



Løsningsbeskrivelse

FORSIKRINGSMELDINGER

Versjon 3.0 – etter gjennomgang q3 2018 – godkjent 11. desember 2018.

1 Innholdsfortegnelse

2	Innledning.....	2
3	Overordnet prosessflyt	3
4	Prinsipielle rammebetingelser/forutsetninger for løsningen	3
5	Funksjonelle krav	4
6	Tekniske krav.....	6
7	Avgrensninger.....	6
8	Eksempel på meldinger	6

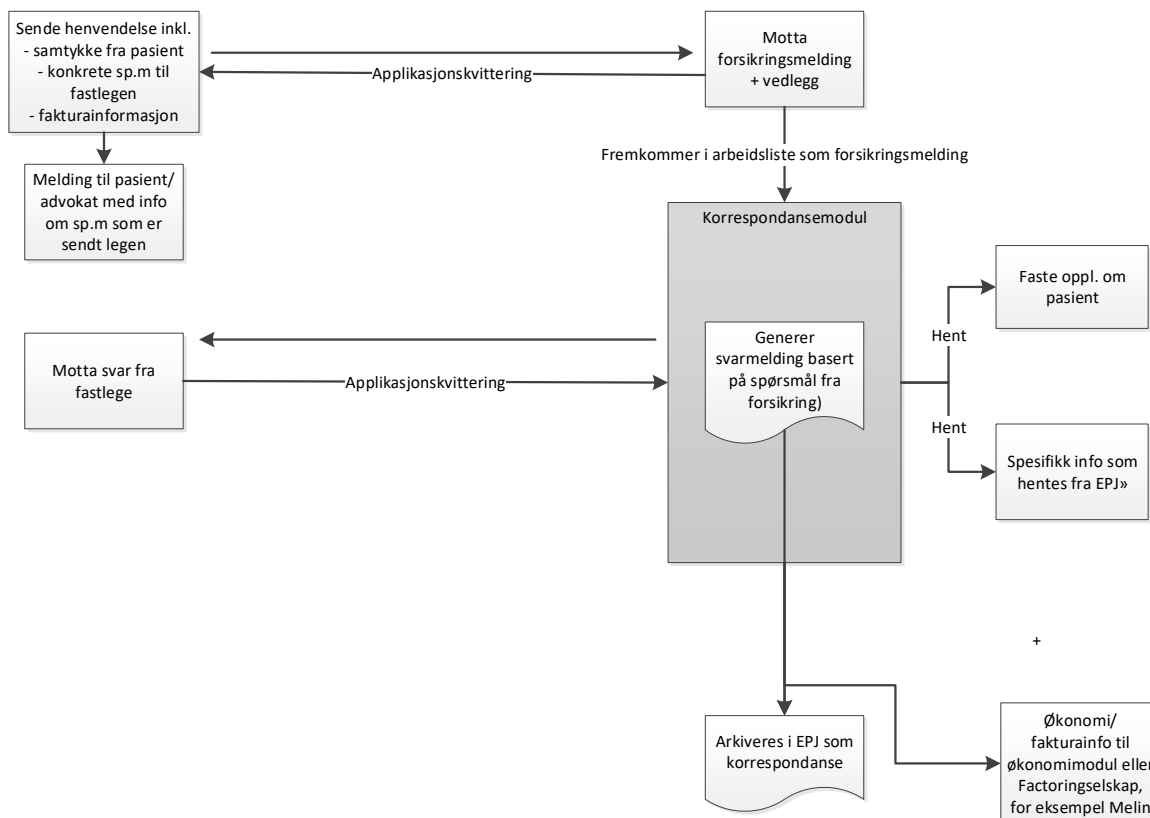
2 Innledning

Dette dokumentet er utformet som en leveranse i prosjekt for forsikringserklæringer i elektronisk pasientjournal i regi av Norsk forening for allmennmedisin og Finans Norge Forsikringsdrift (FNF). Versjon 3.0 av løsningsbeskrivelsen er videreutvikling av versjon 2.0 fra august 2015. Endringene er et resultat av erfaringer og fra utviklingsarbeidet og endringer i prosjektets omgivelser gjennom 3 år. Viktig i denne sammenheng er EPJ løftet, som er et samarbeid mellom legeföreningen og Direktoratet for eHelse, for å sikre en styrt videreutvikling av legenes EPJ-løsninger. Direktoratet for eHelse har også utarbeidet en egen meldingsprofil av dialogmelding til bruk for denne aktuelle dialogen.

Dokumentet skal fungere som grunnlag for videre utvikling av løsningene hos EPJ leverandørene, FNF og det enkelte forsikringselskap. Den reviderte løsningsbeskrivelsen er fremkommet i samarbeid mellom funksjonelle og tekniske ressurser fra NFA, FNF, Gjensidige, direktoratet for eHelse og EPJ leverandørene (CGM, Hove og Infodoc).

Når det gjelder tekniske rammebetingelser for benyttelse av Norsk Helsenett, må alle forsikringselskaper som ønsker å benytte løsningen tegne avtale med Norsk helsenett. FNF har avtale med NHN som ASP leverandør, og bistår forsikringselskapene i dette.

3 Overordnet prosessflyt



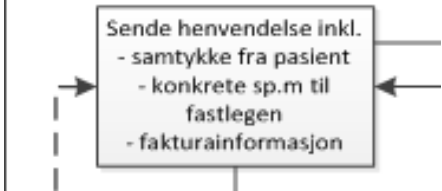
4 Prinsipielle rammebetingelser/forutsetninger for løsningen

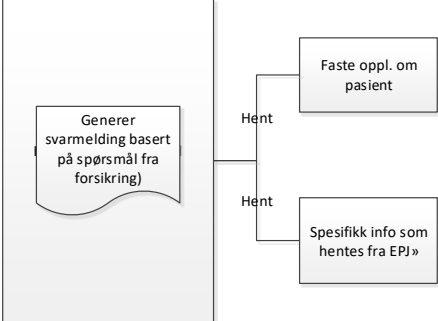
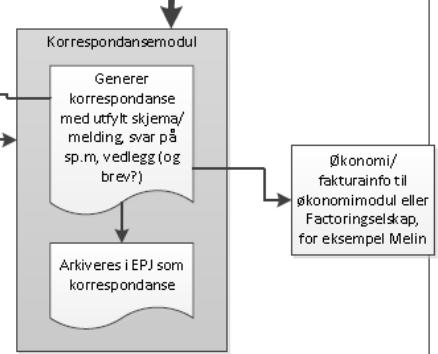
Følgende rammebetingelser/prinsipielle forutsetninger skal legges til grunn for utvikling av løsningen:

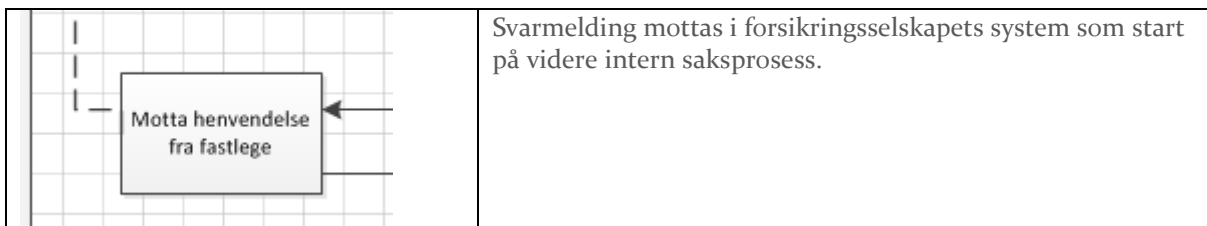
- Legen initierer aldri selv en dialog. Det vil alltid foreligge et forutgående spørsmål/henvendelse fra forsikringsselskapet. (I en overgangsperiode vil det være teknisk mulig for enkelte leger å kunne starte en dialogmelding som ikke har noe med forsikring å gjøre og sende den til forsikringsselskap. Legen bør i de tilfeller få en negativ applikasjonskvittring tilbake fra forsikring, fortrinnsvis med en forklaring for hvorfor forespørselen har blitt avvist.)
- Forsikringsselskapets saksnummer blir sendt i feltet "meldingsintern id" (XML-navn DokIdForesp). Denne informasjonen vil være synlig i EPJ gjennom de nasjonale visningsfilene.

- Legen må selv kopiere dette fra meldingen og legge det inn som betalingsinformasjon på regningskort. En ønsket videreutvikling av løsningen vil være at EPJ automatisk legger inn korrekt honorar i regningskortet. Legen må kunne redigere/korrigere i regningskortet etterpå.
- Henvendelsene og svarmeldingene må kunne håndtere vedlegg av typen Jpg, pdf og png. Grensen på størrelsen på vedleggene som skal aksepteres følger NHN sine til enhver tid gjeldende grenseverdier.
- Forespørsel fra forsikring inneholder anbefalt takst med referanse til avtale.
- Forsikringsselskapet benytter standard spørsmål som finnes på Finans Norge sine hjemmesider i sin spørsmålsstilling til legene.
- Det skal være enkelt for legen å importere spørsmålene og skrive inn svarene der de logisk sett hører hjemme
- Finans Norge Forsikringsdrift skal opptre som ASP leverandør for forsikringssiden
- Finans Norge Forsikringsdrift skal forvalte løsningen med faglig bidrag fra NFA

5 Funksjonelle krav

Steg	Beskrivelse
<p>Forsikringsselskap</p> 	<p>Forsikringsselskap sender melding til legens elektroniske adresse i adresseregisteret (NHN)</p> <p>Meldingsprofil «Dialog forsikring» - profil av HIS 80603:2006 Standard for dialogmelding, HIS XX:2017) legges til grunn</p> <p>Henvendelsen/meldingen som sendes fra forsikringsselskapene skal som et minimum inneholde følgende informasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saksnummer eller referansenummer - Pasientens fødselsnummer - Pasientens navn - Id-info forsikringsselskap - Info om samtykke fra pasient - Innhold i fullmakt – anbefalt standard fra FNF. Viktig at det kommer klart frem hva fullmakten omfatter.. Skal inneholde perioden fullmakten gjelder for. Kan være i fritekst. Må kunne bruke vedlegg (pdf, jpg, png)
	<p>Meldingen mottas av fastlegens EPJ. Varsel om at det er kommet en ny melding må fremkomme slik at fastlegen ser dette. Kan også løses ved at meldingen legges i korrekt mappe i innboksen.</p>

	<p>Legens EPJ må sende applikasjonskvittering tilbake til forsikringsselskapet.</p> <p>Det må være mulig for legen å avvise henvendelsen manuelt. Dersom saken vurderes feilsendt, skal legen kunne bruke dialogmelding «Tilbakemelding om feil i mottatt melding» knyttet til den aktuelle forespørselen.</p> <p>Det utvikles ikke løsning for automatisk varsel/påminnelse i EPJ dersom svar ikke er sendt. Hver lege må sette opp dette i eget EPJ dersom denne funksjonaliteten finnes. Forsikring sender automatisk papirforespørsel dersom applikasjonskvittering ikke er mottatt eller svar ikke er mottatt etter x uker.</p>
	<p>Når legen velger «svar på henvendelse» fylles automatisk et sett med faste opplysninger om pasienten inn i svarmeldingen. Minimum av faste opplysninger som alltid skal fylles inn uavhengig av henvendelsestype er: saksnummer/referansennummer, hvor lenge pasienten har vært pasient, dato for første og siste EPJ-notat, bekreftelse på at legen er pasientens fastlege og fra når.</p> <p>Spørsmålene fra forsikringsselskapet hentes automatisk inn. Det må være mulig å kunne redigere det som automatisk fylles inn i svarmeldingen. Automatisk nummerering kan ikke brukes..</p> <p>I fase 2 skal det tilrettelegges for at filtreringsmuligheter som finnes i for eksempel henvisningsfunksjonalitet kan benyttes i forsikringsvar.</p>
	<p>Svarmeldingen arkiveres i EPJ slik at legen kan dokumentere hva som er sendt over og når.</p> <p>Ved utfylling av takst brukes samme saksnummer som kommer fra forsikringsselskapet som identifikator. Legen må manuelt kopiere saksnummeret inn i betalingsinformasjonen på regningskortet. En ønsket videreutvikling vil være at saksnummer overføres automatisk til regningskortet i EPJ.</p> <p>For fase 1 vil det ikke bli levert funksjonalitet for automatisk fakturering. For leveranse til fase 2 er FNF ansvarlig for å utarbeide løsningsbeskrivelse for en mer automatisert og integrert løsning for fakturabehandling. Skisser til dette ble presentert i felles møte mellom fagbrukere, EPJ leverandører og forsikring 15. august 2018.</p>



6 Tekniske krav

Følgende tekniske krav skal legges til grunn for utviklingen, utover de punktene som er beskrevet i pkt. 4:

- Meldingsprofil «Dialog forsikring» - profil av HIS 80603:2006 Standard for dialogmelding, HIS 1211:2018 legges til grunn
- Løsningen skal basere seg på dialogmelding v.1.0 både i delleveranse 1 og 2. Oppgradering til Standard for dialogmelding v 1.1 (HIS 80603:2017) følger EPJ-løftets leveranser.
- Applikasjonskvittering. Informasjonsmodell, XML meldingsbeskrivelse og retningslinjer for bruk (HIS 80415:2012) legges til grunn
- Meldinger skal følge EPJ-løftets beskrivelse av brukervennlige meldinger.
- Beskrivelser av krav til tilbakemelding om feil i mottatt melding og applikasjonskvittering, finnes på ehelse.no

7 Avgrensninger

Løsningsbeskrivelsen omfatter meldingstrafikk mellom legekontorer og forsikringssselskap eller Finans Norge Forsikringsdrift (FNF) på vegne av forsikringssselskap. Løsning for kommunikasjon mellom FNF og det enkelte forsikringssselskap inngår ikke i løsningen. Det samme gjelder interne systemer og rutiner i det enkelte forsikringssselskap.

8 Eksempel på meldinger

Finans Norge Forsikringsdrift har i 2018 utarbeidet nye standarder for meldinger med utgangspunkt i det forliggende prosjektet.

Dokumentasjon og eksempler på dialoger finnes på <https://www.finansnorge.no/helsenett/> se legetekster.

Hodemelding

MsgType = "DIALOG_FORSIKRING"

Avsender

Mottaker

Pasient

Dialogmelding

Type forespørsel = «Nytegning»
eller «Skade»

Spørsmål = «selve forespørselen ...»

Vedlegg

Ev. vedlegg ligger som base64encodet

- Avsender (senders helsenett-adresse – 2-nivå tjenestebasert adressering)
- Mottaker (mottakers helsenett-adresse)
- Pasient / Kunde: Navn og fødselsnummer

Mottaker hentes fra Adresseregisteret. Avsender- og mottakerinformasjon skal følge krav i standarden Tjenestebasert adressering. Navn på konkret lege skal alltid oppgis i kontaktopplysninger.

Forsikringselskapene må tildeles adresser i adresseregisteret og som må være entydig for hvert selskap. Det må opprettes en tjenestetype som passer for forsikringselskapene.