



Jon Holmøy

Notater

Årsrapport 2001
Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk

ÅRSRAPPORT

Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk 2001

Innhold

	Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk.....	1
1	Avtale, mandat, representasjon.....	2
	1.1 Viktige tema i Kontaktutvalgets virksomhet i 2001	2
	1.2 Mandat for Kontaktutvalget.....	2
	1.3 Møter i 2001	4
2	Arbeidsgruppene.....	4
3	KOSTRA	4
	3.1 Årsrapporter og skjemaforslag fra arbeidsgruppene til Samordningsrådet (sak til Samordningsrådets møte 19.8).....	5
	3.1.1 Hovedinntrykket fra årsrapportene og behandlingen i kontaktutvalget.....	5
	3.1.2 Godkjenning av KOSTRA-skjemaene for 2001	5
	3.2 Fylkes-KOSTRA i lys av statlig overtakelse av sykehusene	6
	3.3 Konkurransetsetting - privatisering - oppgaveplikt.....	7
4	Andre aktuelle saker	7
	4.1 Prioritering. Overordnet strategi for helse- og sosialstatistikk	7
	4.2 Formidling og publisering av statistikk.....	8
	4.3 Registerbasert personellstatistikk.....	8
	4.4 Godkjenning av spørreskjema sendt fra SINTEF Unimed NIS SAMDATA	8
	4.5 Opplæring.....	8
	4.6 Styringsdata kontra data til andre formål.....	8
	4.7 Politiske satsingsområder og statistisk dokumentasjon.	9
5	VEDLEGG 1. Avtale om statistikk samarbeid mellom den sentrale helse- og sosialforvaltning og Statistisk sentralbyrå.....	10
6	VEDLEGG 2. Nytt generelt mandat for arbeidsgruppene i KOSTRA kommune.	12
7	VEDLEGG 3. Regnskapsrapportering etter eierskifte av sykehusene	15
8	VEDLEGG 4. Regnskapsrapportering ved overgang til foretak	17
9	VEDLEGG 5. Politiske satsingsområder og statistisk dokumentasjon.....	20
10	VEDLEGG 6 Prosjektskriv Eierskifte - sykehus.....	25
11	VEDLEGG 7 Statlige sykehus - søknad om finansiering av nytt rapporteringsopplegg	30
12	VEDLEGG 8. Publiseringer i 2001 innen Kontaktutvalgets fagfelt.	32
	De sist utgitte publikasjonene i serien Notater.....	35

1 Avtale, mandat, representasjon

Kontaktutvalget ble etablert som en direkte følge av et behov for å samordne Helsetilsynets, Sosial- og helsedepartementets og Statistisk sentralbyrås datainnsamling innenfor områdene helse- og sosialstatistikk. Den første avtalen om statistikk samarbeid fra 1994 ble revidert i september 1998, blant annet for å samordne avtalen med det igangsatte KOSTRA-prosjektet. Et nytt punkt i avtalen av 1998 er at Kommunenes Sentralforbund er invitert til å delta i Kontaktutvalget for å ivareta kommunenes interesser som oppgavegivere og brukere av data. Kontaktutvalget kan også invitere andre instanser til å ta del i utvalgets arbeid eller i utvalgets arbeidsgrupper. Avtalen om statistikk samarbeid mellom den sentrale helseforvaltningen og Statistisk sentralbyrå er gjengitt i vedlegg 1.

1.1 Viktige tema i Kontaktutvalgets virksomhet i 2001

I 2001 har arbeidet i utvalget og arbeidsgruppene på samme måte som i 2000 i stor grad vært rettet inn mot datainnsamlingen og utviklingsarbeidet som foregår i regi av KOSTRA. Temaer som kan nevnes er:

- Samordning av datainnsamling og diskusjon av aktuelle utviklingstrekk som har eller kan få betydning for datainnsamling og statistikkinnhold.
- Funksjonsinndelingen i KOSTRA.
- Statlig overtakelse av sykehusene.
- Overordnet strategi for helse- og sosialstatistikk.
- Forholdet mellom register- og skjemastatistikk, jf. registerbasert helsepersonellstatistikk.
- Konflikten mellom KOSTRAs krav om stabil rapporteringsplikt og krav om endringer som følge av behov knyttet til skiftende politiske satsingsområder.

Utvalget har ellers satt i gang en debatt om overordnet strategi for helse- og sosialstatistikken og i den forbindelse diskutert temaer som aktualitet og tilgjengelighet.

Videre har Kontaktutvalget diskutert sosial- og leveårsstatistikks plass i utvalgets arbeid, og diskutert om trygdesektoren hører under Kontaktutvalgets arbeidsområde.

1.2 Mandat for Kontaktutvalget

Kontaktutvalget vedtok 25.6.1999 følgende mandat for utvalgets arbeid:

Kontaktutvalgets mandat er gitt i avtalen om statistikksam arbeid mellom den sentrale helse- og sosialforvaltning og Statistisk sentralbyrå, datert september 1998.

Utvalget skal ha følgende sammensetning (faste medlemmer):

2 representanter fra Statens helsetilsyn.

6 representanter fra Sosial- og helsedepartementet.

1 fra Pleie- og omsorgsavdelingen

1 fra Sosialavdelingen

1 fra Helseavdelingen

1 fra Sykehusavdelingen

1 fra Forebyggings og rehabiliteringsavdelingen

1 fra Administrasjons- og budsjettavdelingen

2 representanter fra Statistisk sentralbyrå.

1 fra Seksjon for helsestatistikk

1 fra Seksjon for leveårsstatistikk

1 representant fra Kommunenes Sentralforbund.

Det utnevnes personlige vararepresentanter for de faste medlemmene. Varamedlemmene har møterett. På møtene kan partene i tillegg til de fastemedlemmene/varamedlemmene, la seg representere med personer med relevant fagkompetanse på de aktuelle virksomhetsområdene. Det er bare de faste medlemmene, ev. representert ved varamedlem som deltar i beslutninger. De faste medlemmene av Kontaktutvalget samt vararepresentantene oppnevnes for en periode på 2 år.

Statistisk sentralbyrå holder sekretariat for utvalget.

Kontaktutvalget møtes ved behov, anslagsvis 6-8 ganger pr. år.

Ved utløpet av hvert år utarbeider Kontaktutvalget en årsrapport om sin virksomhet. Denne legges fram på et møte der de tre avtalepartnerne deltar på direktørnivå.

Kontaktutvalget. Medlemmer og vararepresentanter desember 2001

Organisasjon	Medlemmer		Varamedlemmer	
	Stilling	Navn	Stilling	Navn
SHD. Helseavd	Sen.rådgiver	Jan Tvedt	Rådgiver	Tor Karlsen
SHD. Sykehusavd	Rådgiver	Øyvind Christensen	Rådgiver	Maiken Engelstad
SHD. Foreb/rehab. avd	Avd. dir.	Elin Anglevik	Byråsjef	Lise Arntsen Hauge
SHD. Sosialavd	Rådgiver	Bente Hagerupsen	Rådgiver	Ellen Jahr
SHD. Administrasjonsavd	Rådgiver	Alfred Ehrenclou		
SHD. Pleie/omsorg. avd	Rådgiver	Catrine Bangum	Rådgiver	Helle Gran
Htül	Avd.dir.	Anne Wyller Shetelig	Fagsjef	Jo Kittelsen
Htül	Rådgiver	Inger Cappelen	Sen.rådgiver	Bente Smedbråten
KS	Rådgiver	Kari Rolstad	Rådgiver	Magne Hustad
SSB	Seksjonssjef	Ann Lisbet Brathaug		
SSB	Seksjonssjef	Berit Otnes		
SSB (sekretariat)	Rådgiver	Jon Holmøy		
SSB (sekretariat)	Rådgiver	Harald Tønseth		

1.3 Møter i 2001

Utvalet har hatt 3 møter i 2001:

- fredag 23. mars
- torsdag 21. juni
- mandag 3. desember

Det er flere årsaker til at møtehyppigheten i 2001 var lavere enn i de siste par årene. Detaljert gjennomgang av statistikkene i forbindelse med omlegging/tilpassing til KOSTRA medførte behov for utredning og behandling/avklaring av mange saksforhold. Selv om det gjenstår enkelte spørsmål, har etter hvert det meste falt på plass, og behovet for overordnede beslutninger i tilknytning til arbeidsgruppens arbeid med skjemaene for 2002 var ikke lenger påtrengende. Statens overtakelse av sykehusene fra 1/1-2002 og omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen fører naturligvis til endringer i statistikkrutinene. Det ble imidlertid tidlig bestemt at fylkene skulle ha ansvaret for rapporteringen for 2001, mens rapporteringen fra sykehusene for etterfølgende år må vurderes særskilt. Det er imidlertid et ønske om å ivareta rapporteringsopplegget og rutinene som er etablert gjennom KOSTRA-systemet i størst mulig grad.

2 Arbeidsgruppene

I alt er det 7 faste arbeidsgrupper under Kontaktutvalget. Det er arbeidsgruppene for:

- sosialkontortjenester
- pleie- og omsorgstjenester
- kommunehelsetjenester
- psykiatriske spesialisthelsetjenester
- somatiske spesialisthelsetjenester
- tannhelsetjenester
- ambulansetjenester og AMK-sentraler

Disse gruppene fungerer også som Samordningsrådets arbeidsgrupper på sine respektive felt og alle ledes av representanter fra Statistisk sentralbyrå (mandat for og sammensetning av arbeidsgruppene; vedlegg 2).

3 KOSTRA

Også i år 2001 har en vesentlig del av Kontaktutvalgets arbeid vært knyttet til utviklingsarbeidet som drives i KOSTRA. KOSTRA erstatter en rekke tidligere statistikkrutiner. Noen rutiner er forenklet, noen omtrent som før, noen er utvidet og noen nye er kommet til. Et sentralt spørsmål er om KOSTRA totalt sett fører til kostnadsøkning for SSB. Hvis så er tilfelle kan SSB få problemer når den eksterne finansieringen faller bort, og kan bli nødt til i større grad å kreve betaling for tjenester dersom de utvidelser av statistikken som KOSTRA har medført skal kunne opprettholdes. Sosial- og helsedepartementet ga 17.1.2001 sitt tilsagn om dekning av merutgifter SSB får ved å overta ansvaret for tannhelsestatistikk fra Statens helsetilsyn.

For 2003 har SSB fremmet forslag overfor Finansdepartementet om at merutgifter knyttet til KOSTRA bevilges over statsoppdraget. Det ventes at denne saken avklares i forbindelse med budsjettbehandlingen i Stortinget høsten 2002.

3.1 Årsrapporter og skjemaforslag fra arbeidsgruppene til Samordningsrådet (sak til Samordningsrådets møte 19.8)

Skjemaforslagene og arbeidsgruppene rapporter skal sendes Samordningsrådet innen 30. juni. Også i 2001 ble det knapt med tid til behandling av skjemautkastene og, men på grunn av få endringsforslag i forhold til skjemaene for foregående år ble situasjonene oppfattet som mindre kritisk enn året før.

3.1.1 Hovedinntrykket fra årsrapportene og behandlingen i kontaktutvalget

Fra og med 2001 vil samtlige kommuner være omfattet av KOSTRA-rapporteringen. Selv om det fortsatt er gjort forbedringer både når det gjelder skjemaene og funksjonsinndelingen, så er hovedinntrykket etter gjennomgangen konsolidering. Kommunene har stort sett møtt det samme rapporteringskrav som for 2000.

Innrapporteringen fra KOSTRA-kommunene rapporteres som rimelig bra og kvalitetsmessig omtrent på linje med den tidligere statistikken. Dette blir tolket som et godt tegn idet man regner med at kvaliteten vil heves når KOSTRA blir mer innarbeidet.

Når det gjelder framtidsutsiktene for skjema og datainnsamling ellers gir arbeidsgruppene som er berørt av sykehusreformen, uttrykk for en viss usikkerhet. Ellers regner arbeidsgruppene med at det fortsatt er en del forbedringer å oppnå ved justering av funksjonsinndeling og tilpassing av skjema.

3.1.2 Godkjenning av KOSTRA-skjemaene for 2001

3.1.2.1 Pleie og omsorgsstatistikk

Pleie- og omsorgsgruppa er innforstått med at innsamling av data om omsorgsboliger flyttes til boliggruppa, med de endringer dette medfører for funksjonsinndelingen. Kontaktutvalget understreket at det er viktig at de foreslåtte endringer kan gi (estimerte)kostnadstall for omsorgsboligene, slik at totale kostnader til hjelp i hjemmene inklusive ev. driftskostnader for omsorgsboliger kan sammenlignes med kostnadene til institusjonstjenester.

Det var ingen merknader til skjemaene (*Skjema 4, 5 og 6*) som sådanne, men følgende kommentarer kan nevnes:

- Hva skjer med vakansestatistikken når man går over til registerbasert personellstatistikk.
- Det vil vær uheldig dersom manglende samordning med KRDs innsamling av data om ressurskrevende brukere medfører to rapporteringsordninger for denne brukergruppen.

3.1.2.2 Kommunehelsetjenester

Bortsett fra visse redaksjonelle endringsforslag var det ingen merknader til rapportutkastet I forbindelse med (1)innføring av fastlegeordningen, (2)at prosjektet med utvikling av indikatorer for forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene er slutført og (3)at det over noe tid har pågått arbeid med utvikling av ny statistikk for rehabilitering, har arbeidsgruppen foreslått både endringer og utvidelser av skjema (*skjema 1*). Kontaktutvalget har ingen merknader til forslagene, men siden det til dels dreier seg om utvidelser mener utvalget at det bør gis en vurdering av belastningen på oppgavegivere av nye spørsmål. Det ble også understreket at dersom det var ulike syn på utvidelsen i arbeidsgruppen så måtte det komme fram i rapporten.

3.1.2.3 Sosialstatistikk

Kontaktutvalget har ingen merknader til rapportutkastet.

3.1.2.4 Psykiatri

Kontaktutvalget har ingen merknader verken til rapportutkastet eller skjemaforslag. Bortsett fra tilpassing til nytt lovverk er det ikke foreslått endringer i skjemaene.

3.1.2.5 Somatikk

Kontaktutvalget har ingen merknader verken til rapportutkastet eller skjemaforslag. Det er ikke foreslått endringer i skjema i denne omgang. Det må imidlertid presiseres i veiledningen at personell knyttet til AMK skal tas med. Publiseringen 15/6 gir for første gang tall på institusjonsnivå.

3.1.2.6 Ambulansetjenester

Kontaktutvalget har ingen merknader verken til rapportutkastet eller skjemaforslag. Som nevnt ovenfor, under Somatikk, skal AMK-personell inkluderes i den øvrige personellrapporteringen for somatiske sykehus. Skjema 43 vil således falle bort fra og med rapporteringen for 2001. I påvente av avklaring av statistikkbehovene som følge av sykehusreformen foreslår arbeidsgruppen at skjema 42 Ambulansetjenesten og tilhørende veiledning for 2001 går uendret.

3.1.2.7 Tannhelsetjenester

Fra rapporteringsåret 2001 overtar SSB innsamlingen av statistikken for tannhelsetjenesten. Dette skal inngå som en del av den øvrige innrapporteringen i Fylkes-KOSTRA. Arbeidsgruppen har utarbeidet forslag til elektronisk skjema og veiledning. I hovedsak viderefører skjemaet innholdet i Helsetilsynets innsamling, men visse forenklinger er gjort.

Kontaktutvalget har ingen merknader til arbeidsgruppens forslag.

3.2 Fylkes-KOSTRA i lys av statlig overtakelse av sykehusene

Dagens opplegg innebærer at fylkene skal rapportere sykehusdata (somatikk, psykiatri mv.) via KOSTRA-opplegget. Ved statlig overtakelse av sykehusene er rapportering ikke lenger formelt en del av KOSTRA. KRD har på denne bakgrunn nedprioritert arbeidet med KOSTRA sykehus. Det informasjonsbehov som var tenkt dekket via de skjemaene som det er enighet om, faller ikke bort fordi sykehusene får en annen eier. Det presiseres at en må ha rapportering/statistikk om den somatiske helsetjenesten uavhengig av hvilket forvaltningsnivå den knyttes til. Også elektronisk rapportering bør videreføres og det er viktig at slik rapportering hjemles. Det vil bli jobbet videre med denne saken i 2001/2002, se prosjektskriv (vedlegg 6).

Sosial- og helsedepartementet ble i brev av 29.10.2001 (se vedlegg 7) bedt om å bidra finansielt til omlegging av statistikkrutinene som følge av eierskiftet

For rapporteringsåret 2001 vil fylkeskommunene fortsatt ha ansvaret for rapportering, og deler vil skje i samsvar med KOSTRA-rutinene. Det understrekes at skjema m.v. ikke endres i forhold til 2000-rapporteringen unntatt noen mindre endringer i psykiatriskjemaene som følge av lovendring. KOSTRAs arbeidsgrupper på spesialisthelsetjenesteområdet fullfører oppfølging av rapporteringen for 2000 og 2001.

Sammensetningen av arbeidsgruppene på området spesialisthelsetjenester er sannsynligvis ikke den rette for å gjennomføre det utviklings- og utredningsarbeidet som må gjøres for opplegget for 2002. Man tar derfor sikte på å opprette nye arbeidsgrupper som har representasjon i samsvar med den nye strukturen.

Det må etableres nye arbeidsgrupper som inkluderer de instanser som nå blir relevante, men det er uklart om det trengs 2 eller 3 arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene kan ikke etableres før den nye organiseringen av sosial- og helseforvaltningen er på plass på nyåret 2002.

I Helsedepartementet vil ansvaret for sykehusene bli delt på to avdelinger, mens det nye Sosial- og helseirektoratet vil få ansvaret for tjenestene. Statistikken forankres flere steder i direktoratet, og det er på nåværende tidspunkt vanskelig å si noe om representasjon i ulike fora.

På grunn av de store endringene som skjer med organiseringen av den sentrale helse- og sosialforvaltningen foreslår Kontaktutvalget at det holdes et direktørmøte for å avklare organisering og sammensetning av samarbeidsorganer.

3.3 Konkurransetsetting - privatisering - oppgaveplikt

KOSTRA-rapportering omfatter bare kommunal/fylkeskommunal tjenesteyting. For å få heldekkende statistikk kan det, både for sykehusene og på områder ellers hvor det forekommer både privat og kommunal tjenesteyting, bli tale om KOSTRA-rapportering kombinert med annen rapportering.

Seksjon for offentlige finanser og kredittmarksstatistikk i SSB arbeider med en utredning om konsekvensene av konkurranseutsetting. Kontaktutvalget avventer resultatet av dette før det arbeides videre med saken.

4 Andre aktuelle saker

4.1 Prioritering. Overordnet strategi for helse- og sosialstatistikk

Med utgangspunkt i enigheten på direktørmøtete 7/6-1999 om at man mangler en samlet strategi for statistikkproduksjonen på feltet, har Kontaktutvalget hatt utarbeiding av en strategiplan for utvikling av helse- og sosialstatistikken på dagorden.

Arbeidet førte fram til SHDs notat: 28.11.2000, CC (Mål og midler innen helse- og sosialstatistikken – Bidrag til en strategi.). Notatet ble presentert på møtet i utvalget 14. desember 2000, og er å finne som vedlegg(4) til Kontaktutvalgets årsmeldingen for 2000.

Siden SSB var i gang med revisjon av sin egen strategiplan var det naturlig å se en egen strategiplan for helse- og sosialstatistikk i sammenheng med den. SSBs strategiplan ble presentert for utvalget på møtet den 3/12 2001.

Fra diskusjonen om Strategiplanen nevnes følgende.

- Spesielt til tilsynsformål vil det være behov for mer detaljerte data enn det som publiseres på nivå 3 i dag.
- Det er vanskelig å holde seg orientert om nye data som legges ut på webben. Er det mulig å gi abonnenter varsel via E-mail?
- Det står lite om helsestatistikk i strategiplanen. Det ønskes mer forskning/utredning/analyse innen helse- og sosial sektoren. Dette har liten plass i forhold til sin betydning. Vi trenger et kompetent forskermiljø/forskerforum for å oppnå gode resultater, og spørsmålet er hvordan vi kan bygge opp et slikt miljø. Representerer det nye folkehelseinstituttet en mulighet for utvikling av et bredere forskermiljø innen denne sektoren?
- Flere uttrykte bekymring for statistikkrådet. Advarer mot at det lett kan bli stort, utflytende og lite verdt. Viktig med klart/helst tidsbegrenset man

Kontaktutvalget vil følge opp arbeidet med strategiplanen og eventuelt utarbeide en egen plan for helse- og sosialstatistikk. Arbeidet med dette kommer imidlertid ikke i gang før høringsrunden for SSBs strategiplan er avsluttet.

4.2 Formidling og publisering av statistikk

Publisering har ikke vært diskutert som eget punkt på dagsorden for møtene i 2001. Publiseringen på Internett blir stadig viktigere og forbedret. På møtet i mars ble det derfor gitt en orientering om og demonstrert tilgang til faktaark og annen KOSTRA-statistikk på Internett.

4.3 Registerbasert personellstatistikk

På grunn av noe usikkerhet omkring framdriften i prosjektet og tidspunktet for omlegging til registerbasert personellstatistikk for helse- og sosialsektoren var Seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk bedt om å gi en orientering om situasjonen på møtet den 23/3-2001

Man kom ikke så langt at personellstatistikken for helse- og sosialsektoren for år 2001 kunne baseres på registerdata. Det innhentes derfor personelldata via skjema også for 2001-årgangen samtidig som man arbeider med registrene. Dette vil gi grunnlag for å sammenligne personelldata innhentet etter de to metodene. Dette anses som en fordel i kvalitetssikringen av registerdataene, samtidig som man får bygget bro mellom den gamle og den nye personellstatistikken. Dette er viktig for å få konsistente tidsserier.

Et problem i registersammenheng er at kommunene ikke melder inn ansatte på den virksomhet hvor de faktisk arbeider. Dette var det planen å gjennomgå i 2001. Diskusjoner med arbeidsgruppene begynte i mai 2001.

4.4 Godkjenning av spørreskjema sendt fra SINTEF Unimed NIS SAMDATA

.

I møtet 14/12 2000 ble det bestemt at skjemaenkastene fra NIS skulle gjennomgås mer detaljert i et eget møte mellom SSB og sykehusavd. i SHD og aktuelle fagpersoner (Per Skretting og Morten Oulie) i Helstilsynet. Resultatet ble at skjemaene for somatikk faller bort, mens skjemaene for psykiatri går uendret.

4.5 Opplæring

Opplæring av oppgavegivere og veiledere har ikke stått på Kontaktutvalgets agende i 2001 på samme måte som i 2000. Da ble regional stats rolle i forbindelse med innhenting av KOSTRA-data til helse- og sosialstatistikken mye diskutert. Opplæringsspørsmålet og kvalitetssikring var en viktig ingredienser i den diskusjonen.

Statistisk sentralbyrå har også i 2001 satset sterkere på opplæring av oppgavegivere og veiledere for å forebygge feilrapportering, og har i denne sammenheng bidratt med egne innlegg på en rekke regionale opplæringsmøter.

4.6 Styringsdata kontra data til andre formål

Det er store udekkede databehov på området, og det er vanskelig å redusere og forenkle innrapporteringen selv om det er målet. Det er meget vanskelig å holde oversikt, både over hvem som spør om hva og å samordne ulike rapportkrav. Øremerkede tilskudd og dokumentasjonskrav i

tilknytning til disse er omfattende. Tilbakemelding til Stortinget uten dokumentasjon er ikke politisk akseptabelt. Antakelig er en viss mengde ad-hoc-innsamling av data ikke til å unngå. Statistisk sentralbyrå mener det er viktig å øke nytten av ad-hoc-data ved samordning med annen statistikk/andre data. Det er også viktig at det ikke etableres systemer på siden av KOSTRA fordi "noen" ikke liker KOSTRA-opplegget og de data som produseres.

4.7 Politiske satsingsområder og statistisk dokumentasjon.

Se vedlegg Notat HAT 06/11-01

Dette dreier seg om spørsmål som har vært uklare siden KOSTRA ble etablert, uten at de er blitt tatt opp og behandlet på en tilstrekkelig grundig måte. Saksforholdet ble bl.a. berørt under direktørmøtet 7/6-2000 under overskriften "Styringsdata kontra data til andre formål", men var nok ikke tilstrekkelig modent for løsning på det tidspunktet.

Bakgrunnen for den diskusjon eller konflikt som har oppstått er i korthet at:

- oppfølging av politiske vedtak krever statistisk dokumentasjon. Det betyr at over tid vil det variere hvilke data det er behov for.
- i KOSTRA blir kommunenes samlede rapporteringsplikt definert, og det er et mål at rapporteringsplikten ikke skal øke.

Momenter fra diskusjonen i utvalget:

- Kan ikke akseptere at KOSTRA er lagt en gang for alle. Når virkeligheten endrer seg må statistikken tilpasses.
- Spenningen har ligget i KOSTRA hele tiden. Det er helt nødvendig å få til utvikling i KOSTRA.
- Vi vet at statistikken ikke er dekkende nok. Gjennom KOSTRA må vi sørge for at dobbeltrapping ikke skjer, men ikke hindre velbegrunnet utvidelse/utvikling, spesielt ut fra helsesektorens samfunnsmessige betydning.
- Viktig å være oppmerksom på de overstyrende trekk ved Samordningsrådet. Til tider oppleves det vanskelig å forholde seg til disse.
- Viktig at statistikken som hovedregel samles inn og publiseres i SSB-regi. (Underforstått; uheldig om de enkelte myndigheter ser seg nødt til å foreta egen supplerende datainnsamling).

5 VEDLEGG 1. Avtale om statistiksamarbeid mellom den sentrale helse- og sosialforvaltning og Statistisk sentralbyrå

1. Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn skal samarbeide med Statistisk sentralbyrå (SSB) for å dekke sine databehov. Formålet med samarbeidet er å frembringe relevant, pålitelig og sammenlignbar styringsinformasjon på Sosial- og helsedepartementets område, samt å bidra til samordning og effektivisering av rutineene for datautveksling og -forvaltning. Samarbeidet konkretiseres i et kontaktutvalg for helse- og sosialstatistikk og -data, som fastlegger datasett på nærmere spesifiserte områder og for øvrig forestår oppfølgingen av denne prinsippavtalen. Datasettene består av data som minst en av partene har behov for.

2. De aktuelle data skal tjene to ulike formål - myndighetenes databehov og den offisielle statistikken. Det er stor grad av sammenfall mellom disse to typene av data. Det er derfor rasjonelt med utstrakt samordning av arbeidet med datainnsamling og statistikkproduksjon.

Det må således tilstrebes at ett datasett samles inn bare en gang, og at data samles inn på en ensartet måte som i minst mulig grad belaster oppgavegiveren.

Det må også brukes entydige felles definisjoner som samsvarer med fastlagte standarder på området.

SSB skal ha en to-sidig funksjon i arbeidet med helse- og sosialstatistikken:

1) samle inn, tilrettelegge og formidle data som dekker lokale og sentrale myndigheters behov for tilsynsdata og data for mål- og resultatstyring, samordnet med eventuell tilleggsinformasjon som er nødvendig for den offisielle statistikken.

2) hente ut av dette datamaterialet alt som er av interesse for den offisielle statistikken.

Omfanget av oppgavene må tilpasses de ressursene som står til disposisjon gjennom SSBs statsoppdrag pluss evt. midler øremerket til formålet fra eksterne kilder.

3. Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og andre underliggende etater skal etter nærmere avtale bidra ved innsamling og kvalitetssikring av dataene. Fylkeslegene og fylkesmennene sikres umiddelbar tilgang til dataene til sitt kvalitetssikrings- og tilsynsarbeid.

I tillegg til å benytte SSBs statistikk kan forvaltningsorganene samle inn data på eget initiativ til styrings- og tilsynsformål, dersom de finner dette hensiktsmessig. SSB har adgang til slike data for statistikkformål, i den utstrekning statistikkloven gir hjemmel for det.

4. Hver av partene definerer sitt eget databehov på grunnlag av lovpålagte og/ eller andre sentrale arbeidsoppgaver innen institusjonens definerte ansvarsområde. Det er et sentralt mål for statistikkproduksjonen å dekke disse behov.

De tre partene er likeverdige når det gjelder å beslutte hvilke data som skal samles inn innenfor tilgjengelige ressurser. Partene har et felles ansvar for å foreta en nødvendig tilpasning og samordning, slik at den totale datamengden som samles inn framstår som en helhet med rimelig omfang. Dette innebærer informasjonsplikt og drøftinger mellom partene før beslutning tas. Ved fastsettelse av innholdet i statistikken skal det også legges vekt på at dataene har nytteverdi for oppgavegiveren, f.eks. ved samarbeid med Kommunenes sentralforbund og kommunene.

5. Så langt det er praktisk mulig bør endringer i statistikkopplegget fastlegges i kontakt med dataleverandører. Dataleverandører bør få beskjed om endringer i ønsket dataomfang helst før inngangen til det året data ønskes for.

Det må tilstrebes at de som avgir informasjon, får rask og lett tilgjengelig tilbakemelding om resultatene fra datainnsamlingen. Informasjonen må foreligge i en slik form at den virker meningsfull og har relevans for brukernes arbeidssituasjon.

Kommunenes sentralforbund inviteres til å delta i Kontaktutvalget for å ivareta kommunenes interesser som oppgavegivere og brukere av data. Kontaktutvalget kan også invitere andre instanser til å ta del i arbeidet i utvalget eller i utvalgets arbeidsgrupper.

6. Oppgavegiverne skal i hvert enkelt tilfelle informeres om hvilken hjemmel som er brukt for innsamling av data.

Data innsamlet med hjemmel i statistikkloven har et anvendelsesområde som er begrenset til statistikkformål og til annen bruk godkjent av Datatilsynet.

Ved annen bruk av de innsamlede data - f.eks. bruk av data om individer til å fatte vedtak i enkeltsaker eller bruk av data om enheter i statistikken til styrings- eller tilsynsformål samt andre situasjoner der data må være løpende tilgjengelig for helse- og sosialforvaltningen - må dataene samles inn med hjemmel fra annen relevant lovgivning.

Ved bruk av forvaltningens hjemler kan SSB deretter bruke statistikkloven for å sikre dataene til offisiell statistikk.

7. Samordningsråd for kommune-stat-rapportering (KOSTRA) er opprettet av regjeringen og har som mandat å samordne rapporteringen fra kommunesektoren til staten, med sikte på nye regnskapsforskrifter med tilhørende tilpassing av tjenesterapportering samt forenkling og effektivisering av den kommunale rapporteringen til staten. Samordningsrådets ansvar er av rådgivende karakter, og fagdepartementet har det formelle ansvar for rapporteringsordningene.

Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk vil være Samordningsrådets forum for helse- og sosialstatistikk. Kontaktutvalgets vedtak om prinsipielle endringer i skjemainnhold og innsamlingsrutiner forelegges Samordningsrådet. Også slik særinnsamling av forvaltningsstatistikk som er nevnt i punkt 3, forelegges for Samordningsrådet. Kontaktutvalget skal påse at statistikkutviklingen skjer i tråd med de prinsipper som er trukket opp i Samordningsrådets mandat og sørger for oppfølging av de råd som Samordningsrådet gir.

Kontaktutvalget etablerer arbeidsgrupper for å drive skjemautvikling m.v. innenfor sitt ansvarsområde. Kontaktutvalget utarbeider mandat for disse, følger opp deres arbeid og resultatene av dette. Kontaktutvalget samordner evt. henvendelser/ problemstillinger som skal fremmes for Samordningsrådet.

Oslo, september 1998

Departementsråd Steinar Stokke
Sosial- og helsedepartementet

Helsedirektør Anne Alvik
Statens helsetilsyn

Administrerende direktør Svein Longva
Statistisk sentralbyrå

6 VEDLEGG 2. Nytt generelt mandat for arbeidsgruppene i KOSTRA kommune.

swb, 1. november 2001
versjon av 2. april 2002

Til: Samordningsrådet for KOSTRA
Fra: Statistisk sentralbyrå

Mandater for arbeidsgruppene i KOSTRA fra 2002

Alle arbeidsgruppene har hatt mandater. Mandatene har ikke vært oppdatert for hvert rapporteringsår, naturlig nok fordi en del oppgaver skal gjøres hvert år.

Når KOSTRA går over i driftsfasen blir oppgavene noe mindre omfattende. I tillegg er det kommet ønske fra Kommunal- og regionaldepartementet om at gruppene skal se på brukerbetaling og kø/ventelister i 2002. Det ble varslet på møtet i Samordningsrådet 4.9.01.

Forslag til nytt, generelt mandat for arbeidsgruppene fra 2002

1. Sammensetning og ledelse:

Arbeidsgruppene er underlagt de respektive fagdepartementer. Fagdepartementene kan avtale at ledelse og sekretariatsoppgaver for arbeidsgruppene utføres av andre.

Arbeidsgruppen skal settes sammen av representanter for:

- Berørte fagdepartementer
- Kommunal- og regionaldepartementet (KRD) som koordineringsdepartement
- Kommunene (oppnevnt gjennom Kommunenes sentralforbund)
- Ev. Bergen/Oslo kommune for å ivareta bydelsproblematikk (Oslo kommune har ønsket deltakelse i brev av 6.3.02 til Kommunal- og regionaldepartementet)
- Statistisk sentralbyrå (SSB)
- Ev. andre interessenter (bestemmes konkret for den enkelte arbeidsgruppe)

Gruppene rapporterer til sitt respektive fagdepartement og parallelt til Samordningsrådet med frist 30. juni hvert år. For øvrig tilpasses andre oppgaver til tidsplanen i KOSTRA.

Dersom arbeidsgruppene i sine rapporter har spørsmål av prinsipiell betydning skal det synliggjøres hvilke spørsmål det dreier seg om. Samordningsrådet skal ta stilling til slike spørsmål.

2. Mandat

Arbeidsgruppen skal holde oversikt over og gjennomgå rapporteringsordninger fra kommunene og fylkeskommunene innenfor egne funksjonsområder (jf. forskrift fra KRD). Liste over arbeidsgruppene og hvilke funksjoner de har ansvar for vedlegges.

Arbeidsgruppene skal:

- Følge utviklingen på sitt område og vurdere og gi ev. forslag til endringer i rapporteringens omfang og innretning, ut i fra statens og kommunenes behov for styringsinformasjon, og ut i fra hva slags tilleggsinformasjon som er nødvendig for den offisielle statistikken.

- Gi forslag om hvilke nøkkeltall og grunnlagsdata som skal publiseres (herunder ev. bydels- og institusjonspublisering) på sitt mandatområde.
- Sikre en hensiktsmessing og effektiv dataflyt fra kommunene til staten.
- Ta hensyn til kommunenes oppgavebyrde, ved å sikre at rapporteringsomfanget begrenses og at dobbeltrapportering unngås.

De enkelte fagdepartementer kan utdype og spesifisere mandatet på sine områder. Samordningsrådet for KOSTRA skal ev. holdes orientert.

Mandatet (med ev. utdypinger/spesifikasjoner fra fagdepartementene) skal årlig gjennomgås i Samordningsrådet for KOSTRA.

Arbeidsgruppene rapporterer til Samordningsrådet for KOSTRA. Arbeidsgruppene under Sosial- og helsedepartementets ansvarsområde rapporterer til Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk. For disse gruppene samordner Kontaktutvalget evt. henvendelser/ problemstillinger som skal fremmes for Samordningsrådet.

Spesiell oppgave for enkelte arbeidsgrupper i 2002

I 2002 ønsker Samordningsrådet at gruppene skal se spesielt på indikatorer for brukerrettet informasjon. Spesielt hvorvidt det er kø/ventelister for å motta tjenestene og informasjon om brukerbetaling for tjenestene. Oppgaven gjelder kun for de gruppene hvor dette er en aktuell problemstilling. Gjennomføringen av oppgaven må ev. utsettes til 2003 jf pkt 5. Aktivitetsnivå for 2002.

3. Økonomi/deking av utgifter

De deltakende parter i arbeidsgruppene selv dekker utgiftene ved deltakelsen.

4. Aktivitetsnivå for 2002

Arbeidsåret 2002 er spesielt fordi KOSTRA avsluttes som prosjekt og skal over i en driftsfase. Finansieringen for driftsfasen er ikke formelt avklart, men forventes ikke å bli fulldekkende i 2002. Enkelte områder vil derfor ikke (eller ev. kun i lite omfang) kunne gjennomføre arbeidsgruppemøter og annet arbeid med rapporteringen for 2002. Dette antas å gjelde følgende grupper:

- Vann, avløp og renovasjon (delvis finansiert)
- Kultur, natur og nærmiljø (delvis finansiert, innsatsen konsentreres enten om utvikling av kommunal eller fylkeskommunal virksomhet)
- Grunnskole (minimal aktivitet)
- Barnehager (minimal aktivitet)
- Kommunehelsetjeneste (minimal aktivitet)
- Pleie- og omsorg (minimal aktivitet)
- Brann- og ulykkesvern (minimal aktivitet)
- Barnevern (minimal aktivitet)
- Sosialtjenester (minimal aktivitet)
- Næring (ingen aktivitet)
- Samferdsel (delvis finansiert, innsatsen konsentreres enten om utvikling av kommunal eller fylkeskommunal virksomhet)

For tannhelse forutsettes det at Helsedepartementet dekker utgiftene. På området videregående utdanning forventes det at Utdanningsdepartementet dekker utgiftene, men dette er ikke avklart. På

tilsvarende måte er arbeidsgruppen for familievern avhengig av ev. støtte fra Barne- og familiedepartementet.

Oversikt over arbeidsgruppene innen Kontaktutvalgets ansvarsområde og hvilke funksjoner de har ansvar for.

Arbeidsgruppe	Ansvar for funksjonene (rapporteringsåret 2002)
Kommunehelsetjeneste	232 Forebygging - skole og helsestasjonstjeneste 233 Forebyggende arbeid, helse og sosial 241 Diagnose, behandling og rehabilitering
Pleie og omsorg	234 Aktivisering eldre og funksjonshemmede 253 Pleie, omsorg, hjelp i institusjon 254 Pleie, omsorg, hjelp i hjemmet 261 Botilbud i institusjon
Sosialkontortjeneste	242 Råd, veiledning og sosial forebyggende tiltak 243 Tilbud til personer med rusproblemer 273 Kommunale sysselsettingstiltak 281 Økonomisk sosialhjelp
Ambulanse/AMK-sentraler	Ikke aktuell da oppgavene er overført til Staten
Psykiatri	Ikke aktuell da oppgavene er overført til Staten
Somatikk	Ikke aktuell da oppgavene er overført til Staten
Tannhelse	660 Tannhelse - Fellesfunksjoner 665 Tannhelse - pasientbehandling

7 VEDLEGG 3. Regnskapsrapportering etter eierskifte av sykehusene

Innledning

Statistisk sentralbyrå har behovet for data om offentlige sykehus i flere sammenhenger, både i forbindelse med nasjonalregnskapet, finansstatistikken og helsestatistikken. Den blir eksempelvis brukt i den statlige nasjonaløkonomiske styringen og som informasjon til brukere av tjenestene og til allmennheten generelt.

Et hovedanliggende for Statistisk sentralbyrå er at statistikkutviklingen/-forbedringen som er gjort på dette området de siste årene gjennom KOSTRA-prosjektet, må bevares og videreutvikles i perioden forut for, under og etter en eventuell statlig overtakelse. Sykehusene utfører sentrale samfunnsoppgaver av stor velferdsmessig betydning, og den nye tilknytningsformen til offentlig forvaltning må ikke gi dårligere grunnlag for økonomisk kontroll, helhetlig politisk prioritering og informasjon til brukere og allmennheten. Behovet for statistikk vil sannsynligvis øke gjennom et eierskifte. Dette skyldes både behov for data om det økonomiske mellomværende mellom fylkeskommuner og staten, behov for data om tjenesteproduksjon og kostnader i forbindelse med evalueringer av eierskiftet og isolert sett et behov for å ivareta langsiktige tidsserier om sykehusene.

Helseforetakene (lokale og regionale) skal levere fullstendige regnskaper etter regnskapsloven. Sykehusene er komplekse organisasjoner av stor betydning for nasjonaløkonomien, og regnskapslovens bestemmelser vil gi for få detaljer til å kunne dekke de nødvendige statistikk- og tilsynsbehov. Dette vil også gi vesentlig mindre informasjon enn det man har lagt opp til gjennom utviklingen av KOSTRA-systemet. I KOSTRA-systemet har man blant annet lagt vekt på at regnskapsdataene skal spesifiseres etter både funksjon og art. SSB mener at dette er dimensjoner som er særdeles viktig å videreføre. Uten funksjonsinndelingen blir det eksempelvis vanskelig å få til et skille mellom somatikk og psykiatri. Tilbakemeldinger vi har fra fylkeskommunene, et at KOSTRA-rapporteringen på regnskap gir sykehusene/eierne tilgang til god og relevant informasjon som har vært etterspurt lenge.

På bakgrunn av dette foreslår vi at sykehusene fortsetter å rapportere regnskapene etter KOSTRA-strukturens arts- og funksjonsinndelte drifts- og investeringsregnskap (også etter at staten har overtatt sykehusene), og at de dessuten må pålegges å rapportere et balanseregnskap i h.h.t. næringsoppgavens bestemmelser, se diskusjonen i punktet under.

Ellers viser vi til notat fra SINTEF Unimed NIS SAMDATA av 5.4.2001 som også anbefaler at sykehusene i regnskapsrapporteringen bygger videre på KOSTRA-malen.

Regnskap etter KOSTRA-malen

Personer med kommuneregnskapsbakgrunn hevder at det ikke er noen ting i veien for at kommuner som følger et resultatorientert regnskapssystem (dvs. regnskapslovens bestemmelser) kan rapportere til offentlige myndigheter etter KOSTRA-malen. KOSTRA-rapporteringen betinger dermed ikke et finansielt orientert regnskapssystem.

Med dette som bakgrunn bør vi kunne foreslå at sykehusene (alle selvstendige rettssubjekter), som underlegges regnskapslovens bestemmelser fom. regnskapsåret 2002, skal rapportere en funksjons- og artsorientert elektronisk regnskapsrapport til SHD/SSB, a la KOSTRA-rapporten også etter at de er blitt statlige foretak. Inntekts- og utgiftsregnskapet bør fortsatt være delt i et driftsregnskap (løpende inntekter/utgifter) og et investeringsregnskap (for investeringer i finanskapital og

realkapital, samt kapitaloverføringer). Artsinndelingen kan legges opp eksakt likt som i dagens KOSTRA, og funksjonsinndelingen bør kunne basere seg på "sykehusrelevante" funksjoner (minimum somatikk og psykiatri). Det må likevel understrekes at det er ønskelig å videreføre funksjonsdimensjonen som er lagt opp til i KOSTRA full ut. Denne skiller mellom rehabilitering, laboratorier og røntgen, voksenpsykiatri, barnpsykiatri mv. Dette er dimensjoner som gir viktig styringsinformasjon til sykehusene.

Ved at vi beholder artsinndelingen i KOSTRA, bl.a. skillet mellom "kjøp av varer og tjenester som inngår i kommunal tjenesteproduksjon" og "kjøp av tjenester som erstatter kommunal tjenesteproduksjon" er vi også sikret at vi kan fortsette å lage relevante indikatorer for produktivitet og effektivitet, mv. Til bruk som styringsinformasjon mener jeg dette er viktig å ivareta. Likeledes er det svært sentralt for oss å få tilgang til en relativt detaljert inntektsside, som KOSTRAAs, for å få skilt brukerbetalinger, husleieinntekter, salg, ulike typer av statlige og kommunale overføringer, etc. (noe næringsoppgaven til Skattedirektoratet ikke gir oss tilgang til like detaljert). Likeledes gir denne løsningen oss automatisk tilgang til de opplysningene vi trenger for investeringer i realkapital (kjøp og salg av realkapital) fordelt på funksjon (for å kunne beregne den finanspolitiske indikatoren "overskudd før lånetransaksjoner").

Hvis vi får gjennomslag for den nevnte løsningen for sykehusene er det eneste elektroniske skjemaet som må spesialutformes knyttet til balanseregnskapet. Her er det naturlig at vi ber om at sykehusene må rapportere næringsoppgavens balanseskjema med både inngående og utgående balanse. Dette balanseregnskapet må suppleres med et tillegsskjema (eller med noteopplysninger) slik at vi får skilt balansepostene etter finansobjekt (bankinnskudd, aksjer, utlån, obligasjoner mv.) og etter låntaker og långiversektor.

En slik løsning vil i større grad sikre oss tilgang til sammenliknbare tall over tid (selv om KOSTRA bare har vært på lufta i kort tid, vil løsningen gi oss muligheter til å konvertere KOSTRA-regnskapene over på gammel kommuneregnskapsform - og da har vi lange sammenliknbare tidsserier enten for de enkelte sykehusene eller ved å se på fylkeskommunenes sykehuskapitler bakover i tid).

Videre vil en slik løsning kunne bygge videre på allerede etablerte IT-løsninger både hos mange sykehus og i SSBs mottaksapparat. Det blir dessuten ingen katastrofe for oss om sykehusene ikke rekker å legge om fra et (kvasi)-finansielt orientert regnskapssystem til et resultatorientert regnskapssystem, da den elektroniske rapporteringen ligger som en "overbygning/konvertering" over de grunnleggende regnskapsprinsippene.

Dette forslaget betinger at SHD lager en egen rapporteringsforskrift for sykehusene, dvs. noe liknende som KOSTRA-forskriften, dvs. atskilt fra regnskapsforskriftene (fordi den offisielle rapporteringen ikke er det samme som regnskapet). Rapporteringsforskriften må også inneholde krav om elektronisk rapportering.

8 VEDLEGG 4. Regnskapsrapportering ved overgang til foretak

 SINTEF SINTEF Unimed NIS SAMDATA Postadresse: 7465 Trondheim Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3 Telefon: 73 59 25 90 Telefaks: 73 59 63 61 Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA		NOTAT			
		BEHANDLING	UTTALELSE	ORIENTERING	ETTER AVTALE
GJELDER		Regnskapsrapportering ved overgang til foretak			
GÅR TIL		SHD v/Øyvind Christensen SSB v/AnnLisbeth Brathaug			
ARKIVKODE		GRADERING			
ELEKTRONISK ARKIVKODE		Regnskapsrapportering - notat fra Unimed			
PROSJEKTNR.	DATO	SAKSBEARBEIDER/FORFATTER		ANTALL SIDER	
	2001-04-05	Vidar Halsteinli og Lars Rønningen		34	
				X X	

Regnskapsrapportering ved overgang til helseforetak

Gjennom SAMDATA Sykehus og SAMDATA Psykiatri har det i mange år vært publisert populasjonsbaserte- og institusjonasbaserte indikatorer for bl a fylkenes utgiftsnivå, sykehusenes kostnadsnivå og finansieringskilder. Dette har vært motivert utfra et nasjonalt behov for komparative statistikk for utgifter til ulike typer helsetjenester, for sammenligning av kostnadsnivå og for kunnskap om sammenheng mellom finansieringsformer og prioritering – produktivitet/kostnadsnivå. I dette notatet beskriver vi kort en del grunnleggende forhold ved regnskapsrapporteringen fra regionale foretak og datterforetak som må være på plass for at vi gjennom SAMDATA skal kunne videreføre publiseringen av denne typen styringsinformasjon. Vi viser samtidig til notat fra SSB av 5. april som berører samme tema.

8.1.1.1.1 Hva er viktig å videreføre fra dagens regnskapsrapportering?

Dagens regnskapsrapportering er i en omstillingsfase i forbindelse med gjennomføringen av KOSTRA. Etter planen skal alle fylkeskommuner ha innført *funksjonskontoplan* og *artskontoplan* i henhold til KOSTRA i løpet av 2001.

Funksjonsinndeling

En videreføring av KOSTRAs funksjonsinndeling vil ivareta kontinuitet i SAMDATA. Følgende er spesielt viktig:

- Vi skiller mellom somatiske sykehus/sykehusavdelinger og psykiatriske sykehus/avdelinger. I dag finnes det rene somatiske sykehus, rene psykiatriske sykehus og sykehus som har begge typer avdelinger. Hvordan datterforetakene organisatorisk vil se ut er usikkert, men det må være mulig å avlevere regnskapsdata som skiller mellom somatiske tjenester og tjenester som hører inn under psykisk helsevern.
- Innen psykisk helsevern må det være mulig å skille mellom institusjoner/avdelinger som hører inn under barne- og ungdomspsykiatrien på den ene side og voksenpsykiatrien på den annen side.

Tredelingen somatikk – voksenpsykiatri – barne- og ungdomspsykiatri har vært grunnleggende i SAMDATA og må videreføres dersom det f.eks. skal være mulig å følge utviklingen innen psykisk helsevern mht til mål og virkemidler i Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006 (St prp 63, 1997-98).

Gjennom funksjonsinndelingen i KOSTRA får vi også skilt ut en del regnskapsdata for virksomhet som hverken direkte eller indirekte er knyttet til *pasientrettet* virksomhet. Dette har hittil vært benevnt som ekstern eller særskilt virksomhet, som det har vært viktig å skille ut før regnskapsdata sammenholdes med aktivitetsdata og beregning av kostnadsnivå for sykehusene. Eksempler på slik virksomhet er ambulansetjeneste, familievernkontor, kurbad osv. I KOSTRA fanges dette i hovedsak opp i funksjonen særskilt virksomhet. Det kan imidlertid også i fortsettelsen være ønskelig med noe tilleggsrapportering om hva som inngår i regnskapsdataene – av hensyn til sammenlignbarhet ved beregning av kostnadsnivå.

Artsinndeling

I SAMDATA har skillet mellom ulike finansieringskilder blitt utnyttet både ved beregning av kostnadsnivå og for å analysere sammenhengen finansieringsform og produktivitet/kostnadsnivå – prioritering. Informasjon om polikliniske refusjoner brukes f.eks. som en korreksjon for poliklinisk virksomhet ved beregning av kostnadsnivå for døgnpasienter.

Hvordan helseforetakene skal finansieres skal utredes – i første omgang vil dagens finansiering videreføres. Det er viktig også i fortsettelsen å kunne identifisere ulike typer statlige tilskudd for å skille mellom en fast rammebevilgning til helseforetaket på den ene siden og særskilte øremerkede tilskudd på den annen side (polikliniske refusjoner, innsatsstyrt finansiering (ISF), øremerkede tilskudd til Opptrappingsplanen for psykisk helse mm).

KOSTRAs artskontoplan dekker mange av de behov SAMDATA i dag har for regnskapsdata, men på enkelte områder vil det også for fremtiden være ønskelig med mer detaljerte data. Dette gjelder bl.a. polikliniske egenandeler og refusjoner og spesifisering av en del øremerkede tilskudd.

Følgende arter er viktig:

- Art 700 Refusjoner fra Staten. Det vil her være et behov for å etablere noen herav-arter eller egne arter, trolig vil det førstnevnte være mest aktuelt. Både ISF-refusjoner (eller tilsvarende) og polikliniske refusjoner fra trykkesystemet er det helt klart nødvendig å spesifisere. Dersom det mot formodning skulle være flere refusjonsordninger rettet mot pasientvirksomhet, må selvsagt også disse inngå i en slik spesifisering.

- Art 730 Refusjoner fra fylkeskommuner. Dersom dagens refusjonssystem for poliklinisk virksomhet videreføres for helseforetak og datterforetak, vil det være et behov for å spesifisere refusjoner knyttet til poliklinisk virksomhet.
- Art 810 Overføringer fra Staten. Her er det bl a et behov for å synliggjøre øremerkede tilskudd, som de særskilte psykiatritilskuddene, regionsykehustilskuddet (gjærne splittet i 4 deler), øremerkede tilskudd til somatisk virksomhet. Dette fordres selvsagt av at denne type tilskudd videreføres ved en evt statlig overtakelse.

Dersom gjestepasientsystemet videreføres, vil det også der være viktig å synliggjøre disse størrelsene, både utgifter og inntekter, i regnskapsrapporteringen fra foretakene.

9 VEDLEGG 5. Politiske satsingsområder og statistisk dokumentasjon

Av alle de hensyn KOSTRAs rapporteringskrav skal ivareta, er antakelig *dokumentasjon for politiske satsingsområder* det viktigste, men kanskje også det vanskeligste. For hva består slik nødvendig dokumentasjon i? Ofte ser man her ulike forventninger mellom tilsynsmyndighet og voktere av statistikkens "prinsipper", som SSB og i enda høyere grad KR D.

Dette kom klart frem i KOSTRAs arbeidsgruppe for psykisk helsearbeid våren 2000. Her ble dokumentert motstridende forventninger til hvordan statistikk kan danne grunnlag for *myndighetsutøvelse*, både hva gjelder detaljeringsgrad og spørsmålsstilling. Erfaringen fra denne gruppen (og fra den øvrige gjennomgåelse av rapporteringer om øremerkede tilskudd) fortjener en mer generell diskusjon. Et nyere eksempel på samme forskjell i perspektiv gjelder synliggjøring av beboere i omsorgsboliger, jf. notat fra SHD til Samordningsrådet 5/9-01.

Behovet for å ta en diskusjon om den mest forvaltningsrettede del av data nå, skyldes at det ved overgangen til KOSTRAs driftsfase forventes (noenlunde) konsensus om:

- hvor omfattende KOSTRAs rapporteringskrav bør være
- hvilke krav som må stilles før KOSTRA-rapporteringer utvides
- hvilke typer data som egner seg for KOSTRA-rapportering
- hvilken adgang fagmyndigheten skal ha til å etterspørre data ut over KOSTRA

For å forebygge fremtidig uenighet/ misforståelser bør Kontaktutvalgets medlemmer ha noenlunde felles virkelighetsbeskrivelse og forventninger. Dette notatet er ment som bidrag til en slik omforent tolkning for helse- og sosialstatistikken. Det tar ikke sikte på å gi noen endelige svar, men mer å peke på de behov som kan tale for og imot et særskilt perspektiv på data basert på myndighetsutøvelse.

1. Myndighetsutøvelse - et særskilt perspektiv på data?

At dette *i praksis* har vært tilfelle, tror vi i hovedsak skyldes følgende forhold:

- det er enklere å dokumentere *tilstand* enn *resultater* av f.eks. en bestemt politisk satsing, (Eksempel: Skole- og helsestasjonstjenesten innenfor opptrappingsplanen for psykisk helse).
- vektlegging av *kontinuitet* (tidsserier) kan stride mot hensynet til å være *politisk oppdatert* det enkelte år, f.eks. som følge av endrede politiske prioriteringer eller tilskuddsregler (jf. vektlegging mellom omsorgsboliger og andre boligtilbud til samme målgruppe)
- ulik vurdering av hvilken dokumentasjon Riksrevisjonen kan komme til å kreve bl.a. om øremerkede tilskudd (KR D har ment at nødvendig dokumentasjon i prinsippet bør kunne hentes fra gjeldende KOSTRA-data).
- (i noen tilfeller) ulik forventning til datas presisjon: Har de akseptabel nytte også om de bare gir politisk myndighet en *indikasjon* på tilstanden, eller bør data i alle ledd (ned til enkeltkommuner) forventes å holde en kvalitet som muliggjør publisering av offisiell statistikk fra SSB? (Eksempel: Skjema for aktivitetssentre mv der vi for 2000 ikke kan si om data er komplette og representative, og det er fare for at så vil være tilfelle også for 2001).

KOSTRA har hatt som målsetting å samle og avstemme de databehov som retter seg mot rapporteringer fra kommunesektoren som er *årlige* og *mer varige*. Samtidig har prosjektet også valgt å forholde seg til den tilleggsinnsamling av data forvaltningen foretar, bl.a. knyttet til øremerkede tilskudd, og erklært at dette som en del av hele kommune-stat-rapporteringen bør holdes på et minimum og, så vidt mulig, samordnes med KOSTRA. Kommuner og fylkeskommuner er også forespeilet at samtlige datas nytte for statlig myndighet skal dokumenteres, med sikte på *reduksjoner* i oppgavebyrden.

I sum utgjør dette et økt press på KOSTRA-skjema i retning av å skulle gi ikke bare tilfredsstillende, men *mer uttømmende* dokumentasjon for politiske satsingsområder. Dette er en endret situasjon i forhold til de enkeltvise statistikker for helse- og sosialsektoren som Kontaktutvalget samarbeidet om før 1997, som forvaltningen nokså fritt kunne supplere med spesialinnhentet tilleggsinformasjon. Fom 1/7-2002 går KOSTRA over i en driftsfase der det forutsettes at de mer prinsipielle diskusjoner om fagmyndighetens rolle i kommune-stat-rapporteringen er avsluttet og at de prinsipper man har søkt å knesette, ivaretas av aktørene selv. Dette skal skje innenfor permanente arbeidsgrupper, dog fortsatt med Samordningsrådet som "innpisker" og forum for nødvendig samstemming av den vedtatte kursen.

For Kontaktutvalget blir det derfor viktig å kartlegge om det (mellom utvalgets medlemmer og eksternt) er noenlunde enighet om *prinsippene* for å samle inn statistikk for politiske satsingsområder. Det vil være uheldig om man går over i driftsfasen med ulik virkelighetsforståelse mht hvilke kanaler som nå står åpne, og ikke minst *hvor* åpne.

2. Hva ligger i Samordningsrådets formulering om sektordepartementets avgjørelsesmyndighet? I mandatet for Samordningsrådet står : "Endelig avgjørelse vedrørende tjenesterapporteringen ligger...fortsatt i fagdepartementene". Muligens fungerte denne avvæpnende formuleringen som en sovepute for mange fagmyndigheter, som derved unnlot å engasjere seg tilstrekkelig i de sidestilte prinsipper Rådet (under konsensus eller i hvert fall mangel på protest) har trukket opp. Disse sidestilte, "overstyrende" prinsippene har basis i mandatets formuleringer om at "rådet har ansvar for at målet med utviklingsarbeidet - en samordning av økonomi- og tjenesterapporteringen - kan nås" og at medlemmene forplikter seg til å "følge opp rådets anbefalinger vedrørende eksisterende rapporteringsrutiner og videre utviklingsarbeid".

Fra fagmyndighetens side oppfattes antakelig en del innvendinger aktører som SSB og KRD reiser mot ny "forvaltningspreget" statistikk, som å ligge noe på siden av virkelighetens verden. Dette gjelder især når slike innvendinger går på hva som *burde* være påkrevet for politiske/tilsynsmessige formål. For det første har fagmyndigheten stort sett langt mer konkrete krav til hva statistikken må vise, fordi data er en integrert og umistelig del av et styringsverktøy for et bestemt tjenesteområde. Henvisninger til hva man kunne etterspurt for å vise *omtrent* det samme, kan da virke noe irrelevante.

Dernest kan det sett fra forvaltningen antakelig virke meningsløst å skille mellom "generell" og "forvaltningsrettet" statistikk som et slags A- og B-lag av data; for i og med en bestemt politisk satsing (f.eks. på rehabilitering eller på helsestasjon for ungdom) *er* dette feltet per definisjon rykket opp til allmenn samfunnsinteresse, og kan ikke avskrives som et (statistisk sett mindre interessant, og kanskje kortvarig) "hjertebarn" for sektormyndigheten. Det kan derfor antakelig virke urimelig når mer generelle databrukere som SSB og KRD oppfattes å tilrive seg et overordnet perspektiv på hva som utgjør f.eks. primærhelsestatistikkenes kjerneområde; dette utgjøres per definisjon av de aktuelle gjeldende politiske dokumenter.

3. Nærmere om hakene ved særskilte data for myndighetsutøvelse. Vi vil her gå litt nærmere inn på de fire kulepunktene fra punkt 1 over, for å se hvordan det i praksis kan utvikle seg et sprikende syn på datas formål.

A. Tilstand eller resultater? SSB har i mange sammenhenger pekt på vanskene med å skille mellom effekter av politiske handlingsplaner/ øremerkede tilskudd på den ene side og kommunenes generelle virksomhet på området. Dette kom klart til overflaten i forbindelse med bestrebelsene på å operasjonalisere målsettingene i opptrappingsplanen for psykisk helse. Uenigheten går dels på om det er *mulig* å spørre slik at den særskilte politiske, "sentraladministrative effekt" tallfestes, dels også på om dette i det hele tatt burde være nødvendig/ ønskelig. SSB ville anbefale at man søkte formulere målsettinger som lar seg etterprøve gjennom generell statistikk om volumet på angjeldende sektors tjenesteproduksjon.

B. Kontinuitet eller politisk oppdatert? Underveis i en politisk satsing oppstår ofte behovet for å justere kursen, øke vektlegging av visse elementer og redusere andre, endre noen grupperinger og definisjoner. Mot dette står behovet for å vedlikeholde *tidsserier* om et forvaltningsområde (som f.eks. boliger for eldre og funksjonshemmede) og de *kostnader* som erfaringsmessig oppstår i form av (forbigående) redusert datakvalitet. (Et annet forhold er selvsagt at omlegginger også medfører andre kostnader for kommunen som avgiver og SSB som mottaker av data, knyttet til teknisk overføring/ mottak og revisjon). Vi mener den økende vektleggingen av enheten *omsorgsbolig* er et godt eksempel, jf. SHDs notat til Samordningsrådet 5/9-01. SSB føler til tider et press i retning av endringer som det er usikkert om vil stå seg på sikt (som i dette tilfelle), eller holde påkrevet kvalitet.

C. Hvor sterkt må fagmyndigheten gardere seg mot bl.a. Riksrevisjonens krav? I flere sammenhenger har SSB reist spørsmålet om bestemte "politiske" data behøves hvert år og for hver kommune, eller om databehovet kunne vært løst enklere (og billigere) for alle parter gjennom en periodevis utvalgsundersøkelse. Dels har vi reist dette spørsmålet tilknyttet forvaltningens rapportering om øremerkede tilskudd, dels i andre sammenhenger der vi har følt at en enkel, skjemabasert innsamling neppe kan gi et presist nok bilde av "tilstanden". Slike innvendinger ble f.eks. reist mot forsøkene på å registrere ikke-økonomisk sosialhjelp 1996-99 og også mot forsøkene på å innføre "samfunnsmedisinsk arbeid" som kategori i kommunehelsestatistikken. I en del sammenhenger får man dessuten inntrykk av at fagmyndigheten føler å måtte gardere seg "for påkommende tilfelle"; f.eks. om det skulle bli politisk oppmerksomhet om en bestemt kommune som vil kreve at politisk ledelse har tilgang til en bestemt dokumentasjon om nettopp denne kommunen.

Når det gjelder Riksrevisjonens krav, har KRD pekt på at fagdepartementet her i stor grad møter seg selv i døren ved å ha formulert for detaljerte målsettinger for Stortinget. Vårt inntrykk er at arbeidsgruppenes gjennomgang av denne rapporteringsformen våren 2000 *ikke* munnet ut i en felles forståelse som kunne danne grunnlag for en endret praksis fra fagdepartementet ved etablering av nye tilskuddsordninger.

D. Datas kvalitet: Er indikasjon godt nok resultat? Må alle innsamlede dataelementer holde en kvalitet som gjør at de i prinsippet kan publiseres som offisiell statistikk fra SSB? Når tilsynsmyndigheten står overfor et felt som er under utvikling, kan det føles vanskelig å garantere "klaff" i alle spørsmål i et nytt skjema. I slike tilfeller kan "mavefølelsen" mht å akseptere et visst frafall pga. manglende kvalitet være ulik mellom forvaltningen og SSB. Et eksempel her er kommunehelse-skjema om medisinsk rehabilitering og tverrfaglig samarbeid i 1994. Det er neppe akseptabelt å samle inn kommunedata for å gi et landsanslag, for å sette det på spissen. Antagelig bør arbeidsgruppene i større grad ta initiativ til uttesting av nye spørsmål i et utvalg kommuner før spørsmål lanseres i større skala. Dette forutsetter at databehovet signaliseres tidligere enn hva som nå er vanlig (f.eks. høsten før det er ønskelig å få skjema endret).

4. Satsinger for sektorstatistikken: Er man på lag? Som antydnet foran; med KOSTRA går sektorstatistikken inn i en mer overstyrt fase. For det første er det lagt klare begrensninger på hvor sterkt en statistikk kan utvides uten å måtte regne med innsigelser fra kommune/

Samordningsråd. (Det er i den forbindelse grunn til å minne om at kommunene generelt virker skuffet over at det ikke har lyktes å få til større *kutt* i rapporteringene). Nyten de enkelte data bør ha for kommunesektoren selv vektlegges nå sterkere.

En annen føring ligger i at også våre statistikker er blitt underlagt generelle forenklingstiltak slik som statssekretærutvalget for "Et enklere Norge", gjennomgangen av øremerkede tilskudd og kuttene i kommuneøkonomiproposisjonen 2001.

For det tredje er med KOSTRA de mer *generelle* trekk ved statistikkene vokst i betydning; viktige data skal uansett sektor kunne benyttes til å dokumentere forhold som produktivitet og prioritering. Alle data skal videre kunne relateres entydig til en særskilt KOSTRA-funksjon og føres/ fordeles i tråd med utgiftsføringen i kommuneregnskapet. I forbindelse med et nytt mandat for KOSTRAs arbeidsgrupper har ellers KRD varslet et initiativ for å øke fokus på ventelister (mens brukerbetaling i første omgang er henvist til regnskapsgruppen).

Endelig skal data så vidt mulig være stabile over tid (i hvert fall ikke skifte KOSTRA-funksjon eller kreve nye slike!)

Det sier seg selv at et økt fokus på generelle krav som dette *kan* gjøre det vanskeligere samtidig å lodde de aktuelle politiske stemninger uten at rapporteringsbyrden blir urimelig stor. En annen fare er at den generelle KOSTRA-struktur på dataene (alle tjenester tilordnet én av de gjeldende funksjoner) kan bli for lite fleksibel for de skiftende forvaltningsbehovene (jf. synliggjøring av statistiske "nøtter" som rehabilitering, samfunnsmedisinsk arbeid, forebygging og effekt).

5. Fagmyndigheten har fortsatt anledning til særinnsamling av data, hvis det kan dokumenteres at tilgjengelige data ikke strekker til og med den uttrykkelige begrunnelse at KOSTRAs system ikke er egnet for innsamlingen. At KOSTRA ikke er egnet kan gå på innsendingstidspunkt, på at databehovet er forbigående (ett år) eller at det ikke er landsdekkende (f.eks. fra RS i ett fylke). Behovet for særinnsamlinger skal varsles den aktuelle arbeidsgruppe før iverksettelse, og på en slik måte at det kan skje en reell dokumentasjon av behovet.

6. Omorganiseringen av helse- og sosialforvaltningen - en særskilt utfordring for KOSTRA?

Det er vel få som i dag overskuer om det er oppstått en særskilt usikkerhet mht det fremtidige behov for styringsdata som følge av omorganiseringen, både mht type data, detaljeringsgrad og gruppering av tjenester. Er det f.eks. tenkelig at et nytt helse- og sosialdirektorat på sikt medfører nye grupperinger i statistikken, at "forebygging" og "rehabilitering" blir satsinger mer på tvers av tradisjonelle inndelinger i "helse" og "sosial"? Bør man i så fall minne Samordningsrådet på at det her ligger en særskilt usikkerhet mht om dagens kategorier er de egnede på mellomlang sikt? Vi antar inntil videre at endringene neppe vedrører funksjonsnivået og at dagens lovverket som basis for datakategorier må antas å ligge noenlunde fast.

Oppsummering. På terskelen til KOSTRAs driftsfase og fastsettelsen av nytt mandat for arbeidsgruppene er det for helse- og sosialstatistikken viktig med en felles virkelighetsforståelse, både Kontaktutvalgets parter imellom og også overfor Samordningsrådet/ KRD. Tolkingen av de forpliktelser man har inngått og den frihet man har forbeholdt seg, bør være noenlunde ens. Vi har i dette notatet pekt på en del divergerende forventninger til hva data kan gi svar på. Samtidig har vi minnet om forhold som, mer enn før, begrenser friheten til å utvide/ legge om rapporteringene av hensyn til f.eks. myndighetsutøvelse. Vår umiddelbare anbefaling er at arbeidsgruppene under Kontaktutvalget benyttes mer aktivt enn nå, ved at SHD/ Helsetilsynet

- på et tidlig tidspunkt tar opp til drøfting i gruppene endringer i behovet for data til myndighetsutøvelse, enten disse data pr. i dag ivaretas innenfor KOSTRA eller gjennom særinnsamling,

- det avsettes tid og ressurser til forsvarlig uttesting av nye data før det foreslås endringer i KOSTRA-skjema,
- arbeidsgruppene obligatorisk setter av mer tid til diskusjoner av målbarhet og datakvalitet når spørsmålet om nye data dukker opp.

En slik mer ordnet saksbehandling i Kontaktutvalget m/ arbeidsgrupper av forvaltningens skiftende databehov vil gi større gjennomslagskraft internt i KOSTRA og være et bidrag til økt kvalitet også på de mest "forvaltningspregede" dataene.

10 VEDLEGG 6 Prosjektskriv Eierskifte - sykehus

Til:	Administrerende direktør		
Fra:	Seksjonsleder Ann Lisbet Brathaug og Anna Rømo	Seksjon 330/250	Dato 26.10.2001

Prosjektnavn Eierskifte - sykehus	Produktnr. 7298
Oppdragsgiver Statistisk sentralbyrå	
Ansvarlig (utførende) enhet Seksjon for helsestatistikk i samarbeid med Seksjon for offentlig finanser og kredittmarkedsstat.	
Prosjektleder Toni Kvalø	

Se Statistisk sentralbyrås håndbøker 58 «Håndbok i prosjektstyring»

1. Bakgrunn

6. juni 2001 vedtok Stortinget Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. Denne proposisjonen omfatter to hovedelementer; statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, samt organisering av virksomhetene i foretak. Reformen vil medføre endringer i rapporteringsopplegget for spesialisthelsetjenesten. Som et ledd i eierskiftet er det bestemt at helseforetakene skal skifte fra et finansielt orientert regnskapssystem til å følge regnskapslovens bestemmelser, noe som innebærer at i alle fall deler av dagens rapporteringsopplegg for sykehusene (gjennom KOSTRA) må legges om. Innenfor tjenesteproduksjonsstatistikken er det håp om å kunne videreføre dagens elektroniske rapporteringsopplegg. Dette må imidlertid utredes nærmere.

2. Formål

Siktemålet med dette arbeidet må være å etablere et rapporteringsopplegg for de nye helseforetakene som i størst mulig utstrekning viderefører statistikkutviklingen/forbedringen som er gjort gjennom KOSTRA-prosjektet.

Det etableres en prosjektgruppe i SSB som har ansvaret for å organisere opplegg med rapportering og formidling samt koordinere arbeidet med hvilke data som skal rapporteres.

Rapporteringsinnholdet fastlegges i en/flere arbeidsgrupper oppnevnt av Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk.

Prosjektet påbegynnes umiddelbart og skal være avsluttet ved utgangen av 2002.

3. Faglige problemstillinger**1. Rapporteringsinnhold**

Ved omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten fra forvaltningsorganer til helseforetak, vil institusjonene og helseforetakene falle inn under Regnskapsloven. Helseforetakene (HF) skal dermed utarbeide ordinært resultatregnskap og balanseregnskap på samme måte som næringsdrivende. Dette vil på enkelte områder gi for få detaljer til at SSB kan utarbeide tilfredstillende statistikk på området. SSB anser det som svært viktig å videreføre den funksjonsinndelingen som er utarbeidet innenfor KOSTRA-prosjektet. SHD deler SSBs syn på dette, og legger opp til at særskilte regnskapsregler hjemles i forskrift. Det må dog avklares

hvorvidt det er nødvendig med justeringer i den eksisterende funksjonskontoplanen og om SHD ev. vil kreve regnskaps- og tjenesterapportering på lavere nivå enn helseforetaket.

Når det gjelder ny artskontoplan for sykehusene, vil denne følge regnskapslovens bestemmelser, og Cap Gemini Ernst & Young (CGE&Y) har kommet med forslag til slik kontoplan. I hovedtrekk vil denne være tilfredsstillende sett fra SSBs side, men det skisserte opplegget gir problemer med å få tilstrekkelige data for å foreta eliminering/netting av interne overføringer i offentlig forvaltning. SSB har underveis i prosessen gitt innspill om kontoplanen til Sosial- og helsedepartementet.

SSB må dessuten innhente balanseregnskap fra sykehusene og dessuten en rapport over kjøp og salg av realkapital (eller alternativ full finansieringsanalyse). Det siste er begrunnet med hensynet til den finanspolitiske indikatoren "overskudd før lånetransaksjoner", hvor kjøp av realkapital utgiftsføres.

I forbindelse med EUs Aksjonsplan vil det dessuten bli behov for å innhente kvartalsregnskap fra en del av de større helseforetakene.

I forbindelse med endringene i regnskapet blir det behov for å etablere en ny databaseløsning. I tillegg må det avklares hvordan virksomheter som er tilknyttet helseforetakene, men som ikke inngår i sykehusdriften, f.eks. apotek, Innkjøpssentralen i Finnmark, personalboliger og personalbarnehager, kommer til å inngå i foretakenes regnskap. Det vil være nødvendig å etablere funksjoner for dette i den grad de ikke vil bli skilt ut som egne foretak. Regnskapsføring av utgifter knyttet til legespesialister og luftambulanses må også presiseres.

De institusjonene som er statlige per i dag, vil måtte rapportere på samme formen som de øvrige institusjonene som får statlig eierskap. Disse institusjonene leverer ikke funksjonsfordelte regnskap i dag. Rapporteringen fra private helseforetak vil i størst mulig grad tilpasses rapporteringsopplegget for statlige foretak (slik tilfellet er i dag).

Også tjeneste-/aktivitetsrapportering må etableres selv om eierskiftet i seg selv ikke burde gi grunnlag for de store endringer. Det er likevel viktig å gjennomgå denne rapporteringen for ev. å få dekket særskilte problemstillinger som den nye helseforvaltningen vil etterspørre.

Det er viktig å komme i gang med nye arbeidsgrupper som skal avklare den totale rapporteringen fra årgang 2002. Arbeidsgruppene bør som tidligere være organisert under Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk. Når det gjelder fastsettelse av hvilke regnskapsdata som skal innhentes, må Seksjon for offentlige finanser og kredittmarksstatistikk (250) være en sentral aktør.

2. Organisering av rapportering

I KOSTRA rapporteringen er fylkeskommunene avgiver av dataene. Etter statlig overtakelse må det avklares hvorvidt det regionale helseforetaket (RHF) eller de enkelte helseforetakene skal være avsender av dataene. Det er viktig å videreføre elektronisk innrapportering, både pga. kvalitetsforbedringen gjennom automatiske kontroller, og den raske tilbakeføringen dette gir anledning til gjennom faktaarkene. Fylkeskommunene har organisert dette noe ulikt gjennom KOSTRA, ved at noen steder fyller den enkelte institusjon ut skjemaet elektronisk selv, mens i andre fylker sender institusjonene inn tallene på papirskjema til fylket som registrerer dataene sentralt. Dersom avsender av dataene etter statlig overtakelse skal være det enkelte helseforetak, kan det bli vanskelig å få dette inn elektronisk fra institusjoner som i dag ikke har de nødvendige dataverktøyene. Elektronisk innrapportering må dog hjemles i forskrift slik det er gjort for KOSTRA-fylkene.

Det må oppnevnes en kontaktperson i de ulike regionene som har kontakt med SSB i forbindelse med innrapportering. En må vurdere om de fylkene som har regionsete (og som har dataverktøyene

etablert for KOSTRA- rapporteringen) skal gis ansvaret for rapportering for alle foretakene/institusjonene i regionen.

Rapporteringsfristene vil være frikopleet fra KOSTRA's etter overgangen til statlig eierskap, og det må avklares hvorvidt disse skal være lik KOSTRA sine eller ikke. Dersom KOSTRA's rapporteringsopplegg (avgiverløsninger, mottak, SMT) kan benyttes for data fra spesialisthelsetjenesten også etter statlig overtakelse, kan det kanskje være rasjonelt å benytte de samme fristene som KOSTRA, slik at det ikke blir nødvendig med ekstra bemanningsperioder i mottaket, kjøring og purrerunder for spesialisthelsetjenesten. Dette må imidlertid utredes nærmere.

3. Rapporteringsenheter

Det må avklares hvilke institusjoner som overtas av staten, ev. nye som etableres/avvikles. De nye foretakene, både RHF og HF vil bli registrert i Brønnøysundregisteret. For SSB er det viktig å ha klarhet i hvilke eksisterende institusjoner som skal inngå i de enkelte helseforetak og på hvilket nivå tjeneste- og aktivitetsrapporteringen skal foretas.

4. Publisering

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten vil medføre en del endringer i hvilke indikatorer som er relevante å publisere. I tillegg må publiseringsnivå vurderes. I dag blir sykehusstatistikk publisert på institusjonsnivå.

Sannsynligvis vil det være svært aktuelt å sammenligne tall for før og etter statlig overtakelse. Det vil bli nødvendig å jobbe med på hvilket nivå man skal lage tidsserier. Dette er noe som må drøftes i arbeidsgruppene som ser på rapporteringsinnhold.

Når det gjelder beregning av nøkkeltall, må det avklares med KOSTRA IT hvorvidt vi fremdeles kan benytte faktaark-administrasjon som et verktøy til å lage formler for indikatorer, og om dette kan "styres" til et annet sted enn KOSTRA-sidene i publiseringen.

Balanseregnskapene for helseforetakene vil trolig bli publisert på helseregion (og ikke som enkeltregnskaper).

I den makroøkonomiske statistikken vil helseforetakene utgjøre en del av statsforvaltningen, og publiseres som en integrert del av statistikken over offentlige finanser og tilsvarende i nasjonalregnskapet.

5. Revisjon

Det er behov for et revisjonssystem for regnskapet, det må avklares hvorvidt dette skal være et felles system for helseforetaket og konsernregnskapet (regionalt helseforetak).

4. Interessenter og deltakere Hvem er oppdragsgiver, og hvem er prosjektleder.

Hvem er øvrige interessenter i eller utenfor Statistisk sentralbyrå. Hvilke fagområder eller organisatoriske enheter må bidra.

1) Prosjektgruppe - SSB

Det etableres en prosjektgruppe i SSB som består av representanter fra 330, 250 samt IT (fortrinnsvis personer med kjennskap til KOSTRA). Prosjektgruppen ledes av 330. Gruppen får ansvaret for å organisere datarapporteringen, opplegg for revisjon og publisering, samt arbeidet med å etablere ny databaseløsning for regnskapene. Gruppen har også ansvaret for å drive/koordinere arbeidsgruppen(e) under Kontaktutvalget.

2) Styringsgruppe

Prosjektgruppa rapporterer til en styringsgruppe som består av seksjonssjefene fra 250 og 330.

3) Arbeidsgrupper

Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk etablerer en/flere arbeidsgrupper som skal vurdere rapporteringsinnhold og komme med forslag til formidling av statistikk om tjenestene. Mandatet for arbeidsgruppene fastsettes av Kontaktutvalget og gruppene rapporterer til utvalget. Kontaktutvalget fastlegger også hvilke organisasjoner/institusjoner som skal delta i arbeidsgruppene.

Arbeidsgruppene koordineres av SSBs prosjektgruppe.

I tillegg til deltakelse i prosjektgruppen vil IT-kontorene på avdeling 200 og 300 regne med å jobbe med prosjektet. Det samme antas å gjelde for 710 som følge av at vi ønsker å videreføre KOSTRA-løsninger.

5. Ressursrammer

Hvilke økonomiske, tidsmessige og personalmessige ressursrammer foreligger.

Vi antar at mye av det rapporteringsopplegget som er etablert med KOSTRA når det gjelder tjenesteproduksjon, vil kunne benyttes og at prosjektet slik sett ikke skal kreve nye store utviklingsressurser. Derimot vil det kreve en del ressurser å etablere nytt produksjonsopplegg (databaseløsning) for regnskapene. På bakgrunn av dette anslås ressursforbruket i 2002 til (anslått i timer):

	330	250	IT (202/303/710)	Sum
1. Prosjektledelse	600			600
2. Etablering av produksjonssystem (inkl. revisjonssystem mv.)	250	650	500	1400
3. Drift/deltakelse i arbeidsgrupper	200	100	100	400
4. Etabl. av indikatorer/formidling	150		50	200
5. Samkjøring med offentlige finanser/ konv. over på nasj.regn.form		750	500	1250
SUM	1200	1500	1150	3850

Ad punkt 2:

Anslag for 330 er usikkert fordi vi per i dag ikke vet hvor mye vi kan gjenbruke fra KOSTRAS produksjonsopplegg. Anslaget er basert på at det ikke foretas særlig store endringer i tjenesteskjemaene, og at vi kan bruke mye av det nye vi har etablert. Det må likevel gjøres endringer i produksjons- og revisjonsopplegget for institusjonenes resultatregnskap i og med at forskriftene for regnskapene er vesentlig endret. Dette vil kreve medvirkning fra seksjon 303 (anslaget over baserer seg på 100 timer).

Når det gjelder seksjon 250, er anslaget begrunnet med at etter det regnskapsforslaget som foreligger fra CGE&Y, tror ikke vi lenger det er mulig å bygge videre på de etablerte KOSTRA-løsningene for regnskapet, og også internt i SSB får vi vansker med å videreføre dette i 330s databaseløsning. Det vil bare kunne bli en viss kopling mellom resultatregnskapet og det tidligere driftsregnskapet i grove trekk - men det blir neppe mulig å kople bruttorealinvesteringene mot kapital/investeringsregnskapet. Dette betyr at vi må etablere en ny databaseløsning som også vil kreve en del medvirkning fra seksjon 203, beregnet til 400 timer. Det kan også bli aktuelt å involvere 303.

Ad punkt 5:

Hovedtyngden av IT-ressursene antas å bli hentet fra 203 (men 303 kan også bli involvert).

Det vil bli søkt Sosial- og helsedepartementet om medfinansiering av prosjektet med 2-3 årsverk til utviklingsprosjektet i 2002. Det er dessuten behov for løpende finansiering av prosjektet også etter utviklingsfasen/etableringsfasen (i alle fall ved S250), da opplysningene tidligere har vært en integrert del av Oslos og fylkeskommunenes regnskaper, men nå må bearbeides for det enkelte helseforetaket. Den løpende driften ved S250 er anslått til ca. 1 årsverk. På grunne av hastigheten på reformen har det ikke vært mulig å forberede henvendelse til SHD eller FIN om å få dette som øremerket bevilgning over statsbudsjettet.

6. Prosjektets prioritet ...også i forhold til andre oppgaver.

Meget høy

11 VEDLEGG 7 Statlige sykehus - søknad om finansiering av nytt rapporteringsopplegg

Sosial- og helsedepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Oslo, 29.10.2001
Deres ref.: , Vår ref.: 01/2097
Saksbehandler: Ann Lisbet Brathaug og Toni Kvalø
Seksjon for helsestatistikk

Statlige sykehus - søknad om finansiering av nytt rapporteringsopplegg

6. juni 2001 vedtok Stortinget Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. Denne proposisjonen omfatter to hovedelementer; statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, samt organisering av virksomhetene i foretak. Reformen vil medføre endringer i rapporteringsopplegget for spesialisthelsetjenesten. Som et ledd i eierskiftet er det bestemt at helseforetakene skal skifte fra et finansielt orientert regnskapssystem til å følge regnskapslovens bestemmelser, noe som innebærer at i alle fall deler av dagens rapporteringsopplegg for sykehusene (gjennom KOSTRA) må legges om. Innenfor tjenesteproduksjonsstatistikken er det håp om å kunne videreføre dagens elektroniske rapporteringsopplegg. Dette må imidlertid utredes nærmere.

Det er foreslått å etablere en prosjektgruppe i Statistisk sentralbyrå som gis ansvaret for å organisere et opplegg for rapportering og formidling av statistikken på området samt koordinere arbeidet med hvilke data som skal rapporteres. Ansvaret for innholdet i rapporteringen er foreslått lagt til en eller flere arbeidsgrupper oppnevnt av Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk. Dette er i tråd med dagens praksis innenfor fagfeltet. Prosjektet vil starte opp umiddelbart og avsluttes innen utløpet av 2002.

Siktemålet med arbeidet vil være å etablere et elektronisk rapporterings- og tilbakeføringsopplegg for de nye helseforetakene som i størst mulig utstrekning viderefører statistikkutviklingen/forbedringen som er gjort gjennom KOSTRA-prosjektet. For tjenesteproduksjonen antar vi at mye av KOSTRA-opplegget vil kunne videreføres, og at prosjektet på dette området ikke skal kreve nye store utviklingsressurser. Derimot vil det kreves en del ressurser for å etablere et nytt produksjonsopplegg for foretakenes regnskaper i og med at regnskapsforskriftene er vesentlig endret. Etter det regnskapsforslaget som foreligger fra CGE&Y, tror ikke vi lenger det er mulig å bygge videre på de etablerte KOSTRA-løsningene, og også internt i SSB får vi vansker med å videreføre dette i de eksisterende databaseløsningene. For nærmere spesifisering av prosjektet viser vi til vedlagte prosjektskriv.

Alt i alt er det beregnet at arbeidet med å etablere nye rutiner og databaseløsninger for elektronisk innsamling og formidling av statistikk for de statlige sykehusene, vil medføre en ressursinnsats på

mellom 2 og 3 årsverk. Vi ber Sosial- og helsedepartementet om å bidra til utviklingsprosjektet i 2002 med 1,5 millioner kroner (eksklusive moms).

For øvrig viser vi til tidligere kontakt i saken, blant annet møte med Departementsråden den 8.3.2001.

Med vennlig hilsen

Svein Longva

Vedlegg: Prosjektskriv: Eierskifte - sykehus

12 VEDLEGG 8. Publiseringer i 2001 innen Kontaktutvalgets fagfelt.

NOS(Årlige eller periodiske publikasjoner):

C 635	Pleie- og omsorgsstatistikk 1999
C 639	Dødsårsaker 1997
C 640	Sosialhjelp og barnevern 1999
C 679	Dødsårsaker 1989-1998
C 696	Pleie- og omsorgsstatistikk 1994-2000
C 697	Kommunehelsetenesta 1990-2000
C 699	Spesialisthelsetjenesten 1990-2000

Statistiske analyser(SA):

SA 41	Helse i Norge
-------	---------------

Rapporter:

RAPP 2001/4	Utviklingen av aldersrelaterte helse-, pleie- og omsorgsutgifter
RAPP 2001/5	Kontantstøtten - effekt på arbeidstilbud og inntektsfordeling
RAPP 2001/8	Finansiering av helse- og sosialutgiftene i Norge 1990-1998
RAPP 2001/12	Pleie- og omsorgstjenester 1995-1999. Hovedtall basert på GERIX-data
RAPP 2001/30	Utenlandske leger og sykepleiere i Norge

Notater:

NOT 2001/35	Årsrapport. Kontaktutvalget for helse- og sosialstatistikk
NOT 2001/ 7, 10, 13, 33, 38, 51, 58, 65.	Dokumentasjonsrapporter for FD-Trygd
NOT 2001/36	Kommunenes utgifter til primærlegetjenesten 1999. Evaluering av fastlegeordningen - førdata om kommunenes utgifter

Samfunnsspeilet:

Levekårsutvikling

Dagens statistikk:

Nordmenns røykevaner, 2000

32 prosent røyker daglig

Hodepine, 2001 (SSBs omnibusundersøkelser)

En av fem er plaget av hodepine

Kommunehelsetenesta. Legar, fysioterapeutar og førebyggjande tenester. Endelege tal, 2000

Auka ressursar til kommunehelsetenesta

Kommunehelsetenesta. Legar, fysioterapeutar og førebyggjande tenester. Førebels tal, 2000

Fleire fysioterapeutar

Kontinuitet, kontaktfrekvens og velnøye med legetenesta. Førebelse tal, 2000

Pasientar med fast lege mest tilfreds

Spesialisthelsetjenesten, ambulansetjenesten, 2000

Flest beredskapstimer i nord

Spesialisthelsetenesta, psykiatri. Førrelbelse tal, 2000
Fleire årsvork i psykiatrien

Spesialisthelsetenesta, psykiatri. Endelege tal, 2000
Fleire polikliniske konsultasjonar

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Foreløpige tall, 2000
9 400 kroner per innbygger

Spesialisthelsetjenesten, regnskap. Endelige tall, 2000
Høy vekst i regionsykehusenes utgifter

Spesialisthelsetjenesten, somatikk. Foreløpige tall, 2000
Lavere vekst i årsvork

Spesialisthelsetjenesten, somatikk. Endelige tall, 2000
Flere polikliniske konsultasjonar

Spesialisthelsetjenesten. Spesialister med fylkeskommunale driftsavtaler, 2000
Flest avtalte årsvork innenfor psykiatri

Trygdemidler til familier med astmatiske barn
Mange kjenner ikke egne rettigheter

Eldresenter 1999
Flest eldresenter i Oslo

Pleie- og omsorgstenester, 2000
Fleire tek imot tenester heime

Pleie- og omsorgstenester. Førrelbelse tal, 2000
Fleire sjukeheims plassar

Helseundersøkelsen 1995
Siste 20 år: Færre helt uten egne tenner

Personell i sosialtenesta. Endelege tal, 2000
Halvparten fagfolk i sosialtenesta

Personellstatistikk, 2000. Førrelbelse tal
Fleire sosionomar i sosialtenesta

Økonomisk sosialhjelp 2000. Endelege tal
Talet på sosialhjelpsmottakarar uforandra

Steriliseringar, 2000
Færre steriliseringar blant både kvinner og menn

Svangerskapsavbrudd, 2000
Flere aborter blant tenåringar

Dødsårsaker, 1999
Flere dør av sykdommer i nedre luftveier

Pasientstatistikk. Foreløpige tall, 2000
Færre heldøgnsopphold på sykehus

Pasientstatistikk. Endelige tall, 2000
Stadig kortere sykehusopphold

KOSTRA. Faktaark

For alle statistikker som omfattes av KOSTRA og har innrapportering senest 15. februar publiseres det faktaark på Internett. Det første ikke revidert versjon frigjøres 15. mars. Denne publiseringen inneholder også endelige tall for året før . Foreløpige tall frigjøres 15. juni.

De sist utgitte publikasjonene i serien Notater

- 2002/27 S. Myro og C. Torp: Stedsfesting av bedrifter i Bedrifts- og foretaksregisteret. Hovedprosjekt. 37s.
- 2002/28 C. Nordseth og T. Sandnes: FD - Trygd: Dokumentasjonsrapport. Foreløpig utførestønad. 1992-2000. 37s.
- 2002/29 S. Derakhshanfar og T. Sandnes: FD - Trygd: Dokumentasjonsrapport. Økonomisk sosialhjelp. 1992-2000. 36s.
- 2002/30 I. Johansen: Undersøking om foreldrebetaling i barnehagar, januar 2002. 42s.
- 2002/31 T.M. Køber, H. Moafi, E. Rønning og Ø. Sivertstøl: Bruk av forløpsdatabaser i Statistisk sentralbyrå. 60s.
- 2002/32 T.M. Normann: Omnibusundersøkelsen februar/mars 2002. Dokumentasjonsrapport. 37s.
- 2002/33 S. Reid: Bosettingskriteriene i inntektssystemet til kommunene. Erfaringer med overgang til ny beregningsmåte og nye bosettingskriterier, 2002. 43s.
- 2002/34 K.E. Engebretsen, P.E. Gjerdetjernet, S. Kristoffersen, P.G. Larssen og J.H. Wang: Mottak og tilrettelegging av SLN-data. 49s.
- 2002/35 D. Rafat: Analyse av sammenheng mellom ektefellers sysselsetting i en familie. 27s.
- 2002/36 A. Bruvoll og T. Bye: En vurdering av avfallspolitikkens bidrag til løsning av miljø- og ressursproblemer. 31s.
- 2002/37 K.I. Bøe: B.R. Joneid: KOSTRA revisjonssystem. Malverk for generelt revisjonssystem - KOSTRA-data. Revidert utgave. 66s.
- 2002/38 N. Arnesen, G. Daugstad, O.E. Hallingstad, E. Skretting Lunde og B.Vold: Kvalitetssikring i KOSTRA. Forslag til dokumentasjonsrutiner med erfaring fra FylkesKOSTRA-helsetjenester, somatikk. 54s.
- 2002/39 H. Moafi: Omlegging av folkehøgskolestatistikk. Overgang til elektronisk rapportering. 31s.
- 2002/40 Ø. Kleven: Mediebrukundersøkelsen 2001. Dokumentasjonsrapport. 43s.
- 2002/41 Ø. Kleven: Samordnet levekårsundersøkelse 2000 - panelundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport. 129s.
- 2002/42 L. Solheim: Foreløpige tall i FoB2001 Utvalg, vekter, estimering og usikkerhet. 64s.
- 2002/43 A. Andersen, E. Birkeland, J. Epland og M. I. Kirkeberg: Økonomi og levekår for ulike grupper trygdemottakere 2001. Foreløpig rapport. 214s.
- 2002/44 E.E. Eibak og R. Johannessen: Forventningsindikator - konsumprisene. Mai-november 2002. 16s.
- 2002/45 D. Quang Pham: Konkrete problemer med sesongjustering i SSB. 189s.
- 2002/46 A. Akselsen, G. Dahl og B.R. Joneid: FD - Trygd. Dokumentasjonsrapport. 1992-1997. 48s.
- 2002/47 J. Kristiansen: Visualisering av statistikk. Fra tabell til diagram. 40s.
- 2002/48 A. Finstad: Utslippsfaktorer for benzen. 18s.
- 2002/49 T. Bye, K.M. Heide og E. Holmøy: Transportutvikling i langsiktige fremskrivninger for norsk økonomi. Prosjektnotat til ECON. 30s.
- 2002/50 L. Solheim, M.I. Faldmo og D. Sve: Foreløpige tall i Jordbrukstelling 1999. Dokumentasjon av metoder og produksjon. 68s.
- 2002/51 KOSTRA: Arbeidsgrupperapporter 2002. 219s.