges det frem en investeringsanalyse over sentrale kostnader, en oversikt over antatte implementeringskostnader og en oversikt over nødvendige kostnader for å ferdigstille neste fase.

Denne investeringsanalysen tar kun hensyn til de sentrale kostnadene. Dette innebærer at implementeringskostnader og drift – og vedlikeholdskostnader for kommuner og helseregioner ikke er inkludert. Det er utarbeidet en egen kostnadsoversikt for disse kostnadene som følger nedenfor.

1.5.1.1. Investeringsanalyse for NFH

Type kostnad/gevinst	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10
Utviklingskostnader	5	3	2	0	0	0	0	0	0	0
Koordineringskostnader	2,5	2,5	2,5	2,5	0	0	0	0	0	0
Drift – og vedlikeholdskostn	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Bruttogevinster	0	10	20	30	30	30	30	30	30	30
Nettogevinster	-7,5	2,5	13,5	25,5	28	28	28	28	28	28

Utviklingskostnader, koordineringskostnader og etter hvert sentrale drift – og forvaltningskostnader, vil påløpe hos Direktoratet for e-helse. I denne investeringsanalysen vil samlet nettogevinst over en 10- årsperiode være:202 mill NOK. Det er da ikke tatt hensyn til lokale og regionale innføringskostnader.

1.5.1.2. Innføringskostnader i helsetjenesten

Kostnader	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Kostnader for primærhelsetjenesten
Stipulerte innføringskostnader	50 mill NOK	10 mill NOK	5 mill NOK	5 mill NOK	0,2 mill NOK *20 journalsystemer= 4 mill NOK
Stipulerte Forvaltningskostnader under innføringsperioden	2 mill NOK	0,5 mill NOK	0,25 mill NOK	0,25 mill NOK	0,02 mill NOK pr. kommune
Totalt	52 mill NOK	10,5 mill NOK	5,25 mill NOK	5,25 mill NOK	11,12 mill NOK

Det er 20 journalsystemer som benyttes i kommunesektoren, inkludert tannhelsetjenesten. Vi har antatt at påkrevde endringer pr. journalsystem vil koste 200.000 NOK. Dersom endringene utføres samtidig med endringer i Grunndataplattformen er antagelsen at disse kostnadene halveres, da vi kun trenger å gjøre endringer en gang. Kostnadene vil gå fra totalt 4 mill NOK til 2 mill. NOK. Det er beregnet antall kommuner slik dette vil være fra 01.01.2020. Antall kommuner vil da være 356. Det er usikkerhet knyttet til overslaget. Det er tatt forutsetninger beskrevet under pkt. 5.2.2. i dette dokumentet. Videre kan det være fagsystemer i kommunal sektor som også er avhengig av at endringer utføres. Dette er det ikke tatt hensyn til i overslaget. Dette beskrives i risikobetraktningen pkt. 9.7 i prosjektforslaget.

1.6. Konklusjon

Konklusjon fra prosjektbegrunnelsen er at det er nødvendig å innføre NFH. Dette begrunnes i hovedfunn, et samlet gevinstbilde (se virkningskjede i pkt. 3.4.1) der både pasientsikkerhet, effektivitet og digitaliseringsmuligheter slik dette er beskrevet i nasjonale måldokumenter, inngår. I tillegg kommer en svært positiv kost/nyttevurdering.

For oversikt over ulike alternative konsept og begrunnelse for valg henvises det til prosjektforslaget i vedlegg 1.

2. BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Prosjektet MF Helse **koordinerer** arbeidet med modernisering av Folkeregisteret i helse – og omsorgssektoren. I sammenheng med dette er det blitt besluttet å utrede behovet for et nasjonalt, felles hjelpenummer. Dette er i tråd med oppdrag fra Helse – og omsorgsdepartementet til Direktoratet for e- helse slik dette er beskrevet i tildelingsbrevet for 2017; https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev_hod/id748567/ Oppdraget er beskrevet på følgende måte: «Direktoratet for e- helse utreder i tillegg bruk av felles hjelpenummer i helse – og omsorgssektoren for unikt å identifisere pasienter som ikke har et kjent identifikasjonsnummer.»

Dette dokumentet (prosjektbegrunnelsen) beskriver hvorfor det er nødvendig å innføre nasjonalt, felles hjelpenummer i helsesektoren.

Prosjektforslaget ivaretar hvordan vi kan innføre nasjonalt, felles hjelpenummer (NFH). Se vedlegg 1. Prosjektforslaget svarer ut problembeskrivelsen i Prosjektbegrunnelsen.

Utredningen tar for seg både primær – og spesialisthelsetjenesten. Tannhelsetjenesten er inkludert, mens utredningen avgrenses mot sosialtjenesten, herunder barnevernet. Videre avgenses arbeidet mot andre sektorer, da helsetjenesten har et spesielt behov for rask tildeling av sikker ID 24/07/365.

Det er viktig for pasienten at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ses i en sammenheng slik at pasienten blir ivaretatt av en sammenhengende, helhetlig helsetjeneste. For å få dette på plass er det nødvendig med god samhandling mellom nivåene og organisasjonene i hele helsetjenesten rundt alle pasienter.

Utredningen baseres på metodikk benyttet i Direktoratet for e-helse, som igjen baseres på Difis prosjektveiviser. Det er benyttet nivå for minimumskrav konseptvurdering.

I forbindelse med utredningen av NFH i helsetjenesten, ble det opprettet en nasjonal arbeidsgruppe med representanter fra spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten i tillegg til representanter fra Direktoratet for e-helse. I tillegg er det avholdt flere enkeltmøter med ulike klinikere i både spesialist – og primærhelsetjenesten. Representantene har kommet fra helsestasjon, fødeklipp, laboratoriearbeid, akuttkjeden og fra sikkerhetsenheter og arkitekturavdelinger. Det har blant annet blitt arbeidet med behov og beskrivelse av ønsket fremtidig situasjon. I tillegg er det blitt avholdt to ekstra arbeidsmøter med representanter fra primærhelsetjenesten for å sikre det helhetlige gevinstperspektivet.

3. PROSJEKTETS HENSIKT

Prosjektets hensikt kan beskrives gjennom effektmålene. De viktigste effektmålene er følgende:

- Antall tilfeller der pasientinformasjon blandes sammen, avtar med 80 %. Målet gjelder for pasienter som ikke kan gjøre rede for seg og/eller som trenger en unik, sikker ID.
- Alle pasienter skal ha enten fødselsnummer, D-nummer eller NFH slik at alle pasienter kan identifiseres og slik at samhandlingen rundt alle pasienter innenfor helsetjenesten kan bli god, på tvers av organisasjoner og nivåer.
- Tilby aidentifisering i forbindelse med forskning, beredsskapsøvelser og ved bruk av kode 6 og ev. kode 7 (Kode 6 og 7 benyttes til personer som trenger strengt fortrolig eller fortrolig adresse).
- Økt tid (x timer) til kliniske arbeidsoppgaver ved at det ikke lenger må rettes opp i situasjoner der pasientinformasjon er sammenblandet.

3.1. Nåværende situasjon

Hovedproblemet i dag er at pasienter eller rekvisisjoner som sendes fra primærhelsetjeneste til et helseforetak, eller mellom regioner krever manuell håndtering. Dette fører til brutte digitale prosesser som igjen stopper samhandling på tvers. Bruk av dagens lokale og regionale hjelpenummer er til hinder for **digitalisering, automatisering, pasientsikkerhet og samhandling på tvers** innenfor regionene og mellom fastlege-spesialist-kommune.

- Det tildeles lokale og regionale hjelpenumre i helseforetakene som ikke er nasjonalt unike. Dette fører til at to eller flere pasienter kan være på samme sted til samme tid og være identifisert med samme ID. Dette øker faren for forveksling av pasienter og prøvesvar og kan føre til sammenblandinger av informasjon som igjen bidrar til at det settes feil diagnose som igjen fører til feil behandling. Problemet oppstår når pasienter og prøver sendes mellom ulike aktører innenfor helsetjenesten.
- Samme pasient kan få tildelt flere hjelpenumre med påfølgende utfordringer med sammenslåing. Det krever ekstra arbeid og manuelle rutiner å sikre at dokumentasjon i behandling og laboratoriesvar samles i riktig journal.
- Henvisninger og rekvisisjoner fra primærhelsetjenesten sendes ofte med bakgrunn i pasientens navn, fødselsdato og adresse, dersom pasienten har en fast bopel. Dette er igjen en utfordring for pasientsikkerheten.

Årlig genereres det minimum 53000 hjelpenummer i Helse Sør-Øst for å sikre korrekt ID av pasienter. Volumet av hjelpenummer kan være vesentlig større. I følge informasjon fra Oslo universitetssykehus kan det være opp til seks ganger større dersom en tar med ID- generering i alle større og mindre spesialsystemer. Helse Sør- Øst utgjør ca. 50% av den totale spesialisthelsetjenesten i Norge. Vi antar derfor at det som et minimum genereres 106.000 hjelpenumre i spesialisthelsetjenesten. Mest sannsynlig langt flere. Statistikk fra Helse Nord og Helse Midt støtter opp under denne antagelsen. Mest sannsynlig brukes det langt flere hjelpenummer i spesialisthelsetjenesten og i tillegg kommer primærhelsetjenesten med kommunale legevakter som også tar i mot turister som har blitt syke/utsatt for skade i Norge. Tall på turister som oppsøker legevakt er ikke mulig å oppdrive, men vi vet at totalt antall turister i Norge ligger på ca 8 millioner per år fordelt på 3 millioner cruise turister og 5 millioner andre turister.

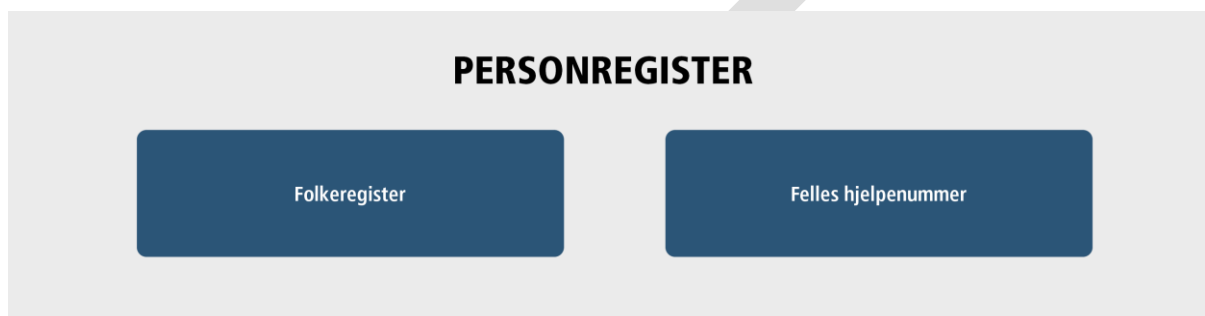
Følgende grupper er aktuelle brukere av NFH:

- Nyfødte
- Turister
- Flyktninger
- Asylsøkere (som enda ikke har fått D-nummer)
- Fremmedarbeidere innenfor og utenfor EU (sin ikke har mottatt D-nummer eller DUF-nummer)
- Ambassadeansatte
- Bevisstløse eller andre som ikke kan eller som ikke ønsker å gjøre rede for seg.
- Personer som trenger å være anonyme eller som ønsker å være anonyme innenfor helsetjenesten
- Videre kan muligheten for anonymiseringen som dette nummeret gir, ble benyttet i forbindelse med beredskapsøvelser til markører, og i forbindelse med forskning
- Norge har et utbredt grensesamarbeid med sine naboland, med hovedvekt på Sverige. Her vil det være god bruk for nasjonale, felles hjelpenumre som ID for å sikre pasientsikkerheten til utenlandske pasienter mens de er pasienter i det norske helsevesenet.
- Flere medisinske registre vil kunne nyttiggjøre seg et nasjonalt, felles hjelpenummer, f.eks. medisinsk fødselsregister og MRS-registeret.

- Barn av fremmedarbeidere fra EU der den voksne arbeider i Norge, mens barnet bor i sitt opprinnelige hjemland. Det er behov for oversikt over disse barna med take på ev. økonomiske rettigheter.
- Psykisk utviklingshemmede som ikke kan gjøre rede for seg, som ikke har et norsk fødselsnummer eller D-nummer. Dette er personer der det kommer en rekvisisjon fra tannhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten om tannbehandlingen med anestesi. (Marginalt behov).

3.2. Nåværende tjeneste for nasjonalt, felles hjelpenummer

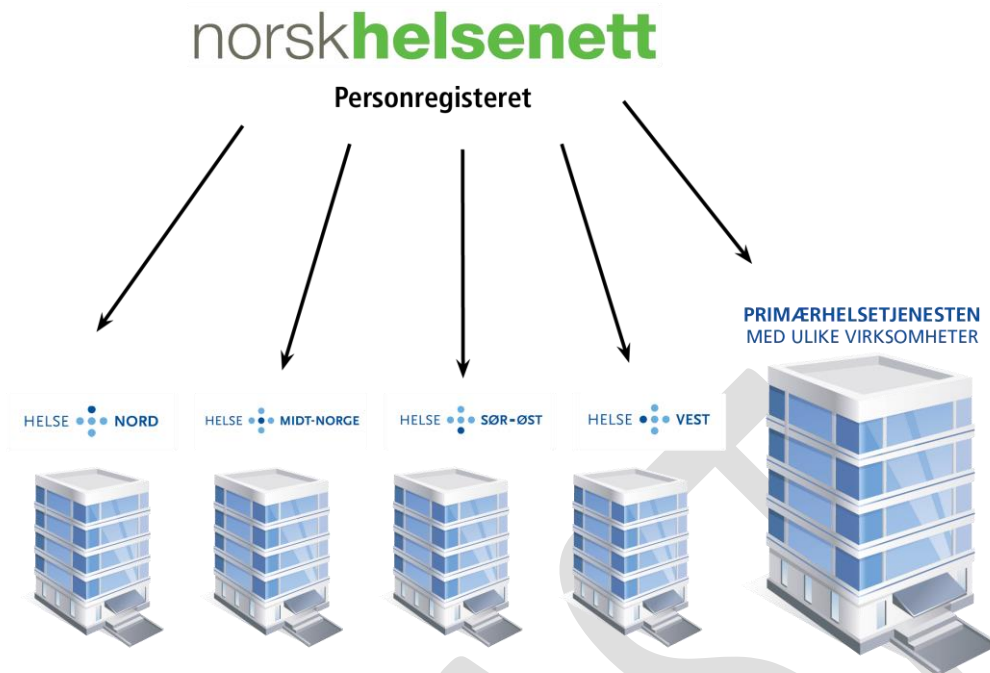
Det finnes i dag en tjeneste for felles, nasjonalt hjelpenummer. Tjenesten ligger i Personregisteret i Norsk helsenett.



Figur 1: Viser personregisteret (PREG) som inneholder en tjeneste for Folkeregisteret og dagens felles hjelpenummer.

NHN tilbyr i dag funksjonalitet for folkeregisteret og felles, nasjonalt hjelpenummer i en tjeneste: Personregisteret. Personregisteret vil legges ned og erstattes med registeret FREG.

KITH har utarbeidet standard for felles hjelpenummer til bruk på tvers av virksomheter. Standarden ble publisert i 2010. Det finnes ca. 160 millioner tilgjengelige felles hjelpenumre.



Figur 2: Viser hvordan nåværende felles hjelpenummer kan distribueres til hele helsetjenesten. Det er dessverre kun 5-6 brukere av tjenesten

Når kliniker skal opprette et felles hjelpenummer gjøres dette fra virksomhetens pasientjournalssystem.

Nummerserien kommer fra PREG (Nåværende personregister) og transporteres i dag via ekstern leverandør.

Tjenesten er i dag kun benyttet av 2-3 fastlegekontor, akuttmottaket i Bærum og Trondheim samt av det nasjonale MRS-registeret. MRS-registeret er et medisinsk kvalitetsregister som benyttes i spesialisthelsetjenesten for å samle informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper.

3.2.1. Hvorfor NFH ikke er tatt i bruk

Det er potensielt flere årsaker til at helsetjenesten som helhet, ikke tok felles hjelpenummer i bruk som tjeneste da denne ble lansert. Noen av årsakene;

- Ikke tilstrekkelig koordinering og nasjonal implementeringsstøtte
- Pasientjournalssystem og fagsystemer måtte tilrettelegges for å motta et felles hjelpenummer. Dette krevde endringer i systemenes GUI, samt ev. i informasjonsmodellen. Integrasjonen mellom alle systemer som utveksler pasientID måtte også endres. Dette ble kostbart og tiltaket konkurrerte med flere store, viktige implementeringsprosjekter.
- I tillegg til tilrettelegging av systemene fra leverandørens side, krevde implementering av felles hjelpenummer vurdering av manuelle rutiner der tilrettelegging av systemene av ulike årsaker ikke kunne utføres. Dette betød at planleggingsarbeidet rundt innføring av et nasjonalt hjelpenummer ble betydelig, og dette ble det ikke tatt hensyn til i alle planer og budsjetter.
- Manglet et nasjonalt pålegg om at tjenesten skulle tas i bruk

3.3. Situasjonen hvis det ikke gjennomføres et nytt prosjekt for innføring av NFH

- Dersom prosjektet ikke gjennomføres vil alle pågående og kommende prosjekter måtte utvikle egne lokale eller regionale løsninger som ivaretar pasienter som i dag ikke har fødselsnummer eller D-nummer. Dette vil være svært kostnadskrevenende. Videre krever proprietære løsninger at ressurser i regionene må bli omdisponert fra andre prosjekter, som for helsetjenesten kan fremstå som viktigere. Dette strider videre direkte mot e-helsestrategiens målsetting om at det som kan utvikles nasjonalt, skal utvikles nasjonalt.
- Gammel plattform (PREG), må driftes sammen med ny FREG, da det allerede er aktører (min. 5 stk.) som benytter dagens NFH slik denne fremstår på PREG, i dag. Dette vil bety ekstra, unødvendige kostnader i en lengre periode.

3.4. Virkning prosjektet skal ha på helsetjenesten

Overordnet vil vi peke på følgende effekter:

Bidra til økt pasientsikkerhet

- Slutt på situasjoner der to ulike pasienter har fått samme ID og at deres pasientopplysninger sammenblandes.

Bidra til digitalisering og samhandling

- Pasienter eller rekvisisjoner som sendes mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, mellom regioner, helseforetak etc. vil ikke lenger kreve manuell håndtering. Det vil være ubrutte, digitale prosesser som legger til rette for samhandling. NFH vil fremme digitalisering, automatisering, pasientsikkerhet og samhandling på tvers innenfor regionen og mellom fastlege-spesialist-kommune.

Unngår proprietære løsninger med tilhørende kostnader

- Dersom det utvikles en nasjonal løsning for NFH, vil det ikke være nødvendig å utvikle , forvalte og drifte samt betale for proprietære løsninger. Dette er en stor besparelse for den enkelte region eller kommune.

Bidra til effektivisering og høyere kvalitet

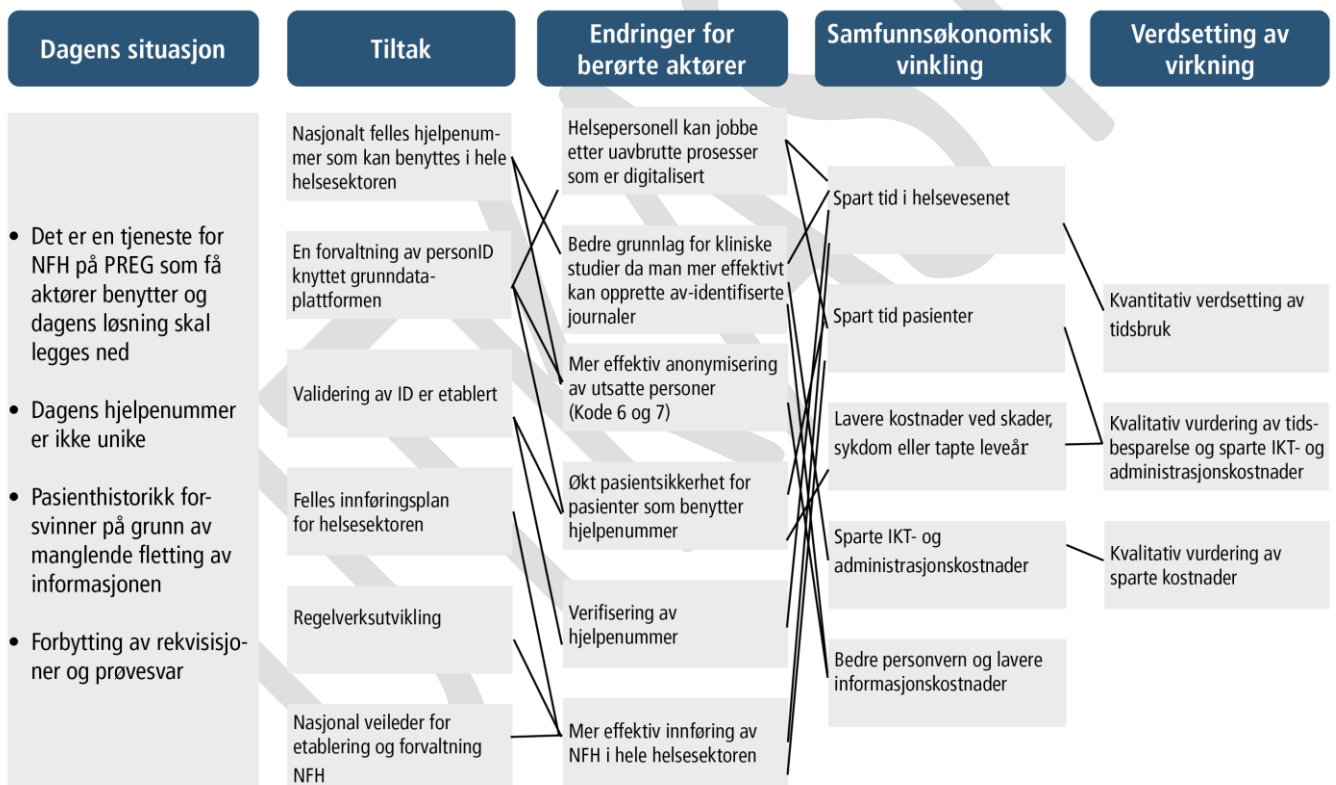
- Det vil ikke lenger være fare for å blande resultater fra utprøving av nye metoder eller kliniske studier med pasientens journalopplysninger. Behov for å bruke helsepersonells tid på manuelle tidkrevende kontroller, vil falle bort. I tillegg vil rutine knyttet til henvisninger og rekvisisjoner med NFH bli betydelig forenklet sammenlignet med dagens.
- For voldsutsatte personer og andre som har behov for beskyttelse kan man velge å ikke knytte personinformasjon til et NFH.
- Uthenting av betydelige gevinster på mer enn 30 mill. pr. år. Dette kan hentes ut som kvantitative effektiviseringsgevinster eller som kvalitetsgevinster målt i antall frigjorte timer som kan benyttes til andre tiltak. Kvalitetsgevinstene må ses i sammenheng med gevinster knyttet til høyere pasientsikkerhet.

Sikrer at alle pasienter som identifiseres med D-nummer kan benytte NFH når D-nummerserien ikke lenger inneholder tilstrekkelig med D-nummer

- Fra Skatteetatens konseptvalgutredning som ligger på regjeringens side står det: «Kapasiteten til dagens D-nummeret er lav allerede i dag, og vil være kritisk lav fra 2030. Det betyr at etter 2030 kan man ikke tildele unike D-nummer uten å endre kriterier for tildeling eller nummerets utforming»
<https://www.regjeringen.no/contentassets/c7cc56174c6645349b847c0614119e8b/skd-rapport-konseptvalgutredning.pdf>

3.4.1. Virkningskjede

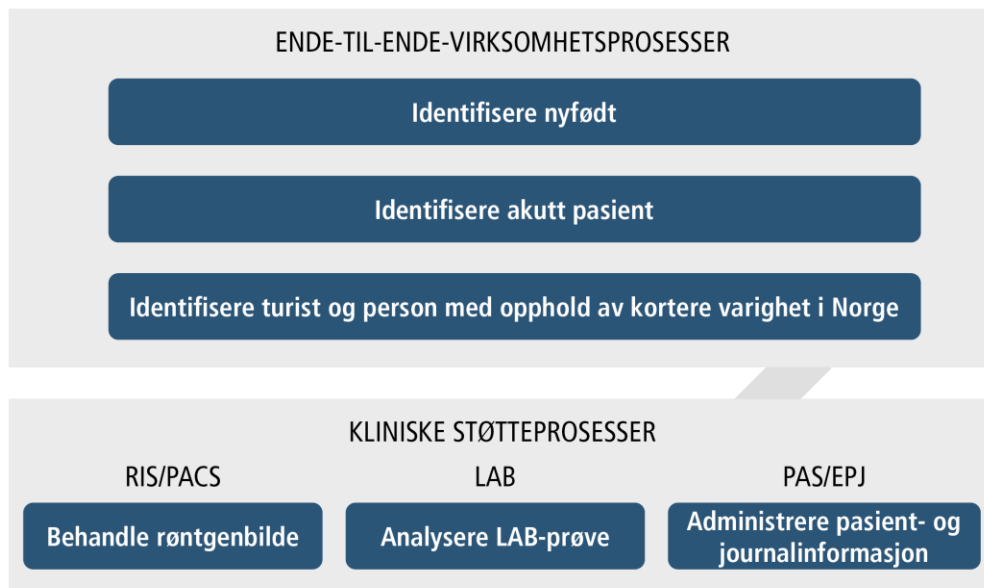
Nedenfor presenteres virkningskjede for NFH. Denne viser dagens situasjon, tiltak som foreslås igangsatt, endringer for berørte aktører, samfunnsøkonomisk virkning og verdsetting av virkning.



For en nærmere beskrivelse av gevinstpotensialet, se pkt. 6.2 i prosjektforslaget.

3.5. De viktigste behovene som prosjektet må rettes mot

Følgende prosesser har et spesielt stort behov for en tjeneste for NFH:



Figur 3: Viser virksomhetsprosesser der NFH vil bidra til betydelige gevinster. Figuren er hentet fra «Regional PAS/EPJ-Hjelpenummer.Sluttrapport» fra Helse Sør-Øst

Gjennom oppnåelse av følgende resultatmål, vil prosjektet ivareta de viktigste behovene:

- Etablere en tjeneste for NFH
- Etablere mulighet for validering av NFH og for personidentifikatorer
- Etablere en forvaltning for personidentiteter i tilknytning til Grunndataplattformen (Fødselsnummer, D-nummer og nasjonalt, felles hjelpenummer)
- Bistå Helse –og omsorgsdepartementet i utvikling av en forskrift der helsetjenesten pålegges å benytte en av følgende tre personidentiteter (fødselsnummer, D-nummer og NFH) på en pasient som behandles eller får omsorgstjenester innenfor norsk helsevesen
- Utvikle nasjonal veileder for uttak og forvaltning av NFH

3.5.1. Behov som er felles for de identifiserte endeprosessene:

- Det må sikres at ID på pasienter som ikke har fødselsnummer eller d-nummer, håndteres i en enkel og forståelig prosess på tvers av alle nivåer i helsesektoren (Fastlege, Spesialist, Kommune) der alle har tillit til at ID som blir brukt, identifiserer pasienten på en sikker og unik måte.
- Det er behov for at prosesser og rutiner for ansvarsfordeling knyttet til kobling og reversering av NFH er felles (nasjonale) innenfor helsevesenet og at disse er godt beskrevet samt lett tilgjengelige.
- Det er et behov for økt pasientsikkerheten for de pasientene som ikke kan identifiseres med fødselsnummer eller d-nummer. Disse pasientene får i dag et ikke-unikt lokalt eller regionalt hjelpenummer i påvente av et senere d-nummer eller fødselsnummer. Det er manuelle rutiner knyttet til koblingen mellom ikke-unike lokale/regionale hjelpenummer og D-nummer/fødselsnummer. Disse manuelle rutinene fører ofte til feil og sammenblandinger av pasienter og prøver.

- Brukerne av NFH skal være både konsumenter og produsenter av informasjon vedrørende NFH. Det å være produsent øker kompleksiteten lokalt og regionalt. Det må tas hensyn til dette i utforming av den totale forvaltningen av NFH.

3.5.2. Behov knyttet til « Analysere laboratorieprøve»

Hovedutfordringen for sykehuslaboratoriene oppstår når laboratorieprøver rekvireres og sendes fra primærhelsetjenesten til sykehus og mellom sykehus på tvers av helseregioner. Når pasientens identitet er ukjent, eller informasjon om fødselsnummer mangler er det en risiko for at prøver og prøvesvar fra to pasienter forveksles. For å forhindre at slike situasjoner oppstår er følgende viktig:

- Det må legges til rette for elektronisk rekvisisjon av prøver sendt fra andre regioner, fastleger og kommuner på pasienter uten fødselsnummer eller D-nummer.
- Antall tilfeller der det er behov for å re-merke prøver til kliniske og patologiske laboratorier etter at de er mottatt i laboratoriet, må reduseres.
- Det må legges til rette for analyse av utenlandske prøver med mulighet for å se historikk på en utenlandsk pasient.

3.5.3. Behov knyttet til prosessen «identifisere nyfødt barn»

Syv – ni prosent av de nyfødte barna må vente inntil 72 timer på å få sitt rette fødselsnummer. Dette skjer når fødselsmeldingen går til manuell behandling hos skatteetaten. Når fødselsnummeret endelig kommer tilbake til sykehuset, har disse barna fått ett eller flere lokale eller regionale hjelpenumre, og det er blitt registrert mye informasjon om barnas helsetilstand på disse hjelpenumrene. Dette bidrar til at det er vanskelig å finne riktig informasjon om barnet når dette er nødvendig, noe som bidrar til dårligere pasientsikkerhet. For å sikre historikk og bidra til at det enkelt kan finnes frem til riktig informasjon, må informasjon om barnet «smeltes» sammen til en journal der alle nødvendige opplysninger finnes. Dette tar lang tid, og bidrar til lite effektiv bruk av klinisk arbeidskraft. Jordmødre har et behov å prioritere pasienter fremfor administrative arbeidsoppgaver.

- Det er en utfordring at nyfødtscreeningen ikke kan vente på at barnet manuelt tildeles et fødselsnummer. Det er behov for en løsning innenfor nyfødtscreening som ivaretar pasientsikkerhet for alle nyfødte og sørger for at det administrative arbeidet effektiviseres. Dette gjelder spesielt med tanke på de tilfellene der fødselsmeldingen sendes til manuell behandling hos Skatteetaten, med påfølgende lang behandlingstid før fødselsnummeret kommer tilbake til sykehuset.
- Helsestasjonen har et behov for rask informasjon om at fødsel har funnet sted, herunder kunnskap om barnets fødselsnummer eller ev. et NFH, før fødselsnummeret senere tildeles. Dette behovet har sammenheng med at helsestasjonen har et behov for å planlegge sin logistikk i forbindelse med hjemmebesøk.

3.5.4. Behov knyttet til akuttkjeden

Det er spesielle behov knyttet til ID ved akutte hendelser. Pasienten kan være bevisst eller være ute av stand til å gjøre rede for seg. Det er ikke alle som bærer ID – kort med seg. Videre er det en utfordring at det stadig kommer flere turister til Norge, som har utenlandsk ID. Særlig innen

cruisetraffikk kan det være overvekt av eldre og syke mennesker som trenger medisinske tjenester mens de er i Norge. I forbindelse med turisme er det ofte mange mennesker samlet på et lite område. Dette bidrar til mange skadde personer i forbindelse med ulykker. Dette kan være en utfordring sett i forbindelse med utstedelse av nød-identitet, som er begrenset i antall pr. installasjon av pasientjournalssystemet.

I dag er det problematisk å lese av fødselsdato. Det kan finnes mange lister, etiketter mm. hvor det ikke er plass til lesbar fødselsdato i eget felt i tillegg til pasientens ID. Dette bør kartlegges og undersøkes grundigere med hensyn til hva som eventuelt må endres i journal- og fagsystemer.

- Det er behov for å kunne gi en unik og sikker ID raskt, til mange mennesker i forbindelse med ulykker.
- Det er behov for en ID som gjelder på tvers av nivå og på tvers av regioner og helseforetak
- Det er behov for rask tildeling av ID
- Det er behov for historikk knyttet til den enkelte pasient
- Det må utarbeides en elektronisk løsning som fungerer som nødrutine.
- Det er et behov for at AMK kan legge inn både felles hjelpenummer og utenlandsk nummer /ID

3.5.5. Behov i forbindelse med utenlandske arbeidstakere (herunder sesongarbeidere i distriktene) som venter på D-nummer men allerede befinner seg i landet.

For å få D-nummer kreves det i mange tilfeller personlig oppmøte ved ett skattekontor for identifikasjon. D-nummer utstedes av ligningskontoret etter søknad. Kopi av pass bevitnet av politi må vedlegges søknaden. Behandlingstid er ca. 3 uker eller mer. Omfanget av sesongarbeidere er ca 80 000 om året

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/faerre-svensker-men-flere-polakker-og-litauere>

3.5.6. Behov knyttet til utenlandske pasienter og prøver

- Turist fra land x som blir syk og behandles i Norge, skal faktureres land x og ikke HELFO i Norge.
- Turist fra Schengenområdet som blir syk og behandles i Norge kan faktureres HELFO pga. avtale.
- Kan benyttes som støtte i tolkning av analyseresultater i forbindelse med genetikk og andre forhold.
- Kan bidra til at evt. identiske nummer fra ulike land ikke blandes sammen dersom det tas hensyn til landskode i alle systemer og integrasjon.
- Det er ikke alltid nok med bare landskode. Noen land har flere ID basert på geografisk område i landet.
- Egne felt for aktuelt forsikringselskap til den utenlandske personen er også ønsket (reiseforsikringen skal dekke omkostningene for prøvetaking og analyse). Volven kodeverk brukes også i FHIR så dette kan være et mulig valg for landskode.

3.5.7. Behov knyttet til grensesamarbeid

Det er opprettet avtaler både med Sverige (gjelder ca. 2000 pasienter) Russland og Finland angående behandling av pasienter ved norske sykehus. Norske ambulanser kjører russere til behandling ved norske sykehus. Dette gjelder for hele Nord-Norge. Grensesamarbeidet stiller særlige krav til administrasjon av en unik, sikker ID til pasienter fra våre samarbeidsland. Samarbeidet stiller også særlige krav til muligheter for fakturering.

Russiske statsborgere bosatt i Barentsregionen. «Finnmarksykehuset og helsemyndighetene i Murmansk inngikk i 2010 en avtale om gjensidig samarbeid når det gjelder akuttberedskap og grensekryssende pasienttransport.»

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nytt-norsk-russisk-helsesamarbeid/id2545601/>

- Det er viktig å kunne gi pasienter fra samarbeidsland en unik og sikker ID under behandling i norsk helsevesen. Det er også nødvendig å ha en samlet journal for pasienter innenfor denne pasientgruppen. Dette kan illustreres gjennom f.eks svenske førstegangsmødre som føder på Sykehuset i Østfold og kommer til et annet grensesykehus (i Helse Midt pga egen flytting i Sverige) før barnefødsel nummer to.

3.6. Strategisk forankring og utviklingstrekk

Type trend	Benevnelse	Forklaring
Strategiforankring	Èn innbygger – èn journal	Arbeidet med "Èn innbygger - èn journal" er delt opp i tre overordnede tiltak: 1) etablering av Helseplattformen i Midt-Norge, 2) videreutvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalsystemer og 3) etablering av løsninger for helhetlig samhandling og felles kommunal journal.
Strategiforankring	Nasjonal e-helsestrategi 2017 - 2022	"Et grunnleggende prinsipp for realisering av e-helse-politikken er at det som kan bli løst nasjonalt, skal løses nasjonalt"
Strategiforankring	"Èn digital offentlig sektor". Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019 - 2025	Regjeringen prioriterer å utvikle sammenhengende tjenester. Strategien trekker frem følgende livshendelser: Få barn, alvorlig sykt barn osv.. SES i SAMMENHENG med digitalisering
Strategiforankring	Granavolden plattformen	Helse- og omsorgstjenestene i kommunene skal moderniseres og styrkes. Samarbeidet med spesialist-helsetjenesten må bedres for å sikre sammenhengende, trygge tjenester som ivaretar den enkeltes behov

Strategiforankring	Kravet til pasientsikkerhet og til sikker identifisering	Krav til pasientsikkerhet i helsetjenesten gjør det nødvendig å fastlegge pasienters riktige identitet før behandlingsrettede tiltak som behandling, diagnostisering og informasjonsutveksling. Dette er hovedparameter i alle vurderinger og i de fleste av strategidokumentene
Strategiforankring	Meld.St.28 «Legemiddel-meldingen»	Målsetting beskrevet i meldingen er følgende: «Sikre god kvalitet ved behandling med legemidler»
Samfunnstrender	Demografisk utvikling	Forventet demografisk utvikling vil drive opp etterspørselen etter helsetjenester. Dette vil føre til mangel på helsepersonell og en større vektlegging av kliniske oppgaver. Administrative oppgaver automatiseres i større grad. (SKRIV OM)
Samfunnstrender	Økende turisme	Det er en økende trend innenfor turisme til Norge. Dette gjelder særlig innenfor cruisetrafikk. Passasjerene er ofte eldre personer som trenger helsetjenester i Norge
Samfunnstrender	Digitalisering	Helsesektoren digitaliseres og trenden med økende digitalisering forventes å fortsette. Dette krever en unik, sikker ID for alle personer. (SLÅ SAMMEN)
Samfunnstrender	Globalisering	Pasienter og prøver sendes i større grad mellom land. Det er behov for å kunne fakturere utenlandske kunder på en sikker måte. Dette krever sikker identifisering.
Utfordring	Saker fra Pasientskadenemnda der manglende unik, sikker ID spiller en rolle; "ombytting av prøver, prøvesvar med tilhørende feil behandling, feil pasient	SKAL DISSE TIL INNLEDENDE KAP?
Samfunnstrender	Behandling vil foregå lenger ut i behandlingsskjeden samt hjemme hos pasienten	Informasjonen vil kunne «henges» på felles hjelpenummer. Slagbehandling, ultralyd og lokal prøvetaking i ambulansen.

3.7. Erfaringer fra Sverige

I dag mangler det en nasjonal felles håndtering av hjelpenumre for pasienter i Sverige. Hjelpenummer håndteres unikt i beste fall på regionsnivå men ofte er det flere ulike hjelpenumre innenfor en region. Det finnes heller ikke en bestemt metodikk for hvordan man skal sammenflette (smelte) sammen de forskjellige identitetene en pasient kan ha. Til slutt mangler det en nasjonal standard for nasjonalt unike hjelpenumre innenfor helsesektoren i Sverige og det er heller ikke en nasjonal masterkilde for hjelpenumre. De store felles systemene for helsesektoren (som NPÖ) har ikke støtte for å kunne håndtere pasienter med hjelpenumre.

I «Inera-rapporten (Landsting og regioner i samvirke for E – helse)» er det inngående beskrevet hvordan identiteter til personer som ikke kan gjøre rede for seg og som ikke har en svensk, sikker ID i dag behandles, samt de problemer dette fører med seg. Inera-rapporten beskriver hvordan svenskene har tenkt å løse dette.

https://www.inera.se/globalassets/tjanster/personoppgiftstjansten/dokumentblock/forstudie_r_eservidentiteter.pdf

I det videre arbeidet kan det trekkes veksler på flere punkter i denne rapporten, f.eks. innenfor beskrivelser av scenarier og krav.

4. MULIGE ULEMPER

Utredningen har ikke identifisert negative effekter vedrørende innføring av NFH i helsesektoren.

5. NYTTE/KOST-VURDERINGER

Tabellen under pkt. 5.1 viser nytte/kost-vurdering sett over hele prosjektproduktets antatte levetid.

NB: Regionale innføringskostnader er ikke innbefattet i prosjektkostnadene. Lokale og regionale forvaltningskostnader er ikke innbefattet i Drift – og forvaltningskostnade

Henvis til prosjektforslaget for detaljer

5.1. Prosjektets samlede lønnsomhet

Prosjektets samlede nytte/kost i et 10 års perspektiv	Mest sannsynlige verdier	Mest optimistiske verdier	Mest pessimistiske verdier
Prosjektkostnader (P) inkludert nasjonal koordinering	20 mill.	10 mill.	30 mill.
Drift – og forvaltningskostnader, ny løsning (D). Knyttet til sentral løsning.	18 mill.	15 mill.	30 mill.
Bruttogevinster (B)	240 mill.	400 mill.	200 mill.
Nettogevinster (B-P-D)	202 mill.	375 mill.	140 mill.
Kvalitative gevinster (K); En sikker, unik identifikator i hele helsetjenesten			

5.2. Regionale og lokale innføringskostnader og forvaltningskostnader

Forutsetninger for estimatet:

- At nasjonalt, felles hjelpenummer blir et statlig pålegg/nedfelles i en forskrift. Dette åpner for at mange kostnader er inkludert som vedlikehold i kontraktene.
- At implementering og test kan gjøres samtidig som andre (planlagte) endringer skal utføres.
- At det utvikles en tjeneste for validering (Validatoren) slik at leverandør slipper å utvikle komplisert logikk og helseregionene slipper grundige tester av hver enkelt applikasjon
- Helseregionene har bare kartlagt de viktigste applikasjonene, vi vet ikke hvor mange andre applikasjoner som må endres eller hvor mye MTU utstyr som er berørt, og som kanskje må byttes ut
- Estimatenes for HSØ forutsetter et regionalt prosjekt over maksimum 2 år.

Dette er beste estimat ut fra nåværende kunnskap. Det er fremdeles mange forhold vi ikke har detaljert innsikt i.

Kostnader	Helse Sør- Øst	Helse Vest	Helse Midt- Norge	Helse Nord	Kostnader for primær- helsetjenesten
Stipulerte innførings- kostnader	50 mill.	10 mill.	5 mill.	5 mill.	0,2 mill. *20 journalssystemer= 4 mill.
Stipulerte Forvaltnings- kostnader under innføringsperioden	2 mill.	0,5 mill.	0,25 mill.	0,25 mill.	0,02 mill. pr. kommune
Totalt	52 mill.	10,5 mill.	5,25 mill.	5,25 mill	11,12 mill.

Det er 20 journalssystemer som benyttes i kommunesektoren, inkludert tannhelsetjenesten. Vi har antatt at påkrevde endringer pr. journalssystem vil koste 200.000 NOK. Dersom endringene utføres samtidig med endringer i Grunndataplattdformen er antagelsen at disse kostnadene halveres, da vi kun trenger å gjøre endringer en gang. Kostnadene vil gå fra totalt 4 mill NOK til 2 mill. NOK. Det er beregnet antall kommuner slik dette vil være fra 01.01.2020. Antall kommuner vil da være 356.

Det er risiko knyttet til overslaget, ref. forutsetningene som er lagt til grunn. I tillegg kan fagsystem i kommunehelsetjenesten være avhengig av endringer. Dette er det ikke tatt hensyn til i overslaget. Dette beskrives i pkt. 9.7 i prosjektforslaget.

5.3. Sentrale forutsetninger for vurderingene

De sentrale prosjektkostnadene er vurdert og anslått. Den mest optimistiske verdien er på 5 mill. kroner. Dette omfatter kun teknisk utvikling. Nasjonal koordinering, testing etc. kommer i tillegg.

Drift – og vedlikeholdskostnader er basert på erfaringer fra "løsning for automatisk fødselsnummer".

Noen av de viktigste gevinster er tallfestet og legges ved som vedlegg. Det poengteres at de fleste gevinstene kan hentes ut i spesialisthelsetjenesten. Dette antas å komme av at det er her pasientene behandles. Det er trolig langt flere gevinster fra primærhelsetjenesten enn det som vises. Dette har sammenheng med at det har vært liten tilgang på kommunale nøkkelpersoner underveis i utredningsarbeidet. Gevinster fra etablering av felles hjelpenummer i tilknytning til akuttkjeden estimeres til å være ca. 9 mill. pr. år når løsningen er etablert nasjonalt. For laboratorievirksomheten estimeres verdien til å bli minst 16 mill. pr. år, men sannsynligvis vil verdien bli betraktelig høyere. For fødsel er det estimert ca. 5,5 mill. i gevinster, primært fra HSØ og HN i spesialisthelsetjenesten, men det forventes også gevinster i primærhelsetjenesten. Gevinstene vil måtte justeres underveis i prosjektet. Anslaget i prosjektbegrunnelsen er lavt.

6. INVESTERINGSANALYSE

Det er svært store gevinster knyttet til resultatene fra et prosjekt for innføring av NFH. Samtidig er prosjektkostnadene og forvaltningskostnadene lave. Etter 10 år estimeres nettogevinster på 202 mill. NOK.

I analysen er det kun tatt med prosjekt – og drift/forvaltningskostnader for sentral løsning.

Økonomiske hovedtall	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	År 9	År 10	Totalt
Prosjektkostnader (P)	7,5	5,5	4,5	2,5	0	0	0	0	0	0	20
Drift- og forvaltningskostnader (D)	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18
Bruttogevinster (B)	0	10	20	30	30	30	30	30	30	30	240
Nettogevinster (B–P–D)	-7,5	2,5	13,5	25,5	28	28	28	28	28	28	202

Alle tall i millioner kroner

Det vil også påløpe implementeringskostnader og drift og forvaltningskostnader for spesialist – og primærhelsetjeneste.

7. FINANSIERING

Finansieringen av prosjektet er ikke avklart.

Følgende muligheter undersøkes:

- Samfinansiering mellom NUIT og MF Helse for å kunne finansiere sentrale investeringer og koordinering.
- Endringer i lokale/regionale løsninger samt lokal/regional innføring må dekkes av regioner og kommuner

Forslag om øremerkede midler over Statsbudsjettet (Midler for å støtte koordinert innføring) vil undersøkes som en mulighet ved neste budsjettinnspill til Helse – og omsorgsdepartementet.

Vedlegg

KONSEPT_Prosjektforlag